

L'OPINIONE DEGLI ESPERTI
IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE



RAPPORTI DI COMPLEMENTARITA' ED AFFINITA' TECNICHE FRA L'ASSICURAZIONE SOCIALE E L'ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE



Prof. **MARIO ALBERTO COPPINI**
Ordinario di tecnica delle assicurazioni sociali
presso l'Università di Roma

Signor Presidente, Signore e Signori, giacché prendo la parola desidero in primo luogo ringraziare il Presidente del convegno per il cortese invito che mi ha rivolto e desidero anch'io congratularmi con il nostro relatore, il quale ha fatto un'esposizione ordinata e completa delle varie questioni che si pongono in rapporto a un'eventuale assunzione dell'assicurazione di malattia da parte delle imprese private di assicurazione.

Naturalmente, la mia situazione è alquanto imbarazzante, non tanto per i miei trascorsi con l'assicurazione sociale come amministratore del maggiore istituto di assicurazione sociale di malattia, quanto per i miei indirizzi universitari, in quanto — come probabilmente molti di loro sanno — mi occupo in modo particolare di assicurazioni sociali e molto meno di assicurazioni private.

Quindi non sono nelle condizioni migliori per poter dare suggerimenti a chi viceversa ha vissuto e vive la vita delle assicurazioni private.

Comunque, cercherò di ripartire il mio intervento tra un primo gruppo, molto breve, di considerazioni che si riferiscono alle assicurazioni sociali, e poi cercherò — nel limite delle mie possibilità — di esprimere la mia opinione per quanto riguarda il problema essenziale che in questo momento interessa il convegno.

Per quanto concerne il primo punto, e cioè le assicurazioni sociali, io non voglio certamente farne la lode, anche perché le mie considerazioni potrebbero essere sospette proprio per quelle tali origini che ho ricordato un momento fa. E d'altra parte non è certo questo lo scopo della discussione che noi facciamo oggi. Però mi sembra che alcune considerazioni circa i problemi fondamentali delle assicurazioni sociali possano rappresentare, tutto sommato, un contributo anche alle questioni che si discutono qui perché — nella misura in cui le assi-

curazioni private dovranno inserirsi a fianco delle assicurazioni sociali — conoscere quelli che sono i veri problemi delle assicurazioni sociali può essere quanto meno un elemento positivo.

Si è detto che le assicurazioni sociali — mi riferisco a quelle di malattia soltanto in questo momento — incontrano grosse difficoltà, si trovano di fronte a grossi squilibri finanziari, e tutto questo è vero. Quello che è un po' meno vero è l'interpretazione che di questi fatti viene data dalla opinione corrente. Per giustificare queste difficoltà delle assicurazioni sociali, spesso si forniscono motivi che in sostanza non sono i veri motivi. Si dice, per esempio, che uno dei grossi problemi delle assicurazioni sociali è costituito dalla dispersione in numerosi enti. Sì, evidentemente questa dispersione può comportare alcuni inconvenienti, e forse l'unificazione potrebbe comportarne anche degli altri — tenuto conto di certe circostanze sulle quali non mi soffermo. Però questo non è il maggiore problema dell'assicurazione di malattia. E anzi, a questo proposito, voglio dire al relatore che stamattina ha fatto un po' il panorama degli enti di malattia e ha ricordato le casse mutue aziendali, che questo problema ormai è praticamente chiuso perché — con una delibera che fu adottata poco prima che io mi allontanassi dall'INAM — le stesse mutue aziendali sono state recepite nell'INAM sia pure sotto forme particolari, oppure sono state definitivamente assorbite; credo quindi che ormai ne sussistano molto poche, le quali hanno funzioni delegate dell'INAM e — quello che può essere interessante qui — esplicano anche funzioni integrative rispetto alle prestazioni standard previste dall'INAM.

Dicevo dunque che il numero degli enti di per sé non costituisce il problema maggiore, e d'altra parte devo far presente che uno degli ostacoli principali che si oppone alla fusione degli enti di malattia non è tanto costituito — come spesso si dice — dall'esistenza di consigli di amministrazione, dall'esistenza di presidenti e direttori generali i quali evidentemente perderebbero la loro carica; è spesso giustificato — soprattutto se si confrontano le categorie autonome e le categorie dipendenti — da un diverso livello di prestazioni, che nella fusione andrebbe probabilmente a scomparire e richiederebbe quindi un nuovo apporto cospicuo di mezzi (dell'ordine di 500 o 600 miliardi all'anno) che evidentemente in questo momento non è facile reperire.

Così pure non mi sembra che sia una critica valida agli enti il problema che questi enti non avrebbero operato sufficientemente nel campo della prevenzione, perché in realtà bisogna intendersi: se per prevenzione si intendono alcune misure di carattere generalissimo che si riferiscono all'igiene sul piano collettivo, ebbene è evidente che questo è compito dello Stato, perché comporta determinati poteri d'imperio che non possono essere esercitati dagli enti.

Se, però, per prevenzione si intende la prevenzione individuale, ebbene io posso dire questo: o per prevenzione individuale s'intende un certo numero di norme obbligatorie che costringano l'individuo a farsi visitare periodicamente, a subire certe determinate analisi (il che mi domando quanto sia conciliabile con la libertà individuale), oppure bisogna dire che gli enti fanno la prevenzione, cioè mettono a disposizione i mezzi, soprattutto per quanto riguarda la parte diagnostica in larga misura e non vietano a nessuno di chiedere accertamenti di questo tipo.

Non mi soffermo sull'altra critica generale agli enti di malattia, e cioè sulle enormi spese di amministrazione. Purtroppo, ho sentito parlare persone autorevolissime, le quali credono ancora che gli enti di malattia o gli enti di sicurezza sociale disperdano il 60-70 per cento in spese di amministrazione, e pochi si sono curati di vedere i bilanci che registrano spese di amministrazione comparabilissime con quelle di tutti gli altri istituti europei dello stesso tipo e che sono dell'ordine del 6-7 per cento.

Ma quali sono le vere difficoltà che incontra l'assicurazione sociale di malattia? Le vere difficoltà sono, a mio giudizio, tre.

La prima, fondamentale difficoltà consiste nella espansione continua che la spesa per l'assicurazione di malattia ha nei confronti della più lenta progressione del reddito nazionale. Per un lungo periodo di anni si è registrato un incremento praticamente doppio rispetto a quello del reddito nazionale, anche se da due anni la situazione è alquanto migliorata. Il reddito nazionale è cresciuto in termini monetari in ragione di circa l'8 per cento, mentre gli oneri dell'assicurazione di malattia sono aumentati del 16 per cento all'anno. Ciò, evidentemente, comporta un inconveniente di cui è facile rendersi conto, perché a un certo punto si dovrà pure stabilire a che livello bisogna arrestarsi, fino a che punto il Paese può destinare a queste esigenze una fetta del proprio reddito nazionale via via crescente, e non deve piuttosto dedicarla ad altre esigenze.

E questo è il primo grosso problema, un problema che ancora non ha trovato soluzione, nonostante il programma, il quale anzi registra previsioni di spesa nettamente inferiori alla realtà.

Secondo grave problema: se così stanno le cose (e si devono, a un certo punto, introdurre limitazioni per cercare di ridimensionare l'incremento della spesa dell'assicurazione di malattia rispetto al reddito nazionale: ciò che presto si imporrà), il problema che si presenta è il seguente: come discriminare, tra le cose che si devono dare e quelle che non si devono dare, senza fare sperequazioni. La questione sembra quasi insolubile. Me ne sono occupato in un mio articolo, ma qui mi limito soltanto a dare un esempio.

In fondo, il sistema più semplice, se si ha un'assicurazione a rimborso, è quello di stabilire che si rimborsa solo a partire da una data cifra, per es. da 20 mila lire di spesa in poi.

Ma prendete due individui: un individuo che ha avuto un grosso evento di malattia, il quale ha comportato — supponiamo — 100 mila lire di spesa, che vengono rimborsate nella misura di lire 80.000, ed un altro individuo il quale, nel corso dell'anno, ha avuto cinque o sei episodi morbosi ciascuno di poca entità, dell'ordine di 15-20 mila lire. Se voi introducete una franchigia di ventimila lire, il secondo individuo non riscuoterà nulla — eppure il danno economico è stato praticamente lo stesso. E tutto è così nell'ambito dell'assicurazione di malattia.

Qualunque prestazione si limiti, si creano sperequazioni, e queste sperequazioni non sono facilmente accettabili, soprattutto in materia di assicurazioni sociali.

E, infine, c'è un terzo fondamentale problema, che riguarda il comportamento degli assicurati e quello di coloro che prestano i servizi sanitari.

Nell'ambito dell'assicurazione di malattia, appena si vuol cercare di regolamentare l'attività di questi due soggetti, per evitare quel tale rischio soggettivo

che voi tutti benissimo conoscete, si toccano principî fondamentali in termini di libertà.

Se stabilite, ad esempio, per una migliore organizzazione, che vi sia un medico di quartiere e che abbia da occuparsi di (poniamo) mille assistiti — anche per attuare una equa ripartizione del lavoro medico — ecco che voi violate il principio della libertà di scelta del curante.

Ogni punto o settore che si cerca di regolamentare in questo ambito comporta, così, grossi problemi di libertà, sui quali spesso si è divisi anche sul piano dei principî.

Queste sono le vere e reali difficoltà dell'assicurazione sociale di malattia, e finché non saranno risolte — ed evidentemente non possono essere risolte che con una legge la quale permetta la discussione di questi problemi ai quali sino ad oggi si è sempre sfuggiti in sede parlamentare — l'assicurazione di malattia accuserà gli inconvenienti che si vedono chiaramente.

Sotto questo profilo, ancora una volta il programma non ha risolto i punti essenziali, perché purtroppo spesso anche le concezioni politiche divergono, proprio perché si sconfinano dal piano meramente strumentale in quello dei principî.

Veniamo, ora, alla questione che in particolare interessa il nostro convegno.

Ecco, quelle difficoltà delle quali ho parlato nei confronti dell'assicurazione sociale di malattia, per fortuna possono essere evitate nell'ambito dell'assicurazione privata.

Intanto, il problema del limite con il reddito nazionale non esiste più: l'assicurazione privata è un atto volontario. Se, in fondo, gli italiani si orienteranno per spendere il 10 per cento del proprio reddito per l'assicurazione di malattia, ebbene sarà una scelta libera e non vincolata.

Non sorgeranno neppure problemi dal punto di vista delle limitazioni, perché le limitazioni liberamente accettate vengono facilmente tollerate, mentre non lo sono quelle di carattere obbligatorio.

Infine, per quanto riguarda il problema dei limiti alla libertà di scelta e di cura, anche qui il sistema che sarà adottato dalle compagnie private di assicurazione, cioè quello del rimborso, non creerà inconvenienti di sorta.

Debbo però dire, ma questo non riguarda il settore assicurativo in senso stretto — riguarda un aspetto più generale — che con questo si perde una delle utilità dell'assicurazione intesa in senso sociale.

L'assicurazione sociale di malattia assolve, infatti, due fondamentali funzioni: la prima è quella assicurativa, che consiste nel ripartire fra coloro che sono colpiti dal rischio determinati mezzi finanziari; ma poi esiste un'altra funzione dell'assicurazione sociale, quando è gestita in forma diretta. Ciascuno avrà potuto fare una constatazione abbastanza semplice, e cioè che non esiste mercato meno concorrenziale del mercato sanitario.

In questo mercato, coloro che se ne devono occupare sono, in pratica, ciecamente portati ad acquistare certe cose od a ricevere certi servizi, senza averne la minima conoscenza.

Anche qui voglio fare un esempio: il fatto che i medicinali siano venduti con i cosiddetti nomi di fantasia fa sì che sostanze assolutamente identiche, o

quasi identiche, e che comunque hanno lo stesso valore terapeutico, vengano ad avere costi differenziati, per un meccanismo complesso di fissazione del prezzo sul quale non voglio intrattenermi per brevità. E' chiaro, così, che il cliente non ha nessuna possibilità di fare delle scelte ed è costretto a consumare un dato medicinale, anche se più costoso.

Ora, gli istituti di assicurazione sociale e di malattia hanno svolto in questo campo un'opera notevole e importante di « livellazione » dei prezzi, attraverso una procedura che sarebbe interessante esporre, ma che in sostanza pone in evidenza le differenze di prezzo dei medicinali similari ed induce le imprese produttive a riduzioni spontanee.

Dicevo in precedenza che l'assicurazione privata non incontrerà tutte queste difficoltà, ma naturalmente (l'ha sottolineato benissimo il relatore) incontrerà altre difficoltà. Vediamo quali.

Primo problema: dove trovare un campo di applicazione per l'assicurazione privata? La risposta più evidente è: laddove non ci sono soggetti assicurati, soggetti, cioè, che non sono coperti dalle assicurazioni sociali.

Ma dobbiamo tener conto della tendenza generale che si sta manifestando di estendere sempre più il campo di tutela della previdenza in materia di malattia. E non c'è bisogno di sottolineare o di ricordare il fatto che lo stesso Programma prevede a lunga scadenza un servizio sanitario di carattere generale. Quindi, questa è una via che voi potete legittimamente esplorare oggi, ma alla quale dovrete in prospettiva rinunciare in un prossimo domani, perché la tendenza verso la copertura di tutta la popolazione attraverso le assicurazioni sociali è seguita da tutti i Paesi.

Un'altra cosa che si può fare è quella di cercare di inserirsi attraverso prestazioni di carattere accessorio, che non vengono date dagli istituti di assicurazione sociale. E questo, per la verità, è un settore al quale gli istituti privati potrebbero dedicarsi con profitto; però bisogna tenere presente che anche qui c'è una certa tendenza ad estendere le prestazioni. Tuttavia, alcune esigenze rimarranno escluse o non sufficientemente soddisfatte, soprattutto per difficoltà economiche; così, per esempio, le protesi, le quali corrispondono ad eventi abbastanza obiettivi, ma purtroppo sono scarsamente considerate dagli istituti mutualistici per ragioni finanziarie. Un'assicurazione, dunque, che si occupasse, per esempio, di tutte le protesi dentarie potrebbe avere un certo successo.

Ma naturalmente esiste anche un altro campo: quello di integrare le assicurazioni sociali per dare un livello maggiore di tutela, cioè quella che è stata chiamata stamane una assicurazione di secondo rischio.

Anche qui bisogna esaminare come sia possibile eventualmente introdurre quest'assicurazione di secondo rischio.

Io non mi sentirei di poter dire che l'assicurazione di secondo rischio deve essere rivolta verso gli eventi più gravi, perché vero è che oggi gli eventi più modesti vengono coperti quasi totalmente dalle assicurazioni sociali e quelli più gravi rimangono spesso parzialmente indennizzati, ma è anche vero che la tendenza è proprio nel senso di modificare questa situazione. Però, ci sono alcuni settori in qui questa integrazione potrebbe con vantaggio manifestarsi: uno ne è stato citato questa mattina, per quanto riguarda il ricovero ospedaliero. Il ri-

covero ospedaliero è la tipica prestazione per la quale si può pensare ad una ulteriore garanzia attraverso l'assicurazione privata, al fine di garantire il soggiorno in camere singole, mentre di regola gli istituti mutualistici provvedono alla degenza in corsia comune.

E, poi, c'è un altro campo che voglio indicare: è quello delle integrazioni di carattere economico per la perdita del salario, anche dei lavoratori dipendenti, perché le assicurazioni sociali garantiscono livelli dell'ordine del 50, del 60 per cento della retribuzione e nelle categorie più evolute di lavoratori si sente il bisogno vivissimo di una integrazione.

E, infine, c'è tutto il vasto campo dei professionisti e dei lavoratori autonomi, per i quali questa tutela non esiste e per i quali è un rischio gravissimo quello della perdita del reddito per un lungo periodo: questa, anzi, è forse una delle maggiori prospettive per le Compagnie private.

Vorrei fare ancora qualche brevissima osservazione sul piano tecnico, se questo non vi tedia e se il Presidente mi concede ancora qualche minuto di tempo.

Giustamente ha detto stamattina il Prof. Longo che se si deve iniziare questa assicurazione, bisogna fondarla su una tecnica ben precisa che eviti delle sorprese. E' tanto più importante questo, perché si tratta di rischi difficilmente definibili, come tutti hanno ricordato, e si tratta di situazioni che non sempre sono accertabili.

Ora, per quanto riguarda tutta la parte che si riferisce ad eventuali erogazioni di indennità giornaliere, le esperienze delle assicurazioni sociali, le tavole di morbilità (una ne ha pubblicata quattro o cinque anni fa l'INAM, distinta per età, sesso e categoria) possono fornire utili indicazioni, a condizione che vengano opportunamente integrate, perché per esempio le statistiche dell'INAM mancano di tutta la parte che si riferisce alla tubercolosi.

In generale, questi dati costituiscono elementi utili per le previsioni; infatti, le esperienze acquisite nel campo della stessa assicurazione sociale mostrano che, in genere, per l'inabilità temporanea al lavoro i dati hanno una relativa stabilità nel tempo.

Naturalmente bisognerà tenere conto di varie suddivisioni: ad esempio per sesso (perché il sesso ha un'importanza fondamentale in questo campo) e per categoria socio-professionale (perché anche questo fattore gioca un ruolo importante). Per quanto riguarda l'età, è dubbio se il coefficiente di morbilità abbia un andamento sempre crescente.

Ci sono, è vero, delle esperienze straniere che mostrano un notevole accrescimento con l'età, ma devo dire che — almeno le ultime esperienze, quelle che citavo poco fa, dell'INAM — non danno questa sensazione. Comunque è da escludere che tale aumento con l'età sia costante per il sesso femminile, per il quale il periodo dell'età feconda presenta valori assai elevati.

Bisogna anche tener conto, nell'ambito dell'assicurazione privata, di un altro elemento, cioè della selezione.

Sono state fatte delle indagini per misurare quello che si chiama *indice di ripetibilità*, cioè il numero medio di malattie che colpiscono un individuo che cade ammalato almeno una volta nell'anno.

Si è cercato di vedere se questo numero medio fosse la risultante di una attribuzione a caso delle malattie, ovvero se chi è caduto ammalato una prima

volta avesse una maggiore probabilità di ammalarsi e si è visto che, in effetti, questa seconda ipotesi è vera.

E' evidente che questo elemento, che non ha rilievo nell'ambito dell'assicurazione sociale obbligatoria, avrà un rilievo importante nell'ambito dell'assicurazione privata.

Quando per contro passiamo al campo delle prestazioni sanitarie, cioè visite mediche, farmaci, ricoveri e via di seguito, allora le tavole di morbilità non servono più a nulla: bisogna prendere altre statistiche, che purtroppo sono molto più rare. Esistono esperienze anche straniere, come per esempio recentemente la esperienza di Tossberg, che ha aggiornato vecchie indagini di prima della seconda guerra mondiale, ma tutte queste esperienze sono difficilmente applicabili in zone ed in tempi diversi.

Purtroppo, i dati nazionali sono scarsi, però alcuni elementi utili sono costituiti dalle esperienze degli enti che offrono un'assistenza indiretta, come l'ENPAS e l'ENPDEDP. Questi due enti possiedono statistiche che possono avere un notevole interesse per gli assicuratori.

E vengo ancora a qualche ultimo rilievo, sempre di natura tecnica.

E' inutile dire che, oltre al problema della definizione del rischio, oltre al problema della scelta delle basi, nell'ambito dell'assicurazione di malattia è sempre presente come un fantasma che spaventa tutti — gli assicuratori sociali e quelli privati — il problema del rischio soggettivo che è veramente difficile poter eliminare completamente.

Per eliminare il rischio soggettivo bisognerebbe, infatti, assicurare solo gli eventi chiaramente individuabili, per i quali non vi siano possibilità di contestazioni. Ma anche il ricovero ospedaliero, che sembra il più obiettivo, si presta a mille possibilità di aggravii nella durata e nelle prestazioni più o meno giustificabili.

Quindi il rischio soggettivo deve essere considerato praticamente come un peso della gestione che non si può evitare e del quale gli assicuratori privati debbono tener conto.

Ma ci sono — secondo me — due altre questioni che vanno considerate, sempre sul piano tecnico. Innanzi tutto c'è il problema della estrema variabilità, con il tempo, delle statistiche che si riferiscono all'assistenza sanitaria. Non c'è Paese al mondo in cui i dati non cambino, si può dire, di anno in anno per un'infinità di circostanze, come le modifiche nei metodi di cura, l'introduzione dei nuovi farmaci e, soprattutto, il diffondersi della coscienza sanitaria. Quindi c'è da scontare una continua ascesa dei costi.

In secondo luogo, si è detto che si può organizzare l'assicurazione privata di malattia con un premio costante attraverso il tempo, e quindi con accumulazione di riserve.

Non voglio ingerirmi nei problemi strettamente finanziari delle compagnie, però voglio considerare gli effetti sul pubblico di un tale sistema.

E' evidente che il cliente rischia di vedere diminuita la sua garanzia attraverso il tempo per effetto della svalutazione, e ciò può costituire in breve periodo motivo di discredito. Sotto questo profilo, sarebbero quindi preferibili polizze a premio annuo variabile.

Per riassumere, mi sembra dunque che se il problema deve essere affrontato, la prospettiva più interessante, a mio giudizio, consiste proprio nella inden-

nità di carattere economico sostitutiva del reddito o del salario. Viene, poi, il campo di eventuali prestazioni sanitarie che le assicurazioni sociali non forniscono o danno solo in via marginale; e, infine, l'integrazione per la sistemazione in camera separata nel caso di ricovero. C'è un'ultima riflessione che voglio fare. Il mondo dell'assicurazione sociale di malattia è un mondo che va evolvendo rapidamente. Ci sono anche le direttive del Programma, che non sappiamo quando saranno realizzate. Le compagnie devono, dunque, giudicare se questo sia il momento più propizio per lanciare il nuovo ramo, ovvero se sia meglio attendere uno o due anni per avere una visione più chiara.

E concludo con l'augurio che gli assicuratori privati, con la loro capacità, con la loro operosità, che sono indubbie e conosciute in tutto il mondo, possano portare un contributo concreto anche in questo campo così difficile.

POSSIBILITA' DI COESISTENZA DELLA SICUREZZA SOCIALE E DELL'ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE

Comunicazione scritta del Dott. **URBANO CIOCCETTI**
Presidente dell'ENPDEDP

Ho seguito molto attentamente l'esauriente, ampia e dettagliata relazione introduttiva ai lavori del Convegno ed altrettanto attentamente ho ascoltato gli interventi che si sono succeduti. Molti aspetti di ordine tecnico sono stati oggetto del dibattito ed in particolare molte questioni di rilievo, sempre di natura tecnica e di contenuto pratico, hanno trovato una puntuale precisazione da parte del Prof. Coppini; per cui, il mio contributo alla « Giornata dell'assicurazione volontaria contro le malattie » penso possa investire alcuni problemi di più ampio respiro anche perché, in definitiva, un esame approfondito dell'argomento che ci è stato sottoposto non può prescindere da alcune valutazioni generali che possono meglio inquadrare il problema stesso, con senso realistico, nell'ambito della legislazione esistente e nell'arco degli orientamenti che già sono stati precisati per un più o meno prossimo futuro.

Il primo problema che si pone alla mia meditazione riguarda la eventuale incompatibilità di un ordinamento di sicurezza sociale con la responsabilità e con l'iniziativa individuale e, quindi, con la diffusione dell'assicurazione volontaria di malattia. Ciò, in via generale; scendendo al concreto, mi sembra che sia essenziale esaminare se tale incompatibilità sussista con le linee direttive inserite nel piano di sviluppo e dalle quali si può desumere l'ampiezza, la natura e l'efficacia della sicurezza sociale per la malattia prefigurata dalla programmazione italiana.

Non v'ha dubbio che l'esistenza di forme di protezione realizzate in modo del tutto paternalistico, atte a creare nell'uomo il convincimento di un suo diritto ad un intervento esterno che venga a surrogare le deficienze delle sue possibilità economiche rispetto ai suoi bisogni, attenuerebbe in maniera molto grave,

se non addirittura farebbe scomparire, il senso di rivolta dell'uomo contro le avversità, e quindi il suo senso di iniziativa responsabile.

E' evidente che una conseguenza di questo tipo sarebbe deplorabile almeno per due ragioni: sia per le sue risultanze negative sul benessere nazionale, che ha il suo maggior sostegno nelle spinte della volontà verso l'affermazione dell'individuo, sia per l'effetto indubbiamente deprimente sul senso del decoro e della dignità personale di ciascun cittadino.

Peraltro, un ordinamento di sicurezza sociale, razionalmente pensato ed applicato, non presenta sostanziali pericoli di tale natura. Infatti, esso ha una delimitata e precisa funzione, di natura assicurativa, cioè a dire, in termini tecnici, *de damno vitando*.

Il pensare, quindi, che l'esistenza di una protezione sociale offerta da un sistema di sicurezza possa ridurre il senso di responsabilità e l'individuale spirito di iniziativa equivarrebbe, come dicono alcuni autori, ad affermare che l'esistenza delle assicurazioni private riduca, ad esempio, l'opera di prevenzione contro gli incendi o l'attenzione del guidatore che gode di una polizza assicurativa. E' vero, invece, il contrario, nel senso che l'incertezza del futuro per l'insorgere di bisogni eccezionali, per il verificarsi di certi eventi, diminuisce la fiducia nelle proprie forze, contribuisce a determinare stati d'ansia e di preoccupazione che, debilitando il fisico, prostrano, anziché stimolare e rinvigorire, lo spirito d'iniziativa.

In sostanza, proprio di fronte a questi stati d'animo, un sistema di sicurezza e, più in generale, una qualsiasi forma di assicurazione ha il vantaggio di eliminare o contenere molti rischi e per ciò stesso permette di affrontarne meglio altri.

D'altro lato, la sicurezza sociale garantisce, di norma, prestazioni riparatrici in misura sufficiente a soddisfare *soltanto* i bisogni essenziali ed è quindi portata, anziché a ridurre, a far crescere l'iniziativa individuale. L'uomo, che non è più costretto a lottare contro le difficoltà che, essendo a tutti comuni, sono superate attraverso una solidale azione collettiva, può meglio concentrare i suoi sforzi verso più ampie conquiste. Si può pertanto ritenere che un ordinamento di sicurezza sociale, soddisfacendo l'esigenza di dare prestazioni di livello tale da garantire la copertura di un minimo di bisogni, ma non tale da rendere vantaggiosi gli eventi previsti, non affievolisce lo spirito verso il risparmio e verso più ampie forme di copertura, ottenibili mediante sacrifici individuali.

In conclusione, la sicurezza sociale, in tesi generale, non tende a ridurre ma piuttosto ad intensificare le forme di previdenza volontarie e quindi, nel caso specifico, anche le forme di assistenza volontaria contro le malattie, come l'esperienza ed il buon senso ampiamente confermano.

Collegato a questa prima considerazione di carattere generale è il secondo quesito cui occorre dare una risposta. L'ordinamento di sicurezza sociale prefigurato in Italia dal piano di sviluppo è di natura tale da renderlo incompatibile con la responsabilità e l'iniziativa individuale? Meglio ancora, il previsto ordinamento italiano di sicurezza sociale sarà così ampio e completo da coprire tutti gli eventi e, nel caso della malattia, da soddisfare tutte le esigenze, sì da ridurre le preoccupazioni individuali e rendere pleonastica l'assicurazione volontaria? La risposta non può essere che negativa in quanto, come è a tutti noto, per

quanto concerne la malattia, il nuovo sistema di copertura non potrà che garantire alcune prestazioni essenziali per cui molte altre, che pur tuttavia per il maggior livello di civiltà raggiunto possono considerarsi egualmente necessarie, rimarranno pur sempre escluse dal novero di quelle obbligatoriamente dovute.

Inoltre — e qui scendiamo su un terreno più reale — io penso che il processo per giungere alla attuazione pratica di quell'ordinamento di sicurezza ipotizzato dal piano sia notevolmente lungo: e per le difficoltà di ordine economico che occorre superare in via pregiudiziale e per le resistenze fatali che alcune categorie opporranno alla tendenza verso l'unificazione, e, infine, per la scelta già operata dai responsabili politici e dai formulatori del piano verso la utilizzazione prioritaria delle poste del reddito nazionale per la risoluzione di problemi considerati più urgenti, quali quelli della produzione, dell'occupazione, della scuola, della riforma dello Stato, e così via.

Ritengo quindi di non dover condividere l'affermazione che qualcuno ha fatto in questo Convegno giudicando « coraggiosa » l'iniziativa di indire una « Giornata » per esaminare le possibilità di espandere forme volontarie di assicurazione contro le malattie nel momento in cui ci si avvia verso più larghe forme di protezione mediante un Ordinamento organico di sicurezza sociale. Non la condivido perché il termine « coraggioso » verrebbe ad assumere un prevalente significato di avventatezza in quanto l'iniziativa è contrapposta ad una tendenza che, se realizzata nei suoi obiettivi finali, è ritenuta idonea a ridurre al massimo le possibilità di una espansione dell'assicurazione volontaria.

Per le ragioni che ho espresso, sia di carattere generale che riferite alla situazione italiana, ritengo invece — se proprio si deve definire con un aggettivo l'iniziativa di questa « Giornata » — che essa possa effettivamente essere considerata « realistica » ed adottata con un senso di responsabile avvedutezza, proprio per lo spazio che il futuro ordinamento italiano offre alla previdenza individuale.

Penso che il mio intervento possa fermarsi qui, anche perché le possibilità effettive, sul piano pratico, di poter dare corso ad una azione efficiente per l'espansione delle forme volontarie di assicurazione contro le malattie sono state vagliate ed illustrate sia dal relatore che da alcuni intervenuti: lo si è fatto anche considerando già attuato il sistema di sicurezza sociale preventivato dalla programmazione economica. Se quindi, come io ritengo, buone previsioni di sviluppo possono essere formulate nell'ipotesi dell'attuazione della sicurezza sociale, è del tutto scontato prevedere un notevole incremento migliorativo di tali previsioni se una efficiente attività di propaganda per l'assicurazione volontaria viene svolta nell'attuale momento. Le lacune del sistema assicurativo-sociale che si identificano — a questi fini — nella mancanza, nel novero degli assicurati obbligatori, di alcune categorie provviste di alto reddito, nel diverso livello del trattamento di malattia fra i lavoratori dipendenti e quelli autonomi, nella esclusione di alcune importanti prestazioni tra quelle obbligatorie ed infine negli inconvenienti che emergono per le diverse competenze assicurative e per la differente ampiezza dei diritti alle prestazioni, lasciano ampio margine alle iniziative degli Istituti di assicurazione pubblici e privati per organizzare forme valide di assicurazione volontaria.

Se a questa considerazione di ordine contingente si aggiunge anche una realistica previsione di un necessariamente lungo processo di omogeneizzazione

del sistema quale presupposto per giungere alla sicurezza sociale, si può e si deve concludere sottolineando la positività dell'iniziativa intrapresa dall'INA proprio perché essa presenta apprezzabili requisiti di realizzabilità.

Gli Enti pubblici di malattia, se l'assicurazione volontaria si svilupperà effettivamente in campo nazionale, saranno chiamati senza dubbio a risolvere qualche problema che potrà insorgere per delimitare in maniera più esatta il campo d'azione proprio, rispetto a quello che dovrà essere occupato dalle società di assicurazione private.

Anche nella mia qualità di Presidente di un Ente mutualistico qual è l'ENPDEDP, non pavento l'eventuale insorgere di una problematica di tale natura poiché sono convinto che l'intensificarsi, a fianco di quella pubblica, di un'assistenza ottenibile sul piano di un atto di volontà consente pur sempre di dare maggiore sicurezza ai cittadini di fronte agli eventi più gravi della vita quali sono le malattie. Questo importante obiettivo, apprezzabile sul piano umano e sociale, di per sé stesso sarà di stimolo per il superamento di qualsiasi inconveniente che la coesistenza delle due forme assicurative dovesse far sorgere.

« ORIENTARSI BENE FRA BISOGNI REALI E BISOGNI APPARENTI »

Comunicazione scritta del Prof. **UMBERTO CHIAPPELLI**
Presidente dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale.

Debbo, anzitutto, ringraziare il Relatore per avere citato alcune notazioni da me espresse ne « L'assicurazione sociale di malattia », e per avere fatto sua una osservazione indicativa che penso debba guidare chiunque si occupi dell'argomento, grave e spinoso, di una forma di previdenza tanto inafferrabile ed incontenibile, sia essa sociale ed obbligatoria o libera e volontaria: il rischio, nell'assicurazione di malattia, è costituito non proprio dalla « malattia » ma dal ricorso alle prestazioni (si possono, infatti, contare prestazioni senza malattia quando, specie nell'assistenza diretta, di più facile e corrente ricorso, visita ed accertamento diagnostico, chiesti dal paziente ed ovviamente non recusabili, conseguano il risultato di veder proprio dichiarato inesistente uno stato di malattia in atto). Sicché, quando si tratta di definire l'evento tutelato — e qualsiasi assicuratore non può non farlo — se si possono assumere criteri oggettivi appunto per cercare di contenere al massimo l'influenza della determinante disposizione del soggetto, questi, in pratica, anche se pongono remore, si rivelano aperti a pluralistiche interpretazioni strumentali e molto elastici, a dire poco, nel loro necessario empirismo anche quando beninteso contenuti nei limiti della decenza scientifica.

E' stata condotta dal Relatore un'ampia panoramica della situazione attuale dell'assicurazione sociale ed obbligatoria di malattia in Italia, che, dalle monche e sporadiche manifestazioni risalenti a pochi anni or sono, si è oggi vigorosamente affermata tanto da giungere a coprire la massima parte della popolazione. I difetti che presenta questa forma di previdenza — e che sono generalmente esibiti specie oggi nella somma del male, dimenticandone o adombrandone il bene — si compendiano nei vizi di una prodigiosa e precipitosa crescita e nell'incontro con una certa immaturità degli utenti, crescita senza avveduto controllo e sotto la spinta di istanze non convenientemente dominate e troppo leg-

germente secondate, o non facendo i conti o sbagliandoli. Fra questi difetti, e questi vizi, va in primo luogo annoverato il contrasto fra la imposizione di freni cronologici assurdi per la loro cecità e l'arrendevolezza nella concessione di alcuni tipi di prestazioni il cui consumo dovrebbe trovare freno nella coscienza e non nella borsa dell'utente o del previsto tale. E' questa una impostazione ispirata da troppo roseo ottimismo.

Alla vigilia delle importanti — e necessarie, e attese — riforme, esibite in programmi che fanno spesso confusione e generalizzazione fra compiti della prevenzione e compiti della riparazione, gli uni e gli altri necessariamente da commettere a settori pubblici diversi ed anche con diverso contenuto giuridico, specie per quanto attiene o agli interessi o ai diritti o dei cittadini o dei lavoratori, alla vigilia, dicevo, dei nuovi ordinamenti o riordinamenti, e prima di procedere in un senso o nell'altro, non può dimenticarsi un principio elementare, questo: in certi casi, la fornitura gratuita di alcuni servizi collettivi ne dilata a dismisura la domanda. Tutti possono essere portati a valersi dei servizi resi dai medici ed a provocare conseguenti consumi quando questi beni, posti a disposizione della collettività organizzata, non costano od almeno non presuppongono una sentita e diretta partecipazione economica anche ridotta o minima. A chi oggi va urlando il proprio spavento nel leggere certe cifre di disavanzi che danno le vertigini nella loro prorompente ascesa, va ricordato che non esiste sistema economico che possa reggere e resistere quando poggia sull'offerta, totalmente gratuita, di servizi la cui natura sia, al medesimo tempo, collettiva e individuale. Se è consentito dirlo, quella della malattia è un'assicurazione che tenta, tenta il consumo delle prestazioni o, peggio, lo spreco di queste impegnando mezzi che potrebbero essere volti ad altro destino più appropriato e più conveniente a fini collettivi e individuali.

Una azione eventuale dell'assicurazione volontaria dovrà arare su questo terreno cementato non solo da prestazioni, ma anche da atteggiamenti psicologici di arduo sondaggio, causati o concausati o condizionati come sono da fattori economici predisponenti fissi e variabili anche da zona a zona, da tempo a tempo, sotto la spinta di abitudini, opinioni, tradizioni, nonché immotivate distorsioni ed anche interessate massicce pressioni.

Resta, poi, la risposta al primo interrogativo che viene spontaneo alle labbra: dove troverà, dove potrà trovare lo spazio utile un'assicurazione volontaria per inserirsi, naturalmente e necessariamente con una formulazione convenzionale dell'evento considerato, e con gestioni economiche ed efficienti, dovendo quadrare i bilanci?

Oggi, tutti i lavoratori, dipendenti ed autonomi, sono tutelati, e lo saranno più e meglio subito domani in aderenza ai dettati della Costituzione ed ai programmi del Piano Quinquennale, sia che la specifica forma di previdenza rimanga sostanzialmente raccolta nelle attuali strutture organizzative e strumentali, sia che si espliciti in un servizio di dimensioni e concezioni diverse. Questi lavoratori non potranno, semmai, che rivolgersi a forme integrative di intervento economico per sovvenire i casi gravi o per migliorare comunque l'assistenza sanitaria sotto l'aspetto qualitativo nella credenza o nella grossolana persuasione che *cura costosa* sia l'equivalenza di *cura migliore*. I casi « gravi » vengono generalmente e semplicisticamente assimilati agli eventi morbosi che postulano la

necessità di ricovero ospedaliero con una distinzione assai discutibile dal lato medico, ma che viene perseguita dall'assicuratore privato per avere una base di giudizio al massimo attendibile e rassicurante, fondata com'è al di fuori di un mero rapporto fiduciario fra medico e malato.

Resta, poi, a chiedersi se questi lavoratori vorranno rivolgersi a queste forme integrative e se lo vorranno in un numero apprezzabile: l'esperienza insegna che, pur di non sottostare all'onere della spesa od anche solo al fastidio della sua semplice anticipazione, grandi masse di assicurati della mutualità obbligatoria usufruiscono dei servizi dell'assistenza diretta che spesso non offrono scelte. D'altra parte, è ovvio che i lavoratori, se insoddisfatti, cerchino attraverso le loro organizzazioni sindacali e le loro rappresentanze politiche di potenziare le istituzioni esistenti e di ottenere prestazioni sempre più adeguate ai loro bisogni ed ai loro desideri anziché evadere in tutto od in parte da regimi assistenziali per loro in atto rivolgendosi ad altri organismi con largo sacrificio economico e con spinte di volontà davvero insolite. A ciò va aggiunto che il bisogno di sicurezza è oggi appagato nel rifugio fra le braccia dello Stato: braccia forti e provvidenziali, come hanno insegnato le ultime svalutazioni monetarie, purché non soffochino.

Restano gli appartenenti a quelle categorie che gli assicuratori chiamano « scremate »: i liberi professionisti, provveduti di buoni redditi e di un elevato tenore di vita, e restii a valersi degli strumenti spesso anonimi della mutualità di categoria se e finché sopravviverà (e, se non sopravviverà, sarà un gran male), ed i titolari di rendite sufficienti a porli fuori dal circuito oramai tanto vasto dell'assicurazione sociale.

Ho ragione di credere — a meno che esperienze diverse non mi contraddicano — che gli appartenenti a queste categorie selezionate, se pur sensibili ad altri rischi che incombono, non sentono il bisogno di garantirsi dai rischi di una malattia, evento che può maturare a breve scadenza e che, nell'arco delle previsioni soggettive fatte in condizioni economiche favorevoli, ritengono dominabile con i propri mezzi e senza tanti impicci di denunce, controlli e rendiconti. D'altra parte, non credo compatibili in una società come l'attuale, protesa verso traguardi di giustizia e di eguaglianza, la formazione e l'alimentazione di una medicina per i ricchi o per élites di scontenti da censo.

Allora? Allora anzitutto si protende, aperto e fertile, il campo dell'assicurazione vita, da sostenere ed affiancare con adeguate forme e misure complementari. Qui non c'è una strada da percorrere, c'è una strada da aprire solo che si tenga conto dell'accresciuto numero di vecchi, elementi in gran parte bisognosi di cure e di assistenze costose e quindi non sopportabili almeno oggi sul piano della mutualità o di categoria o nazionale, uomini e donne spesso abbandonati da famiglie che, sviluppandosi in senso orizzontale e non più verticale, hanno i loro problemi ed i loro egoismi, uomini e donne che possono trovare sollievo in sistemi ben combinati di intervento o al verificarsi di uno stato di invalidità o di infermità, od al raggiungimento di una determinata età. Basta soltanto guardarsi attorno per vedere quale fame di provvidenze a favore dei vecchi soli, inabili, infermi esista ad ogni livello sociale e ad ogni potenziale economico, fame di provvidenze che, almeno lungo un notevole arco di anni, saranno i singoli a dover soddisfare nella massima parte e con le sole loro forze. Se l'assi-

curatore deve sondare e vagliare i bisogni degli appartenenti ai gruppi in mezzo ai quali opera, ecco una somma imponente di bisogni da soddisfare, anzitutto chiarendoli tempestivamente ed anzi precocemente agli stessi interessati invitati ad aiutare sé stessi. Naturalmente una simile operazione dovrà essere seguita su ampie basi costruttive e non con i criteri che guidano l'assunzione e l'amministrazione dei rischi *speciali* od *aggravati*. E' da sottolineare, al riguardo, che in questo settore potrebbe essere invocata e giustificata la presenza dello Stato — sotto forma di partecipazione finanziaria da convenientemente studiare — soprattutto al fine di rendere accessibili e « popolari » i costi, ed evitare, così, che si attui una provvidenza, a basi comunitarie o individuali, destinata ai soli abbienti, tutti, ricchi e poveri, augurandosi di diventare vecchi e di restare al massimo tali in buona salute.

Restano pure le coperture dei vuoti rilevanti di *lucro cessante* nei casi di incapacità del soggetto ad espletare le normali occupazioni, specie nei settori delle libere professioni e del lavoro indipendente artigianale e commerciale, casi che nessuna forma di assicurazione obbligatoria collettiva può affrontare e tutelare per la varietà delle dimensioni delle attività, delle aziende, delle imprese, del volume degli affari e degli interessi, casi che l'assicurato singolo può stimare e preventivamente stabilire, come livello di prestazioni desiderate al momento della stipula del contratto.

Sono stati esibiti, in occasione di questa Giornata, numerosi esempi di attività maturate in altri Paesi; ma, oltre al loro valore documentario, penso che non possano assumere diverso valore sia perché l'assicurazione volontaria spesso si atteggia a rivestire il ruolo di una funzione sostitutiva di una assicurazione obbligatoria mancante o monca, sia soprattutto perché ogni Paese conta un suo carattere psicologico ed economico, e, alla stregua di questo, vanno studiate proposte ed assunte le iniziative che vogliono produrre frutto ed avere successo.

Il sistema previdenziale italiano — al pari di ogni sistema previdenziale che non consegna cittadini e lavoratori ad un Moloch onniprovidente — presenta, e presenterà per quanto debba necessariamente espandersi in qualità ed in quantità, qualche margine per un utile inserimento dell'assicurazione libera o volontaria. Se questa vorrà essere presente anche nel campo ora più coperto da prestazioni efficienti, la malattia, dovrà saper ben orientarsi fra bisogni reali e bisogni apparenti nella disordinata e confusa attuale esibizione di istanze che qualsiasi collettività organizzata non può soddisfare se non nei limiti del loro rilievo sociale e del loro interesse comune; e, dopo avere ben veduto, ben scegliere non i settori deboli, perché sconosciuti ad ogni ordinamento moderno e civile, ma i punti in cui lo Stato non potrà mai intervenire.

PROBLEMI DELL'ASSISTENZA MALATTIA IN ITALIA, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA SITUAZIONE OSPEDALIERA

Comunicazione scritta del dott. **UMBERTO BRUZZESE**

Direttore dell'Agenzia Giornalistica S.A.P. e de «L'Unione Medica» - Sociologo

La sicurezza sociale si identifica, come la sicurezza economica, non in uno stato di attualità, ma, come giustamente scrive lo psicologo americano Stanley A. Dewey, nella *assenza della paura per il domani*, paura che, al contrario, sembra essere una delle caratteristiche dell'attuale sistema sanitario e previdenziale italiano. Il domani degli italiani, per quanto riguarda gli eventi negativi della vita, è infatti pieno di paure: paura di non potersi adeguatamente curare in caso di malattia, soprattutto se grave; paura di non poter vivere decorosamente, in caso di invalidità permanente, con la scarsa rendita erogata dall'Istituto pubblico assicuratore; paura di dover trascorrere gli ultimi anni della propria esistenza in ristrettezze, per l'insufficienza del trattamento pensionistico.

Domina dunque, e largamente, l'angoscia per il futuro proprio e dei propri familiari, soprattutto in riferimento al primo, secondo me, diritto naturale, fondamentale, il diritto cioè alla salute e quindi alla cura: diritto inalienabile, oggettivo e soggettivo insieme, che ha per sua base una esigenza biologica dal cui soddisfacimento dipendono in buona parte l'integrazione e la promozione della persona umana, cioè il progresso inteso come civiltà, come somma di valori morali. In questa fondamentale esigenza biologica confluiscono sia la concezione spiritualistica, religiosa, dei bisogni sociali, sia la concezione puramente tecnica, e cioè organizzativa, per il loro soddisfacimento da parte dei pubblici poteri, in un costante rapporto, fra Stato e cittadino, che supera i limiti di casualità sociale per integrarsi in una legge morale generale.

L'assistenza malattia

A ben riguardare l'odierna situazione mutualistica italiana, la situazione cioè dell'assistenza malattia erogata da enti, istituti e casse mutue con personalità giuridica pubblica ad oltre i due terzi dei cittadini italiani, non possiamo affermare

che essa sia soddisfacente. Al vero, profondo concetto di mutualità si è andato sostituendo nel tempo il concetto burocratico dell'assistenza malattia, per cui la sicurezza sociale rischia di diventare *un concetto generico e quasi astratto*, come precisa il prof. Antonio Navarra, riducendosi al ruolo, rispettabile ma socialmente inefficace, di contrasto dialettico fra eguaglianza e libertà.

Ci troviamo, in definitiva, in una situazione che rende difficile *tutelare l'intangibile campo dei diritti della persona umana*, tra i quali diritti rientra, come precisa lo stesso Giovanni XXIII nella Enciclica *Pacem in Terris*, un *sistema assicurativo tale che, al verificarsi di eventi negativi o di eventi che comportino maggiori responsabilità familiari, ad ogni essere umano non vengano meno i mezzi necessari alla difesa da questi eventi e ad un tenore di vita dignitoso*.

La tutela della salute da parte degli enti assicuratori pubblici, che attuano normative differenti, risulta in genere inferiore alle effettive esigenze dei cittadini. A ciò debbono aggiungersi il disagio derivante agli assistiti dall'insufficiente numero dei posti-letto negli ospedali e, per quel che riguarda i sanitari, il basso livello delle tariffe. Dobbiamo comunque precisare, a scanso di equivoci, che la mutualità ha fatto progredire la medicina sociale in questo ultimo cinquantennio come non mai, sviluppando in tutti i cittadini la coscienza sanitaria, e cioè del diritto alla cura, anche se, purtroppo, tale scopo non è stato ancora pienamente raggiunto dal pubblico sistema assicurativo italiano. In alcuni casi, anzi, i rimborsi sono limitatissimi e, spesso, coprono appena un terzo, ed anche meno, delle spese effettivamente sostenute. Si afferma che tutto questo avviene per i limiti di bilancio degli Enti gestori, e ciò è senz'altro vero, tanto più che tali limiti non potrebbero essere superati senza grave nocimento per la collettività. Il nostro complesso assistenziale sanitario comporta un costo annuo che supera i 1.400 miliardi di lire (il Programma quinquennale di sviluppo economico l'ha fissato in mille miliardi di lire, ma questa cifra è ben lontana dalla realtà). In particolare, il solo bilancio INAM ha, ormai, raggiunto i mille miliardi.

Le lacune del sistema sono numerose. Non esiste, ad esempio, tutela per tutti i casi morbosi, non esiste tutela mutualistica negli incidenti automobilistici, oggi così frequenti; non esiste tutela nelle malattie mentali e, per i lavoratori autonomi, nelle affezioni tubercolari ed infettive in genere; intere categorie, come ad esempio quelle imprenditoriali, i pubblicitari, etc., sono escluse da qualunque forma assicurativa sanitaria; non esiste l'assicurazione contro l'incidente *in itinere*, non esiste assistenza obbligatoria per le cure termali, che pure hanno raggiunto una importanza sociale considerevole. E, mentre nelle prestazioni indirette, che hanno il vantaggio della libera scelta del medico da parte dell'assistito, si verifica uno scarso rimborso all'assistito stesso sulle spese effettivamente sostenute (per cui l'assistenza pesa in gran parte, soprattutto per i gravi eventi morbosi, sull'assistito), nelle prestazioni dirette si verificano altri gravi inconvenienti: affollamento davanti agli ambulatori, con soste di ore prima che giunga il turno della propria visita e, quindi, con visite brevissime; pericolo di diagnosi sbagliate; esami clinici che durano, talvolta, intere settimane e addirittura mesi, col conseguente prolungamento del *tempo terapeutico* e considerevole danno alla salute dell'assistito. Data la brevità e la superficialità delle visite, si verifica spesso la necessità di nuovi accertamenti, con ulteriore perdita di tempo per il medico e per l'ammalato e conseguente dispendio finanziario. La disparità di trattamento, poi, non solo fra ente ed ente, ma addirittura fra categorie diverse assicurate presso lo stesso Istit-

tuto, determina una sperequazione, per cui i cittadini assistiti non sono tutti eguali, come dovrebbero essere, davanti all'evento morboso.

Come già accennato, le mutue, e soprattutto i grandi Istituti, come l'INAM, non riescono a reggere all'enorme sforzo finanziario ed organizzativo che comporta la progressiva maggiore estensione delle prestazioni sanitarie. Si verifica, cioè, un divario fra gli obiettivi enunciati e le possibilità effettive per il loro raggiungimento, tra programmazione e strumenti per la programmazione. Ma v'è di più. Il grave ritardo, infatti, nel pagamento delle rette ospedaliere arretrate determina la crisi degli ospedali, che non possono pagare i medici e far fronte alle altre spese correnti; gli esercizi farmaceutici debbono ricorrere ad onerosi finanziamenti, in attesa anch'essi che le mutue paghino i medicinali spediti agli assistiti; i medici ospedalieri scioperano per il mancato pagamento delle loro spettanze e i medici mutualisti protestano per la condizione assolutamente umiliante in cui vengono a trovarsi.

La situazione ospedaliera

Dalla crisi, dunque, dell'attuale sistema mutualistico si genera e si determina la crisi dell'intero settore sanitario italiano, crisi che, come abbiamo già accennato, si complica per la carenza di ospedali, e quindi di posti letto, soprattutto nell'Italia meridionale.

La legge di riforma ospedaliera, approvata dalle Camere dopo un lungo dibattito parlamentare proprio alla chiusura della IV Legislatura, non ha risolto il problema. Essa è stata approvata prima ancora che venissero approntati gli strumenti per la realizzazione degli obiettivi previsti. E' da augurarsi che la situazione venga radicalmente e realisticamente affrontata in sede di riforma sanitaria generale, tenendo presenti le situazioni regione per regione e non soltanto in funzione della mancanza di posti-letto, ma in funzione anche, e soprattutto, di attrezzature sanitarie e scientifiche e di organizzazione interna. E' un problema di proporzioni gigantesche, che comporta anche un capovolgimento di mentalità; problema che impone, come ha scritto il prof. Panzini, *non un impegno di governo, ma di Stato e che esige non soltanto la sua soluzione, ma il suo rigoroso disciplinamento.*

Non possiamo, evidentemente, affrontare in questa sede un esame analitico completo della situazione ospedaliera attuale. Dobbiamo limitarci soltanto all'esame, diciamo così, *topografico*, di distribuzione cioè degli ospedali, per evidenziare alcune drammatiche situazioni. Gli ospedali pubblici (generali, specializzati, sanatoriali e neuropsichiatrici) sono in tutta Italia 1.459 e coprono 386.813 posti-letto. Le case di cura private sono 1.023 e coprono 73.137 posti-letto. Abbiamo un totale, dunque, di 2.518 ospedali e case di cura per 459.950 posti-letto, su una popolazione stabile che supera i 50 milioni di abitanti.

Sembrerebbe, così, a prima vista, che fra gli ospedali pubblici e privati, l'Italia si avvicini all'*optimum* di 10 posti-letto per 1.000 abitanti fissato dalla O.M.S. Ma ciò non è vero, in quanto il 10 per mille deve essere riferito esclusivamente agli ospedali pubblici generali (senza tener, dunque, conto degli ospedali psichiatrici e sanatoriali e delle cliniche private), per cui la media dei nostri posti-letto è del 4,2 per ogni mille abitanti, molto lontana cioè da quella delle

nazioni più progredite (Svizzera, 15,7 per mille; Svezia, 13,8 per mille; Inghilterra, 11,2 per mille; Francia, 8,9 per mille).

Se, poi, andiamo ad analizzare la situazione regione per regione, notiamo che il triangolo Piemonte-Lombardia-Liguria è il più privilegiato anche dal punto di vista ospedaliero, mentre il triangolo Basilicata-Sardegna-Calabria è anche in questo settore, come in tutti gli altri, il più depresso.

Al fine di dimostrare con più evidenza l'abissale divario in posti-letto fra Nord e Sud, sia rispetto alla media nazionale che rispetto all'*optimum* indicato dalla O.M.S., inseriamo, per la nostra analisi regionale, tutti gli ospedali in ciascuna regione esistenti, sia pubblici che privati, sia generali che specializzati, sia psichiatrici che preventoriali e sanatoriali. E incominciamo dalla Lombardia.

La Lombardia è la regione che ha più ospedali (227 pubblici e 91 privati) e più posti-letto (79.000 circa). Rispetto alla sua popolazione (7.050.000 anime) e all'*optimum* di 10 posti-letto per mille abitanti, dovrebbe avere 70.500 posti-letto. Ha, dunque, un supero di oltre 8.000 posti-letto, che salgono a 14.000 rispetto alla media nazionale. Ma va rilevato che, pur avendo la regione questo considerevole supero, la sua capitale, Milano, è carente di posti-letto, tanto che, nei periodi di più alta morbilità, deve mandare i suoi malati negli ospedali delle vicine città di Monza, Varese, Como. Lo stesso avviene per altre grandi città, come Roma, Napoli, ecc.: il che dimostra che non solo la rete ospedaliera italiana è inegualmente distribuita nelle varie regioni, ma anche nella stessa regione. Ecco, per inciso, un altro inconveniente dell'urbanesimo. Il Piemonte ha 174 ospedali pubblici e 67 privati, con un totale di 41.281 posti-letto. Rispetto alla sua popolazione (3.756.000 abitanti) e in funzione dell'*optimum*, dovrebbe averne 37.560. Ha, quindi, un supero di circa 5.000 posti-letto, che salgono a 6.663 rispetto alla media nazionale.

La Liguria ha 66 ospedali pubblici e 39 privati con 21.562 posti-letto. Rispetto alla sua popolazione (1.671.000 abitanti) e all'*optimum*, dovrebbe averne 16.710; si ha, perciò, un supero di 4.000 posti-letto, che salgono ad oltre 6.000 rispetto alla media nazionale.

Scendiamo, adesso, al sud. La Lucania ha appena 6 ospedali pubblici e 7 privati, con un totale di 2.965 posti-letto, su una popolazione di 663.000 anime. Dovrebbe averne 6.099 rispetto alla media nazionale o 6.630 rispetto all'*optimum*; si ha, quindi, una carenza rispettivamente di oltre 3.100 e di 4.300 posti-letto. La Calabria ha 24 ospedali pubblici e 59 privati, con un totale di 7.937 posti-letto, su una popolazione di 2.156.000 abitanti. Ne dovrebbe avere, rispetto alla media nazionale, 19.785 e rispetto all'*optimum* 21.560. Ha, quindi, una carenza rispettivamente di oltre 11.800 e di 13.623 posti-letto. La Sardegna ha 26 ospedali pubblici e 15 privati, con 9.024 posti-letto, su una popolazione di 1.320.000 anime. Dovrebbe averne 12.140 rispetto alla media nazionale e 13.290 rispetto all'*optimum*. Ha una carenza rispettivamente di oltre 3.000 e di oltre 4.100 posti-letto.

Questo per le regioni più depresse. Ma guardiamo pure la Campania e la Sicilia. La Campania ha 39 ospedali pubblici e ben 136 privati, con 35.134 posti-letto su una popolazione di 4.736.000 anime. Dovrebbe averne 43.571 rispetto alla media nazionale e 47.360 rispetto all'*optimum*. Ha una carenza rispettivamente di oltre 8.000 e 12.000 posti-letto. La Sicilia ha molti ospedali, e precisamente 134 pubblici e 118 privati, ma ha pochi posti-letto, esattamente 29.403,

su una popolazione di 4.794.000 abitanti. Ne dovrebbe avere 44.104 rispetto alla media nazionale e 47.940 rispetto all'*optimum*. Ha, quindi, una deficienza rispettivamente di circa 15.000 e di oltre 18.500 posti-letto.

E potremmo continuare. Ma bastano questi esempi per dimostrare a sufficienza la drammatica situazione della ospedalità italiana. Situazione che è stata rilevata, non da oggi, dagli ambienti politici più responsabili e soprattutto dal Ministero della Sanità, che ha più volte indicato come problema prioritario quello ospedaliero, che va risolto con precedenza assoluta su tutti gli altri problemi sanitari e previdenziali. Non si tratta soltanto di costruire nuovi ospedali e di rinnovare e potenziare quelli esistenti, ma si postula una nuova architettura ospedaliera che dia serenità ai degenti e funzionalità ai vari servizi e che punti decisamente alla eliminazione delle depredate *corsie* ed alla istituzione di nuovi ed efficienti reparti in funzione delle nuove esigenze tecnologiche e sociali e delle malattie caratteristiche del nostro tempo.

Reperimento dei fondi finanziari

Per l'attuazione del programma ospedaliero, per la copertura dei 180.000 nuovi posti-letto che il Piano di Governo prevede necessari per il 1980, non sembrano sufficienti le somme che il Piano stesso indica, nel suo capitolo VII dedicato alla sicurezza sociale, in 600 miliardi di lire. Il Piano pecca per difetto, avendo assegnato un costo di 3 milioni a posto-letto. Si consideri che ad ogni posto-letto vengono attribuiti, nei Paesi più progrediti, metri cubi 500 di costruzione e, nei Paesi meno progrediti, almeno metri cubi 150. Per l'Italia dovrebbero essere assunti, come base di calcolo, almeno 250 metri cubi a posto-letto, il che verrebbe a costare, secondo i sistemi tradizionali di calcolo, L. 22.000 a metro cubo. A questa somma occorrerebbe aggiungere quella derivante dal costo delle attrezzature sanitarie e dell'arredamento, che può essere calcolato in circa L. 10.000-15.000 al metro cubo. Si avrebbe, così, un costo totale unitario di L. 32.000-40.000 al metro cubo, per cui l'importo medio complessivo di un posto-letto dovrebbe oscillare fra gli 8 e i 10 milioni. Per i 180.000 posti-letto occorrenti in Italia (di cui 52.000 dovrebbero essere allestiti entro il 1971) occorrerebbe una somma totale di 1.200 miliardi: il doppio, cioè, di quanto prevede il programma quinquennale di sviluppo economico.

La cifra è imponente e, con tutta probabilità, non potrà essere interamente sostenuta dallo Stato e dagli enti locali. Occorrerà, dunque, far capo anche alla iniziativa privata.

Ed eccoci, appunto, al tema di questa *Giornata* — organizzata dall'INA e dall'ANIA — *sull'assicurazione volontaria contro le malattie*.

Premesso che l'attuale sistema mutualistico non può coprire tutte le necessità e le esigenze sanitarie degli assistiti e che l'attuale rete ospedaliera italiana è insufficiente, balza evidente la necessità che si crei in Italia una libera coscienza assicurativa anche nei riguardi dell'evento morboso, e cioè che sia propagandato e sviluppato il concetto dell'assicurazione volontaria contro le malattie, attraverso la stipulazione con una compagnia privata di una polizza atta ad integrare, o a sostituire, laddove mancano, le prestazioni mutualistiche degli enti pubblici. Se questa assicurazione volontaria avrà il successo che ci auguriamo (e che non do-

vrebbe mancare, date le insufficienze e disfunzioni dell'attuale sistema mutualistico), si apriranno prospettive nuove anche per l'apporto del capitale privato in funzione della nuova rete ospedaliera di cui abbisogna l'Italia. In America, ove la libera assicurazione contro le malattie è sviluppatissima, noi vediamo le società assicuratrici costruire o gestire in proprio importanti complessi ospedalieri dotati delle più moderne attrezzature. Si può, anzi, affermare che si deve a queste società il prodigioso sviluppo della medicina preventiva attraverso qualificatissimi centri diagnostici che sottopongono periodicamente gli assicurati al *general check-up*, ossia all'indagine generale e preliminare del proprio corpo, partendo dal principio che è *meglio prevenire che curare*.

Nulla vieterà in avvenire che, anche in Italia, i grandi Istituti assicurativi, di fronte al progressivo sviluppo dell'assicurazione volontaria contro le malattie, possano concorrere con massicci mezzi finanziari alla costruzione e gestione dei nuovi ospedali regionali, provinciali o di base, puntando soprattutto sulla prevenzione malattie, prevenzione che gli enti mutualistici non possono nè potranno attuare.

Saranno così gli stessi cittadini, col loro risparmio, a contribuire decisamente alla soluzione di uno dei più angosciosi problemi sociali del nostro tempo e a dare un impulso considerevole alla promozione umana e civile del nostro Paese.

IL PENSIERO DEI RAPPRESENTANTI
DELLA PROFESSIONE MEDICA



**Corporate Heritage
& Historical Archive**

**LA DIVERSITA' DELLE ESIGENZE INDIVIDUALI
ED I LIMITI DI BILANCIO DEGLI ENTI MUTUALISTICI:
RAGIONI DEL RICORSO
ALLO STRUMENTO ASSICURATIVO VOLONTARIO**



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

Io sono chirurgo, vivo vicino ai malati e mi sono sempre interessato di problemi sociali; conosco di questi malati e delle loro famiglie aspirazioni, necessità, bisogni, miserie, problemi.

Soddisfa l'attuale sistema mutuo assicurativo obbligatorio le esigenze dell'individuo ammalato?

Esso non copre la totalità della popolazione italiana e non sempre gli esclusi sono i meno bisognosi.

Diverse modalità di assistenza — diretta, indiretta, limitata al settore ricovero o estesa alla specialistica o anche alla generica, comprensiva o meno della farmaceutica — sono erogate da una ventina di enti, ciascuno dei quali ha diversi regolamenti, diverse amministrazioni, diverse sedi, diversa organizzazione, diverso potere economico.

Il risultato è quello che conosciamo: scontenti gli assistiti, scontenti i responsabili di questi enti, scontenti i medici, scontento il popolo italiano il quale dovrà proprio ora versare centinaia e centinaia di miliardi per sanare i bilanci di alcuni di questi istituti.

Il piano quinquennale di sviluppo economico, il Ministero della Sanità, sociologi, già hanno prospettato un servizio sanitario nazionale che copra tutta la popolazione con un sistema di finanziamento su base fiscale.

Allora come oggi, anzi credo « allora meglio di oggi » verrà garantita gratuitamente a tutti i cittadini un'assistenza moderna allo scopo di prevenire le malattie e riacquistare la salute perduta.

Questo è molto. Lo sforzo che verrà richiesto al Paese sarà sicuramente compensato da una maggiore tranquillità del cittadino, da una riduzione della

morbilità e mortalità, da un miglioramento fisico dell'individuo e da una maggiore produttività economica.

Tutto questo è molto, ma non è tutto. Se lo Stato ha il dovere, per dettato costituzionale e per dettato morale, di prevenire e curare le malattie, il cittadino non sempre ha il diritto di pretendere tutto, pretendere troppo. E d'altra parte, l'uomo ragionevole e responsabile deve, compatibilmente con le proprie possibilità, contribuire e collaborare per ridurre le perdite di profitto legate alla malattia e per integrare l'assistenza sanitaria di base, standardizzata, che oggi l'Ente mutualistico presta ai suoi assistiti e che domani lo Stato erogherà a tutti i cittadini.

Ricordiamo che le abitudini, le esigenze, il tenore di vita non sono uguali per tutti: c'è chi va in treno di II classe, chi va a teatro in loggione, chi usa mezzi di trasporto pubblici, chi va in villeggiatura in pensioni di III categoria, senza che questo minimamente intacchi la sua personalità e la sua dignità; ma c'è anche chi viaggia in vagone letto, va in palco, frequenta alberghi di I categoria, e noi vorremmo che tutti potessero garantirsi una vita più comoda e più confortevole.

Così vediamo assistiti da enti mutualistici, che pure avrebbero diritto al ricovero gratuito in istituti di cura nelle cosiddette « sale comuni » ed a visite ambulatoriali e domiciliari generiche e specialistiche da parte di medici mutualistici, preferire le camere di I classe e prestazioni extra-mutua, corrispondendo in proprio rette ed onorari, o la differenza tra le tariffe normali e quel poco (o raramente quel sufficiente) che è dato dall'Ente mutualistico.

Oggi ci sono ancora « categorie scoperte »; domani con un sistema sanitario nazionale, queste scompariranno. Però l'assistenza da esso erogata avrà sempre dei limiti determinati dall'enorme costo della assistenza sanitaria gratuita e sarà sempre ridotta al puro necessario.

Ben venga, dunque, a completamento ed integrazione dell'attuale assistenza sanitaria mutuo-assicurativa obbligatoria o di quella erogata domani da un più rispondente piano di sicurezza sociale, l'assicurazione volontaria contro le malattie.

Ciascun cittadino potrà volontariamente stipulare un contratto di assicurazione che gli garantisca, autonomamente, o meglio a completamento delle assistenze cui ha diritto, prestazioni di primissimo ordine, le più complete, le più moderne.

Questa assicurazione volontaria contro le malattie dovrà contemplare vari tipi, vari aspetti, varie situazioni.

Esempio: oggi un soggetto appartenente alla mutua ENPDEDP gode di un ricovero in condizioni molto favorevoli, con camere separate, con ricchezza di prestazioni.

Ben poco, quindi, egli dovrà richiedere per il settore ricovero.

L'assistito dell'INAM, della mutua artigiani e commercianti, invece, quando in caso di ricovero desidera una camera di I classe, deve corrispondere una differenza assai cospicua e quindi avrà bisogno di maggior aiuto dalla sua assicurazione volontaria e analogamente casi diversi si prospettano per le altre prestazioni sanitarie ed economiche. Io stesso, che pure sono iscritto alla mutua INADEL, ho aderito per me e per i miei familiari ad una iniziativa limitata a professionisti medici, in base alla quale, se ricoverati in istituti di cura, rice-

viamo una cifra giornaliera che ci permette di completare quella che è l'assistenza che ci fornisce l'INADEL stesso.

Anche questa è una forma di assicurazione volontaria contro le malattie assai utile che ci auguriamo venga estesa ad altre categorie.

Non posso però sottacere il rischio che questa forma di assicurazione può comportare per le nostre Compagnie.

Tanti anni di esercizio nel campo mutualistico hanno evidenziato un notevole numero di abusi, e da parte degli assistiti e, riconosciamolo, da parte anche di alcuni medici. Di quei controlli e contestazioni che, se già sono difficili per gli enti mutualistici, ben più imbarazzanti saranno se effettuati da Compagnie private di assicurazione.

Necessità quindi di un se pur breve periodo di franchigia e di un modesto contributo da parte dell'assistito per ogni prestazione, specialmente farmaceutica, contributo che potrebbe nella sua entità essere inversamente proporzionale alla gravità della malattia.

Pur con queste considerazioni pratiche, io sono favorevole all'assicurazione volontaria contro le malattie a completamento ed integrazione di quella mutualistica o corrisposta da un nuovo sistema sanitario nazionale.

All'antico detto « aiutati che Dio ti aiuta » sostituiamone uno nuovo: « assicurati che la sicurezza sociale ti aiuta ».

INDISPENSABILE UNA COLLABORAZIONE FRA ASSICURATORI E MEDICI PER LO SVILUPPO DEL RAMO MALATTIE



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

Di questi problemi, in senso lato, io ho dovuto occuparmi quando, subito dopo la guerra, come primo Alto Commissario alla Sanità, mi toccò il compito di riorganizzare i servizi sanitari italiani.

In quella occasione, ricostituendo gli Ordini dei Medici e fondando la Federazione degli Ordini, all'allora Presidente feci questo discorso: spetta ai medici italiani di occuparsi attivamente per dare inizio ad un sistema di assicurazione volontaria di malattia se non lo faranno, si troveranno in breve tempo soverchiati da iniziative di carattere collettivo che renderanno sempre più difficile ogni forma di assicurazione volontaria.

Purtroppo, debbo riconoscere che questo mio avvertimento, più volte successivamente ripetuto, non fu affatto tenuto in conto. Infatti, sentiamo parlare di assicurazione volontaria di malattia soltanto oggi, quando contemporaneamente persone responsabili parlano di servizio sanitario nazionale.

Apparentemente, l'iniziativa per una assicurazione volontaria di malattia parte nelle peggiori condizioni possibili, cioè quando, per lo meno in via teorica, ogni cittadino si attende di avere dallo Stato tutto ciò che gli è necessario per mantenere il suo stato di salute. Dico « apparentemente », perché nella relazione di stamane è stato chiaramente dimostrato che proprio nel Paese in cui da più tempo esiste un servizio sanitario nazionale, si assiste ad un continuo incremento delle assicurazioni volontarie di malattia.

Infatti, in un Paese come l'Inghilterra, che ha avuto tutto il tempo di mettere a punto e di perfezionare un proprio sistema sanitario nazionale, non si è evidentemente riusciti a soddisfare tutte le esigenze sanitarie dei cittadini.

Questo vuol dire che un margine c'è, e questo deve incoraggiarci, perché forse questo margine è più largo di quanto si possa pensare inizialmente.

Bisogna, tuttavia, tener conto che, nel costo malattia, l'elemento determinante è il medico, ed io mi augurerei che questa iniziativa dell'INA, ora rivolta agli esperti di scienze attuariali, possa essere ripetuta con la presenza e la collaborazione dei medici, perché essi debbono rendersi conto che il futuro della libera professione sta proprio in questo margine di azione che l'eventuale servizio nazionale sanitario può lasciare all'assicurazione volontaria malattia.

E' nel loro interesse di facilitare il compito degli Istituti assicurativi collaborando alla realizzazione del sistema più atto a ridurre un eccessivo costo del rischio, quale potrebbe derivare da una totale gratuità delle prestazioni, specie se si tien conto dell'elevato costo delle terapie di nuova introduzione, come accadde, ad esempio, con i cortisonici.

Ritengo quindi che effettivamente, in accordo con quanto hanno detto vari oratori che mi hanno preceduto, il sistema più logico e realistico, specie in una fase iniziale, sia quello di un rimborso proporzionale ai giorni di malattia, che possa essere utilizzato dal malato per migliorare e completare le prestazioni che gli saranno assicurate dal servizio sanitario nazionale.

Soltanto vorrei, a conclusione di questo mio improvvisato intervento, mettere l'accento sulla necessità che i medici, prestatori d'opera nell'assicurazione, siano chiamati a partecipare alla discussione sulla pratica possibilità di realizzazione di un'assicurazione volontaria malattia.

LIBERTA' DI SCELTA DELL'ASSISTENZA E PREVENZIONE DELL'INVALIDITA' CRONICA: FINALITA' FONDAMENTALI DELL'A.V.M.



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

Anch'io mi scuso di prendervi pochi minuti, ma già il prof. Di Porto mi ha scavalcato a sinistra, e quindi il problema degli anziani, che era la mia parte principale e doverosa, e sentita, sarà ancora più breve.

Vengo qui a parlare per un triplice dovere: di medico (i medici devono portare la loro parola in un argomento così importante); di consulente della compagnia di assicurazione che conosce un po' i problemi negativi oltre che positivi di tutte quelle che sono le pratiche e i modi di controllo ancora un po' difficili; di esponente del mondo universitario nel campo degli anziani, avendo io una cattedra di gerontologia generosamente finanziata dalle compagnie di assicurazione che qui ancora ringrazio. Ciò mi impone il dovere, oltre all'interesse che ho sempre sentito, di occuparmi dei problemi che le assicurazioni via via studiano. Quindi, non ho potuto mancare di partecipare a questa seduta, ascoltandovi il più attentamente possibile.

Riassunto quelle che sono state le mie impressioni di questa Giornata. Direi, prima di tutto, quella importantissima sul piano ideologico, cioè a dire « muoversi », in questo campo che è tra i più sentiti oggi come bisogno sociale. Tutti hanno l'aspirazione alla libertà. La libertà significa una certa scelta: nessuno ama le mense popolari, nessuno ama i cibi della caserma, nessuno ama i cibi dell'ospedale, nessuno ama gli attuali ospedali né il tipo della medicina mutualistica, anche se questa ha permesso di facilitare ed estendere a tutti l'assistenza medica, sia pure ancora a un livello modesto che lascia molto a desiderare. Inoltre, via via che avanzano le acquisizioni mediche, aumentano i bisogni, e nessuna mutualità, neppure il sistema inglese che permette di dare il massimo a tutti dividendo fra tutti, è esente da ovvie limitazioni.

La scelta è necessaria, sempre, sotto qualsiasi regime. Qualunque individuo ama scegliere, soprattutto se malato, perché questa è la difesa di una libertà

intima che nessun sistema politico può negare, perché è una difesa biologica. La libertà del piccolo spazio che l'animale ha intorno alla sua tana o al suo nido e che anche l'uomo difende strenuamente.

Quando si toglie la libertà di questo territorio ideale di cui ciascuno sente il bisogno, si toglie un bene biologico, che va al di là di ogni problema politico e nessuna politica o religione può ignorare o contestare con successo i bisogni biologici. Anche per ciò che riguarda la famiglia, si può distruggere il sistema piramidale, perché legato a un periodo storico, mentre resterà sempre la famiglia coniugale perché perfettamente biologica.

Tutto questo è importante, perché non si può concepire di discutere dell'assistenza sanitaria senza affrontare il problema della famiglia. Gli stessi dati comunicati stamattina, molto interessanti, fanno vedere come il contadino abbia una morbilità profondamente diversa dall'operaio e da altre categorie di lavoratori; non perché siano uomini biologicamente diversi, ma perché hanno un tipo di famiglia diversa. Il contadino, avendo una famiglia piramidale che lo protegge, finisce per non andare all'ospedale se non per gravi malattie; quindi ci va rare volte, ma ci resta a lungo. All'operaio, che non ha lo stesso tipo di famiglia che lo protegge, basta un'influenza per mandarlo all'ospedale; quindi, molti ricoveri per piccole cose per più brevi periodi di tempo.

Tutto questo è importante, perché voi dovete dare una forma di assistenza che non solo sia gradita, ma che sia veramente utile, non semplicemente una formula vuota che non risolve i veri problemi.

Prima di tutto, quindi, bisogna capire quali siano questi veri problemi. Vi porto, per esempio, quello che è successo a Firenze dopo l'alluvione. I negozi validi hanno ripreso immediatamente, anche quelli che hanno avuto gravissime perdite; per i negozi meno validi non c'è stata una vera possibilità di risollevarsi, anche se hanno subito danni meno gravi. Ora, in genere, l'uomo giovane che lavora, se è sano ed ha una malattia intercorrente (ad esempio: un intervento chirurgico) non sarà travolto, ma supererà agevolmente l'ostacolo. Se questa malattia è soltanto un episodio, non incide gravemente, perché non lascia tracce. Come medico so che non è la malattia unica, anche grave, ma limitata nel tempo, episodica, a costituire un problema serio per la medicina o per l'individuo. Invece, se colpisce un individuo debole o già tarato, già minato in tanti settori, allora la malattia non è più un semplice episodio senza conseguenze, ma porta ad una crisi permanente, specialmente dove non esiste più la famiglia piramidale che lo sostiene. Ecco il problema degli anziani, dove la malattia non è un episodio unico che non lascia tracce, ma una situazione cronica che conduce tutti gli anziani ad una crisi di natura, oltre che psicologica ed economica, soprattutto sociologica, e che può trarre da un sistema integrativo di assicurazione malattia grandi vantaggi. Impedire, cioè, che una malattia episodica porti un anziano alla invalidità cronica, prevenire cioè l'invalidità, la perdita dell'autosufficienza intervenendo in tempo per limitare i danni della malattia in un organismo fragile che non ha i recuperi e le possibilità di ripresa economiche e sociali del giovane.

Secondo me, quindi, limitare il problema soltanto ai sessant'anni e non estenderlo a tutta la vita svuota completamente il significato profondo dell'assicurazione. La gente ha paura non per i 30 o i 40 anni: questa, allora, diventa un'assicurazione temporanea e corrisponde all'assicurazione infortuni. Ciò che

importa è togliere quell'ansietà per le malattie che si presenta in un periodo in cui una crisi scatena tutte le altre, in cui un soccorso, anche minimo, ma tempestivo e sufficiente, può evitare la rottura dell'equilibrio, che porta allo scompensamento permanente e, quindi, all'invalidità senza recupero. L'assicurazione, intervenendo in tempo, può evitare o rimandare una crisi che porta l'individuo, anche delle classi sociali più elevate, ad essere praticamente espulso dal corpo sociale e dalla sua stessa famiglia.

Questo è ciò cui tutti noi teniamo. Non guardate la questione del proletariato: non è del proletariato che si parla qui, perché non è questa assicurazione che potrà dare molto aiuto al proletario. Parliamo pure della maggioranza delle persone del ceto medio e degli imprenditori. Queste persone, dato il divario sempre crescente tra la spesa della medicina socializzata e la spesa, invece, della medicina libera, troveranno sempre maggiori difficoltà a superarlo. E, qui, una piccola parentesi per dirvi, come ha detto Di Porto, che la spesa sarà per l'assistenza malattie logaritmicamente crescente, che già nei vostri calcoli dovete tener presente i livelli attuali americani. Anche perché in campo medico non si possono limitare i bisogni. Un malato, se ha bisogno di un certo antibiotico, deve averlo anche se costoso. Quindi, questa assicurazione per le malattie potrà essere soltanto un'assicurazione integrativa e aggiuntiva e coordinata con quella dello Stato. Io non vedo, inoltre, la possibilità che un'impresa assicuratrice da sola si possa porre questo problema, né come controllo né come organizzazione. E' un problema troppo grosso e importante. L'assicurazione privata deve essere coordinata con quella dello Stato, che, come dimostra il telegramma del Ministro, non respinge questa integrazione, ma perché questa assicurazione diventi utile bisogna estenderla al periodo più pericoloso.

Quando si parla degli interventi dei medici, non è il numero degli anziani che conta, ma è il numero degli interventi di cui necessitano che ha importanza. Un medico, ad esempio, fa oggi il 60% delle proprie visite a persone di età superiore ai 60 anni: è proprio per questo che non potete negare l'assicurazione in quell'epoca. E' questo il momento del vero bisogno: non si può fare un'assicurazione quando non ce n'è bisogno e non corrisponderla in un periodo in cui ce n'è bisogno. Faccio un esempio dimostrativo: una certa assicurazione mutualistica pubblica, facendo i propri conti statistici, ha tolto recentemente ai propri assicurati anziani il rimborso delle spese di natura odontoiatrica; in compenso, ammette quelli per l'assistenza ostetrica. E in pratica, poi, è anche quello il periodo di più grave carenza da parte dello Stato.

Le assicurazioni sul lavoro limitano molto i loro interventi nella fase, che oggi dura almeno in media 20 anni, dopo il pensionamento. Sapete che la maggior parte della popolazione vivrà questo periodo fra i 60 e gli 80 anni, che è il più difficile, dove anche la famiglia è carente e non dà più il suo contributo. Anche i ricchi hanno bisogno di questa protezione, perché sanno che, ad un certo momento, un dato servizio verrà loro a mancare ed il valore del denaro verrà a ridursi proprio nel momento in cui ne avranno più bisogno. Io ho soltanto accennato a questo problema, ma vi dico, riassumendo, che non potete fare a meno — se volete propagandare sul piano psicologico — di studiare una certa forma di assicurazione di cui si sente la necessità e che, se deve essere utile, deve servire nel periodo in cui ce n'è più bisogno, che è quello di cui vi ho parlato.

L'AUMENTO DEL COSTO DELL'ASSISTENZA MEDICA ED IL PROLUNGAMENTO DEL PERIODO DELLA SENESCENZA NELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MALATTIA



Prof. **ARRIGO DI PORTO**
Consulente medico capo de
« Le Assicurazioni d'Italia ».

Ho chiesto di intervenire nella discussione esclusivamente perché nella mattinata ho avuto l'impressione che i medici fossero pressoché assenti o per lo meno minimamente rappresentati.

Ho d'altra parte sentito la necessità che venissero esposti alcuni argomenti molto vicini ad argomenti sanitari e che forse avrebbero arrecato un contributo agli studi in causa.

Se avessi ascoltato quello che, nella seconda parte della Giornata, è stato brillantemente esposto dal Prof. Coppini, anche se non medico, se avessi potuto considerare ciò che è stato detto dal chiaro Collega Prof. Bergami, dal Dott. De Gregori, dal Senatore Franzini ed infine dal Dott. Zoppis, con ogni verosimiglianza non avrei preso la parola.

E questo perché quello che ho in animo di esporre è già in gran parte stato espresso dai precedenti interventi degli oratori sopra nominati, ampiamente ed esaurientemente.

Il Prof. Coppini, nel suo dire, ha apportato un complemento alla chiara relazione del Dott. Sestilli.

Da parte mia debbo ribadire subito che sono perfettamente d'accordo con il Prof. Coppini sul fatto che molte delle critiche che oggi si muovono agli enti mutualistici non sono assolutamente giuste. Specialmente illogiche quelle che vorrebbero criticare l'opera degli amministratori.

Quando, circa un quarto di secolo fa, il sistema mutualistico-previdenziale fu applicato a legge e a regola per la cura di gruppi sempre maggiori di lavoratori e di cittadini, questo era assolutamente valido, sia finanziariamente che moralmente e materialmente. Oggi se ne è avuto un completo superamento.

La situazione mutualistica è, dal lato economico, talmente instabile che nell'ottobre scorso il Governo è stato costretto ad intervenire per prosciugare i debiti delle Mutue mediante un contributo straordinario di 476 miliardi da erogarsi in tre anni (82 ne sono stati versati nel '67; 160 ne saranno versati entro il '68; 234 lo saranno nel '69).

Tutto questo, però, non è certo da attribuirsi a colpa degli amministratori, ma del divenire incessante degli oneri a cui le Mutue debbono ottemperare.

Del resto, tutti quanti — e, specialmente, noi medici e biologi — sappiamo come la medicina sia in continua evoluzione.

Il Sen. Franzini ne parlava testè per dire come il prezzo dei mezzi farmaceutici va aumentando di giorno in giorno e aggiungeva che basta immaginare che può essere prodotto un antibiotico la cui spesa si aggiri sulle 20.000 lire al giorno perché ogni preventivo vada annullato.

Da parte mia aggiungo che al di fuori di ogni fantasia si è già arrivati a mezzi terapeutici ormai nell'uso comune — ad esempio il *Ceporin* — corrisposto dalle Mutue, il cui costo è di L. 12.000 al giorno (due fiale ogni 24 ore a L. 6.000 cadauna per il periodo della cura).

Aggiungiamo, ad esempio, i costosissimi interventi sul cuore, la necessità di operazioni e di assistenze in *équipe*, etc. per comprendere come i mezzi di copertura economica debbano essere sempre aggiornati alle necessità della tecnica.

Per quel che riguarda ricoveri ospedalieri, ad esempio, in una recente seduta del Collegio dei Primari di Roma abbiamo appreso che il costo medio per letto-malato da circa L. 4.500 nel 1963 è oggi passato a circa L. 14.000 per diaria giornaliera, e questo nelle corsie comuni.

Questi dati della mutualità si rifletteranno anche in tema di assicurazione privata malattie, specie quando ci si appresterà a studiare il costo del rischio che dovremo coprire.

Ad ogni modo, ritornando alla mutualità, appare, a me sembra, logico affermare il superamento del sistema mutuo-previdenziale attualmente in atto per costruire al più presto il sistema della sicurezza sociale che, portando per tutti i cittadini, senza nessuna discriminazione nel livello delle prestazioni sanitarie, l'intervento dello Stato, risolva la questione finanziaria non attraverso la trattenuta dei contributi, ma attraverso la fiscalizzazione degli oneri sociali.

D'altro canto, tale socializzazione creerà, per larghi strati di cittadini, la coscienza di una necessità di una assicurazione volontaria che garantisca alcune scelte nella assistenza sanitaria (come il proprio medico di fiducia, una particolare casa di cura, ecc.).

Ribadisco ancora, quindi, il concetto (concordando in pieno con il Prof. Coppini) che sono fattori ineluttabili che hanno creato le difficoltà della amministrazione delle Mutue e non una cattiva condotta del sistema assicurativo sociale italiano.

Per quello che riguarda i dati statistici, faccio considerare che per noi biologi la statistica si basa su punti di partenza diversi da quelli che considerano gli attuari. Questi, infatti, basano le loro statistiche sui dati del passato e, perlomeno genericamente, adoperano questo sistema.

Noi biologi non possiamo, viceversa, non considerare l'evoluzione del fenomeno e rapportarlo a un futuro pronostico: i maggiori mezzi tecnici, le con-

tinue scoperte (che non sono un fatto che si verificherà fra cinque, dieci o venti anni, ma a buon conto fra poche settimane o mesi) rappresentano fattori che determineranno sempre maggiori oneri nell'assistenza dei malati.

E' chiaro che tutto questo deve essere preso in considerazione nello stabilire i limiti di copertura nel campo dell'assicurazione privata.

Infine, voglio ancora portare due raccomandazioni su argomenti già trattati in questa sede: la prima, che la garanzia *assicurazione malattie* sia legata particolarmente all'età del lavoro; la seconda, che nei limiti del possibile non venga trascurato il problema dei vecchi.

E' un fatto che se l'uomo riceve le giuste informazioni ed è in grado di beneficiare di tutti i progressi dell'igiene e della medicina durante l'età lavorativa, può conservare pressoché integre le sue funzioni e le sue capacità fisiche e mentali sino all'età più inoltrata.

I progressi della medicina, dell'igiene, dell'alimentazione hanno sicuramente arrecato una vittoria contro la vecchiaia. Basti dire che alcuni dati statistici fanno calcolare che, nell'ultimo ventennio, gli ultrasessantenni sono aumentati in Italia nella misura del 56%, contro un aumento del solo 7% nella popolazione dei sotto-sessantenni. Questo significa che vi sono oggi in Italia 8.000.000 di ultrasessantenni e si calcola che alla fine del secolo potranno essere oltre 11.000.000. Non si può ritenere che esisteranno 11 milioni di malati, 11 milioni di soggetti del tutto inattivi! Bisogna, quindi, prevedere e provvedere.

A tal proposito, molto si potrebbe dire sulla medicina preventiva e sui doveri sociali o, meglio, sulla convenienza sociale dell'applicazione di detta scienza a cui, ripeto, sono legate le speranze della vita. Già si calcola, ad esempio, che se la vita media per un professionista è tra i 72 e i 74 anni e scende per un impiegato a 68-70, cala ancora per un commerciante tra i 65 e i 67, per un operaio tra i 63 e i 65 e per un contadino tra i 59 e i 62 (sono, questi, dati raccolti relativamente alla popolazione francese). Tutto ciò dimostra la validità della medicina preventiva.

Concludo, quindi, per brevità di tempo ricalcando ancora la necessità di tenere nel massimo conto, anche nell'assicurazione privata malattie, il problema degli anziani.

I SOGGETTI DELL'ASSICURAZIONE VOLONTARIA MALATTIE



Dott. ANDREA DE GREGORI
Medico - Ispettore Superiore INA

Perché la malattia possa considerarsi evento assicurabile, occorre necessariamente stabilire entro quali limiti ciò possa avvenire; infatti, il concetto di malattia, che presuppone la perdita della salute, è, in senso negativo, tanto vasto quanto lo è, in senso positivo, quello di salute: l'evento malattia ammette pertanto una serie vastissima di distinzioni *secondo il grado e la fase di essa*.

Per fare qualche esempio, vi sono individui che soggettivamente stanno bene e non presentano lesioni clinicamente rilevabili, ma nei quali si evidenziano alterazioni nei valori degli esami di laboratorio (come alterazioni della curva glicemica dimostrative di stati prediabetici, aumento della colesterinemia indicativo di predisposizione ad ammalare di arteriosclerosi, o della uricemia spia di diatesi gotosa, alterazioni delle prove di funzionalità epatica o della protidemia *significative di stati di insufficienza epatica*). La conoscenza e la cura di questi stati morbosi preclinici sono di grande importanza individuale e sociale perché spesso permettono di evitare l'insorgere di stati *patologici conclamati*. Vi è il vasto campo dei disturbi di carattere puramente funzionale, che peraltro, a lungo andare, con meccanismo psicosomatico possono esitare in vere e proprie alterazioni organiche; vi è poi il vastissimo gruppo delle malattie acute di breve durata e di lieve entità, per lo più di natura infiammatoria, come *riniti, tonsilliti, faringiti, tracheiti* ecc. Seguono le malattie acute di importanza più o meno rilevante, le malattie croniche che possono essere compatibili con una normale attività lavorativa o possono, per l'entità dei disturbi da esse provocati, *causare stati di invalidità*; gli episodi di riacutizzazione delle malattie croniche, le malattie che per delicatezza di ricerche diagnostiche o per necessità terapeutiche richiedono il ricovero in ospedali o case di cura, quelle infine che *richiedono interventi chirurgici di importanza più o meno rilevante*.

Poiché l'equilibrio tra il premio e il rischio è fondamentale per un sano esercizio di qualsiasi attività assicurativa, occorre studiare la frequenza e il peso eco-

nomico dell'evento assicurato per stabilire l'entità del premio: compito di estrema difficoltà e delicatezza nel caso dell'assicurazione malattie, *per la notevole variabilità e indeterminatezza con le quali l'evento si verifica.*

Se l'assicurazione malattie potesse essere largamente estesa, il grandissimo numero degli assicurati permetterebbe di contenere i premi in limiti abbastanza modesti e di estendere al massimo le prestazioni. La compagnia di assicurazione potrebbe rimborsare all'assicurato quella parte della spesa che eccede la quota sostenuta dagli Enti mutualistici e la pienezza delle prestazioni darebbe la massima garanzia all'assicurato, *favorendo un rapporto di reciproca fiducia tra assicurato e assicuratore.*

Per incoraggiare questo tipo di assicurazione si dovrebbe anche studiare una forma di tipo familiare che garantisca a tutti i membri di una famiglia un'assicurazione malattie stipulata dal capofamiglia. Ma perché questa massima estensione di prestazioni possa realizzarsi, occorre che il cittadino sappia con chiarezza che le spese di malattia debbono essere, sia pure in piccola parte, sostenute da lui stesso; solo questa chiara consapevolezza può creare un clima favorevole alla diffusione dell'assicurazione malattie. Esiste, infatti, un problema di *limiti* da tenere presente, in relazione al costo, proporzionalmente elevato, che le prestazioni per le infermità più lievi comportano.

L'assicurazione volontaria malattie dovrebbe prendere in considerazione, tra le forme acute, soltanto quelle che superino un certo numero di giorni (ad es. 10) onde escludere tra di esse quelle di breve durata e di lieve entità. Assicurabili volontariamente potrebbero essere tra le malattie croniche quelle che, per l'entità dei disturbi, comportino uno stato d'invalidità totale; inoltre le fasi di riacutizzazione delle malattie croniche in genere, le malattie che richiedono il ricovero in ospedale o un intervento chirurgico.

Queste malattie o fasi di esse hanno come comune denominatore uno *stato di invalidità totale per lo più temporanea che potrebbe essere preso come base per stabilire il periodo di assicurabilità di una malattia.* La prestazione potrebbe consistere nella integrazione del rimborso delle spese sostenute per coloro che hanno l'assistenza mutualistica; gli enti, infatti, in regime di assistenza indiretta rimborsano soltanto in parte le spese sostenute: *il rimborso sarebbe invece totale per coloro che ancora non sono mutuiati.*

Il sistema del rimborso spese ha il vantaggio di rispondere pienamente al vero scopo che l'assicurazione malattie si prefigge, cioè di sollevare il malato da preoccupazioni economiche per spese straordinarie sostenute durante le malattie. Svantaggi sembrerebbero la grande difficoltà di calcolare statisticamente l'entità delle prestazioni, estremamente variabili da caso a caso, con relativa difficoltà di stabilire i premi; la necessità di un complesso apparato di controllo, onde evitare abusi e particolarmente duplicità di rimborsi da parte di Enti mutualistici e compagnie di assicurazione; una certa interferenza con i compiti che si prefiggono gli Enti mutualistici *anche se in realtà quei compiti non vengono soddisfacentemente realizzati.*

Il sistema di una rendita temporanea da erogare durante il periodo d'invalidità totale per malattia avrebbe il vantaggio di assicurare un beneficio economico proprio nel periodo in cui, oltre alle spese di malattia, *vi può essere un mancato guadagno;* permetterebbe all'assicurato di curarsi nel modo a lui più confacente

colmando le immancabili lacune dell'assistenza mutualistica senza interferire coi compiti che ad essa sono propri. *L'assicurato sarebbe libero di fissare a priori il proprio peso economico.* E' naturale che il sistema della rendita richiederebbe alcune cautele, come un periodo di carenza e una ben definita limitazione delle prestazioni onde evitare che l'assicurato, fruendo della rendita, *sia indotto a prolungare oltre il necessario il periodo in cui essa viene concessa.*

L'obiettivo minimo dell'assicurazione volontaria malattie potrebbe essere l'offerta di una prestazione complementare all'assicurazione vita, mediante allegato alla polizza principale, o polizza abbinata alla compagnia affiliata che esercita il ramo malattie.

L'adozione di questo criterio avrebbe il vantaggio che gli accertamenti sanitari per l'assicurazione vita sarebbero validi *anche per la copertura dell'assicurazione malattie.* Per le assicurazioni di gruppo potrebbe essere sufficiente una dichiarazione di presenza in servizio da parte del datore di lavoro e la compilazione di un apposito formulario da parte dei singoli componenti il gruppo, affinché ciascuno assuma *una precisa responsabilità nel prospettare il suo reale stato di salute.*

L'assicurazione volontaria malattie abbinata all'assicurazione vita permetterebbe a ciascuno di garantirsi contro le conseguenze degli eventi rischiosi *che minacciano la sua esistenza;* queste assicurazioni, integrate da quelle che tutelano i propri beni e garantiscono dalla responsabilità civile verso i terzi, *ampliando grandemente l'area di sicurezza,* possono realmente essere la necessaria premessa per una vita serena protetta nel modo più completo possibile dalle conseguenze di quegli eventi che invece danneggiano, *in modo spesso gravissimo, gli uomini imprevedenti.*

LA POSIZIONE
DEGLI ASSICURATORI ITALIANI



LIMITI ED OPERABILITA' DELLA ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE



Prof. **LUIGI MOLINARO**
Direttore centrale della Società
« Fiumeter ».

L'assicurazione volontaria contro le malattie, quali che siano le modalità di copertura, costituisce un'assicurazione contro i danni patrimoniali basata su di un contratto nel quale gli impegni sono liberamente scelti dalle parti, secondo un loro apprezzamento utilitaristico.

Essa è pertanto adattabile alla situazione specifica di ogni singolo assicurato o di gruppi di assicurati e il rapporto contrattuale risponde al principio dell'equità tecnico-finanziaria che condiziona la formulazione del premio al presunto costo della copertura.

Va ricordata a questo proposito l'interdipendenza esistente fra *propensione* alle assicurazioni, garanzie e premi. Dallo stato di bisogno deriva l'ampiezza delle coperture, dalle quali discende, in rapporto all'intensità del rischio, il premio. A sua volta la misura di questi è determinante per la scelta della soluzione assicurativa e delle sue articolazioni.

Le esigenze che si connettono al conseguimento di un equilibrio tra premio e prestazioni, che richiede il mantenimento di rapporti tecnici invariati e di un'aderenza delle tassazioni alla molteplicità dei casi che potrebbero formare oggetto di copertura, dà a questa particolare forma assicurativa una sua specifica funzionalità sotto il profilo imprenditoriale.

E' cioè indispensabile, sul piano industriale, disporre di un'ampia base assicurativa, ossia realizzare una mutualità fondata su una massa numerosa di rischi omogenei e indipendenti tra di loro. E' necessario altresì discriminare le diverse coperture, configurando per ciascuna di esse le condizioni tecniche ed economiche più idonee. Giocano tuttavia inevitabilmente sulla condotta industriale alcuni fattori insiti nella gestione del ramo malattia, quali una certa tendenza alla anti-selettività, l'insufficienza di idonei elementi estimativi (sia in un quadro d'insieme, sia con riferimento a differenziazioni qualitative), il possibile manifestarsi di fenomeni epidemici che si tradurrebbero in un'eventualità di conflagrazione. E' da aggiungere poi che nelle assicurazioni malattie l'elevato

coefficiente di ripetibilità può dar luogo al moltiplicarsi di sinistri per i quali — sostanziosamente l'impegno dell'assicuratore direttamente nella prestazione — se ne rende difficile anche un controllo da parte dell'assicuratore.

Il conseguimento di condizioni favorevoli a uno sviluppo di questa forma assicurativa si condensa quindi in un problema di scelta da parte dell'assicurato, di dosaggio degli impegni e di temperamento del costo per l'assicuratore.

Per quanto riguarda il primo punto, occorre offrire una garanzia accettabile dalla massa potenziale degli assicurandi, i quali non sono necessariamente soltanto coloro che non dispongono di altri mezzi protettivi; per quanto concerne invece gli altri due punti, occorre sia delimitare il rischio (quindi con riferimento a massimali, a scoperti, a franchigie), sia ridurre al minimo l'incidenza dei costi, soprattutto per quei capitoli di spesa che — in relazione all'onerosità delle coperture, alla ripetibilità dell'evento e alle esigenze del controllo — appaiono indispensabili.

Queste due considerazioni portano ad evidenziare le possibilità ed i limiti di operatività dell'industria assicurativa. Essa può anche essere completa nei riguardi di coloro che sono sprovvisti di altre coperture, mentre nei confronti di chi gode già di prestazioni obbligatorie (in ragione dell'esercizio di un'attività professionale o dell'esistenza di particolari rapporti, nuclei familiari, ecc.) non può che avere carattere integrativo.

Bene è stato detto a questo riguardo che l'ampliamento nel campo dell'assicurazione sociale non comprime le possibilità dell'iniziativa privata. Esiste pur sempre la necessità di sopperire alle inevitabili lacune del sistema obbligatorio, riempiendo certi vuoti dovuti all'uniformizzazione di schemi non sempre aderenti alla multiforme gamma di bisogni dei singoli operatori.

A voler parlare quindi di un'amplificazione dell'attività nel ramo malattie, viene fatto di pensare ad una possibile specificazione funzionale. L'assicurazione volontaria deve indirizzarsi — almeno nei confronti degli assicurati obbligatori — non tanto verso una ripetizione di tutte le garanzie che, in ragione dell'elevato costo, non potrebbero essere sensibilmente accresciute, quanto piuttosto verso la copertura di rischi connessi ad avvenimenti di rilievo, suscettibili di incidere sulle singole economie, sotto il duplice profilo del danno emergente e del lucro cessante. Si configurano tra gli avvenimenti del genere tutte quelle evenienze, diremo così, eccezionali per i singoli e pertanto imprevedibili sul piano individuale, quali possono essere le operazioni di alta chirurgia, la cura di malattie gravi. Esse provocano un lungo immobilizzo, che compromette le possibilità operative e la capacità di reddito ed un insieme di erogazioni (che vanno dalle spese pre-operatorie e diagnostiche all'atto operatorio vero e proprio, alla degenza in clinica o in ospedale, alle spese post-operatorie o dovute a una difficile convalescenza).

Siffatte coperture, proprio in ragione della natura specifica dell'evento nel quale ricorrono la casualità, una limitata frequenza sinistri, data anche l'assenza o quasi di un coefficiente di ripetibilità, meglio si prestano ad una razionale impostazione sul piano tecnico.

Va ancora tenuto presente il disancoramento parziale di esse da certi soggettivismi che determinano una limitazione dei costi, particolarmente di quelli che si riferiscono alle prestazioni di scarso rilievo ed alle esigenze del controllo.

L'adozione di formule che, con spesa individuale relativamente lieve, possano dare una garanzia efficiente anche se limitata ad un solo tipo di copertura, con altre garanzie di portata più ampia a vantaggio di chi non dispone invece di altre forme previdenziali, offre alla clientela una possibilità di scegliere, tra la gamma di coperture, quanto ad essa meglio si addice per fronteggiare le incerte alee del futuro. Il che, se può incentivare la massa degli assicurandi verso la soluzione assicurativa, dà allo strumento industriale un'importante funzione di integrazione che si riflette in un vantaggio evidente nel quadro più ampio della sicurezza sociale.

**CREARE, CON UNA TECNICA RAFFINATA,
UNO STRUMENTO ASSICURATIVO
ATTO A SODDISFARE UN REALE BISOGNO DEL PUBBLICO**



Prof. ANTONIO LONGO
Vice Direttore generale dell'INA

Ho ascoltato con attenzione quello che il relatore generale ci ha detto in merito al campo d'azione dell'assicurazione malattie e concordo pienamente. Certamente esiste nel nostro Paese la possibilità di lanciare il ramo malattie.

Osservo preliminarmente che la nostra situazione è completamente differente, direi singolare, rispetto a quella di altri Paesi, citati nella relazione, ove l'assicurazione volontaria ha preceduto — come affermazione — lo sviluppo dell'assicurazione sociale. Ci si potrebbe addirittura domandare al riguardo in quale misura il grande sviluppo dell'assicurazione volontaria abbia condizionato lo sviluppo dell'assicurazione sociale: è giusto il problema inverso a quello che normalmente ci poniamo. Infatti, nei Paesi dove l'assicurazione volontaria malattie è molto diffusa, l'assicurazione sociale è pure diffusa, ma quasi sempre con dei limiti molto meno ampi che nei Paesi dove questa situazione di fatto non si realizza. Nel nostro Paese, l'assicurazione sociale malattie ha largamente preceduto l'assicurazione privata: è questa la conseguenza di una scelta politica in materia di protezione sociale, ma ciò che qui conta è la constatazione che un rilancio dell'assicurazione privata malattie potrebbe trovare, nella larga diffusione dell'assicurazione sociale, un elemento propulsore di primaria importanza. Si tratta, naturalmente, di trovare l'inserimento giusto che copra quei vuoti di cui il relatore ci ha parlato. Al riguardo, credo (mi pare sia stato sottolineato anche dal precedente intervento) che si debba fare in modo che l'assicurazione privata copra innanzi tutto quei rischi che hanno un altissimo contenuto assicurativo, che si riferiscono cioè ad eventi che possono causare all'assicurato danni significativi.

Il motivo profondo, più o meno consapevole, che spinge le persone ad assicurarsi in realtà che cos'è? E' la possibilità di pagare un costo certo per fronteggiare un rischio che può disquilibrare la propria economia. Quindi, credo che coprendo con un certo dinamismo questo tipo di rischi, noi andremo incontro

a un reale bisogno del pubblico, e il pubblico non potrà che trovare vantaggiosa questa nostra offerta, se noi la sapremo fare, naturalmente, nelle forme tecnicamente idonee.

Dovrebbero, quindi, essere predisposti strumenti assicurativi che soddisfino un reale bisogno dei clienti a dei costi ragionevoli, senza pericolo di gravi perdite tecniche, che non sono soltanto gravi per i bilanci e, quindi, per i capitali sociali delle compagnie, quanto per gli assicurati stessi. Infatti, una impresa in difficoltà, in definitiva, viene meno al proprio dovere fondamentale, che è quello di garantire la protezione ai portatori delle proprie polizze. Quello di predisporre premi giusti è, in definitiva, un obbligo fondamentale che un assicuratore ha, non soltanto nei confronti del proprio bilancio, ma anche e soprattutto verso coloro che gli hanno concesso la loro fiducia.

Concludo su questo punto condividendo l'opinione, espressa dal Dott. Sestilli, che sia necessaria una tecnica attuariale raffinata per impostare correttamente il problema dell'assicurazione privata delle malattie. Credo che questo sia veramente giusto ed importante: abbiamo un'occasione di creare questo ramo in una forma tecnicamente ineccepibile, che consenta agli assicuratori di vedere chiaramente quali sono i rischi cui vanno incontro, con tutte le necessarie implicazioni. Non fidiamoci semplicemente del concetto della omogeneità dei rischi, della numerosità dei rischi, della *legge dei grandi numeri*: mi permetto ricordare, al riguardo, la conclusione ovvia che se i rischi sono tassati male, la legge dei grandi numeri diventa semplicemente la *legge delle grandi perdite*.

Quindi, io raccomando che si parta con dei concetti attuariali solidi e che non ci si accontenti, per valutare il rischio, di scegliere magari a caso qualche tavola di morbilità. E' dannoso impiegare dei premi che non siano realisticamente rispondenti alla situazione del rischio e, siccome il rischio non è ben conosciuto, questi premi dovrebbero contenere addirittura dei margini, eventualmente poi da restituire. Questa è la tecnica che ha fatto la fortuna dell'assicurazione vita, là dove l'assicurazione vita ha dilagato e si è affermata come contenuto sociale e come contenuto economico.

Sui problemi della tecnica del ramo, io spero che oggi pomeriggio il prof. Coppini vorrà dirci qualche cosa che non potrà che essere interessante.

La complessità del problema attuariale del rischio malattia è legata alla circostanza che, evidentemente, il passaggio dallo stato di malattia a quello di buona salute si schematizza in un processo di continue alternanze. Infatti, quando lo stato di malattia finisce in una malattia di lungo periodo, o addirittura in uno stato definitivo di invalidità, si scende sul terreno dell'assicurazione invalidità, che già oggi nel nostro Paese ha un largo campo di applicazione in due sensi: come invalidità derivante da infortunio, nell'assicurazione infortuni, e come invalidità in senso più lato, nell'assicurazione vita.

Al riguardo vorrei contribuire a chiarire la natura della garanzia di invalidità fornita nel ramo vita.

Esiste una diffusa opinione che la definizione adottata dagli assicuratori vita sia tale per cui i risarcimenti sono rari. E' vero che nei nostri bilanci non abbiamo sinora mai evidenziato perdite a causa del rischio invalidità, ma è anche vero che per una larga parte del portafoglio la definizione è analoga a quella adottata dall'INPS nei confronti degli operai nell'assicurazione obbligatoria, mentre per

le polizze collettive sostitutive dell'indennità di licenziamento la definizione è identica a quella dei contratti di lavoro.

In effetti, la definizione di invalidità collegata alle polizze vita è fondata sul principio dell'annullamento, o riduzione al di sotto di un limite prestabilito, della capacità lavorativa, qualunque sia la causa che l'ha prodotta, mentre la definizione in vigore nei rami elementari, considerando l'invalidità derivante esclusivamente da infortunio, tiene conto, con criterio fondato su principi obiettivi, della riduzione, anche parziale, della capacità fisica (prescindendo quindi dalla influenza che la menomazione fisica può avere sulle capacità lavorative).

Sarebbe, evidentemente, possibile fondere il criterio dell'invalidità totale con quello dell'invalidità parziale, qualunque sia la causa che l'abbia generata. La copertura del rischio verrebbe così allargata. Tale obiettivo richiederebbe soprattutto una classificazione, dal punto di vista delle conseguenze fisiche, degli esiti di lunga malattia. Si aumenterebbero le frequenze di risarcimento, ma anche i costi della garanzia dovrebbero essere riveduti: costi che attualmente — tenuto conto della garanzia prestata — sono i più bassi tra quelli praticati in assicurazione vita in tutto il mondo.

L'ASSICURAZIONE PRIVATA MALATTIE COME STRUMENTO DI MUTUALITA' A BASSO COSTO



Geom. **BELISARIO MONTANI**
Vice Presidente del Gruppo di lavoro «Malattie» del CEA,
Direttore Generale e Amministratore delegato de
« La Fondiaria »

L'ampia relazione dell'amico e collega Dott. Sestilli, tra le tante e interessanti cose sulle quali ha richiamato la nostra attenzione, mi sembra abbia soprattutto posto in luce due aspetti fondamentali delle assicurazioni malattie, aspetti che interessano il gruppo degli assicuratori, la massa degli assistiti di obbligo, quella degli assicurati volontari e gli economisti. Essa ha, infatti, sottolineato la validità dell'assicurazione obbligatoria malattie nel quadro della sicurezza sociale e ha esaltato altresì la pratica e l'utilità dell'assicurazione volontaria malattie, a maggior salvaguardia degli individui.

Su questi due punti accentrerei brevemente l'attenzione.

Occorre anzitutto fare una netta distinzione fra la previdenza per tutti o, come meglio si potrebbe dire, tra la fascia di sicurezza sociale, che comprende anche l'assicurazione obbligatoria malattie, e la fascia complementare di sicurezza individuale nella quale ha largo posto l'assicurazione volontaria malattie. L'una non presuppone l'altra, ma non l'esclude (lo ha giustamente sottolineato il Dott. Sestilli); in un certo senso, la stimola. La prima deve ovviamente essere conseguita attraverso la regolamentazione dello Stato, la seconda deve essere lasciata alla libera decisione e scelta dei singoli.

L'esperienza ha dimostrato peraltro come sia indispensabile contenere nei limiti dello stretto necessario la fascia della sicurezza sociale.

In primo luogo bisogna evitare che il suo costo eccessivo incida in misura determinante sulle componenti della spesa pubblica; occorre cioè porre un *plafond* alla libertà dal bisogno. E' di ieri il monito del Presidente dell'Associazione Industriali lombarda, Dott. Emanuele Dubini, che nel corso dell'assemblea annuale ha affermato, tra l'altro, che « nel campo degli enti previdenziali esiste addirittura un problema di ordine strutturale che va affrontato con grande urgenza prima che pesanti conseguenze possano determinarsi nella situazione economica del Paese ». E noi tutti ben sappiamo quale sia il peso dell'assistenza

malattie. Basterà ricordare al riguardo che in Italia il carico degli oneri sociali rappresenta nel suo insieme circa la metà del salario medio, con una incidenza del 20% per le assicurazioni malattie.

In secondo luogo, il contenimento della fascia della sicurezza obbligatoria appare indispensabile per non inaridire la propensione al risparmio dei lavoratori, propensione che si va sempre più attenuando, come giustamente rilevava Enzo Storoni sul Corriere della Sera, in una sua recente analisi dei dati resi noti dall'Ufficio studi della Banca d'Italia sul risparmio finanziario delle famiglie italiane nel 1966. Egli osservava che «nessuno pensa ad abolire o a ridurre le assicurazioni di Stato», ma sosteneva che «se l'estendersi della sicurezza sociale determina la scomparsa progressiva di ogni spirito di economia familiare, è necessario escogitare un nuovo sistema per l'accumulo dei capitali indispensabili agli investimenti, altrimenti tutto l'apparato produttivo del Paese invecchierà, e noi rischieremo di diventare una delle zone depresse del mondo occidentale».

In altri termini, ogni intento dovrà essere rivolto ad impedire le cause che ostacolano la formazione del risparmio, che è uno dei pilastri sui quali poggia l'economia dei Paesi liberi.

Per l'assicurazione d'obbligo malattie, mi sembra dunque assiomatico che essa deve essere rivolta soprattutto a soccorrere le più serie conseguenze dell'infirmità, così da tenere sempre viva la sollecitazione dell'individuo a provvedere altrimenti a sé stesso. Ci si dovrà cioè opporre alla tendenza di scaricare sulla collettività anche il gravame delle necessità minori. In parole diverse saranno da eliminare quelle prestazioni che, per il loro costo irrilevante, possono essere sostenute, senza sacrificio, dagli interessati, ma che se erogate — come ora sono — tramite l'apparato collettivo, incidono in misura eccessiva, e quindi in modo controproducente, sul costo del servizio.

Nel settore dell'assicurazione malattie volontaria non sarei coerente se non affermassi che la mia preferenza si rivolge decisamente alla copertura delle acute sopravvenienze passive che la malattia può produrre, allorché rende necessario l'intervento chirurgico o comunque il ricovero in clinica o in ospedale, così da incidere in misura imprevedibile sul bilancio familiare.

E' proprio in tale modo che l'assicurazione privata potrà adempiere, anche nel settore malattie, alla sua funzione fondamentale, che è quella di sollevare l'assicurato dalle conseguenze pecuniarie di eventi improvvisi e di dimensioni tali da scuotere, se non addirittura capovolgere, la sua situazione economica. Gli assicuratori potranno così evitare di «scambiare i soldi» con gli assicurati, in quanto avranno potuto contenere le misure di premio in limiti modesti, senza che l'efficacia ristoratrice del servizio venga a soffrirne al momento del vero bisogno. Dovrà realizzarsi, cioè, una ben intesa mutualità a basso costo, pur garantendo prestazioni a livelli elevati.

Son queste, a mio avviso, le direttrici alle quali ci si dovrà attenere.

Non diversamente ebbe ad esprimersi, già nel 1964, il compianto Prof. Piero Sacerdoti nella sua prolusione al 29° Corso per la formazione di dirigenti di azienda sul tema «Previdenza sociale e promozione del risparmio nell'economia moderna», prolusione che conclude con parole che ripeto perché mi sembrano assolutamente attuali: «Se noi desideriamo e speriamo di rimanere in una società ragionevolmente libera, non possiamo dimenticare che libertà vuol dire

responsabilità verso se stesso e verso gli altri, e che questa responsabilità comprende anche quella del domani. Vi è in questo settore una perfetta coincidenza fra gli interessi generali e quelli individuali. Il singolo ha interesse a provvedere mezzi sufficienti per il momento del bisogno e la collettività ha interesse che l'individuo provveda a queste sue necessità in un modo che consenta una permanente alimentazione da parte dei singoli di quel serbatoio di risorse da cui debbono potersi trarre i capitali necessari per il continuo ammodernamento e progresso della produzione, da cui dipende il benessere della società e quindi quello di ciascuno di noi ».

L'ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE INTESA COME COPERTURA DI « SECONDO RISCHIO »



Dott. DINO CARDANO
Direttore di « Lavoro & Sicurezza S.p.A. ».

Uno dei principali argomenti che interessano il ramo dell'assicurazione volontaria malattie è certamente quello della collocazione del ramo stesso nel contesto, sotto il profilo tecnico, dei rami esercitati dalle Compagnie private in Italia e del rapporto con il sistema della previdenza di Stato a favore di tutti i cittadini.

Dal punto di vista tecnico, come già è stato accennato, non siamo ancora certi se questo tipo di copertura debba essere considerato un'appendice del ramo vita o del ramo infortuni o se possa essere considerato come un ramo a sé stante.

E' evidente che solo attraverso successivi studi ed esami sarà possibile ottenere dati sufficienti a scegliere un determinato indirizzo in tal senso.

Nel rapporto invece con la previdenza di Stato dobbiamo tener conto del processo evolutivo in atto sotto la dizione di « Sicurezza Sociale » attraverso il quale lo Stato tende ad offrire a tutti i cittadini una copertura di carattere generale sotto tutti gli aspetti. Conseguentemente, l'assistenza contro le malattie, amministrata da un auspicabile unico Ente di Stato, finirà per interessare la totalità della popolazione.

Verrà così ad allargarsi il numero degli assistiti da parte dello Stato e fatalmente a restringersi il già limitato campo di operatività riservato alle Compagnie private di assicurazione.

Questa considerazione, a prima vista pessimistica, trova tuttavia una potenziale ed equilibrata contropartita nel tipo stesso di intervento da parte dello Stato, intervento che, comportando un'assoluta pianificazione, lascia ampi spazi ad una iniziativa di integrazione nella quale fatalmente si troveranno a poter operare le Compagnie private.

Potremmo in sostanza ritenere l'intervento dello Stato quale intervento « primario » o « di base » destinato ad offrire una copertura di carattere generale ed essenziale, ma destinato pure a lasciare scoperte altre esigenze e quindi altre possibilità di intervento.

A questo secondo tipo di intervento va pertanto l'interesse delle Compagnie private di assicurazione, intervento che potremmo definire « secondario » o, più tecnicamente, di « secondo rischio » e che dovrà assicurare al cliente la copertura di tutta quella fascia di rischio che verrà ad esulare dal *plafond* previsto dall'assistenza statale. Qualche esperienza in questo campo è già in atto attraverso le numerose « mutue » aziendali e private che si trovano ad operare nel settore, anche se con risultati diversi fra loro e spesso contraddittori.

Giustamente, nelle note introduttive, si pone in rilievo la scarsa consistenza, in materia, del portafoglio italiano e la conseguente scarsa esperienza statistica.

Appare tuttavia evidente che il raggiungimento della totale « sicurezza » in questo settore offrirà un nuovo e vasto campo di operatività per le Compagnie private, che dovranno fin da ora preoccuparsi di affrontare con maggior interesse e cura questo settore.

Dalle sia pur modeste esperienze sino ad ora acquisite, discendono, a mio avviso, due premesse indispensabili ad una seria impostazione del problema ed a conseguenti concreti interventi. Tali premesse si possono così sintetizzare:

1) - Appare indispensabile che le prestazioni offerte dalle Compagnie private di assicurazione abbiano la stessa estensione di quelle offerte dallo Stato senza le numerose e spesso anacronistiche esclusioni ora in vigore e ciò per determinare non solo una unicità di intervento, ma, soprattutto, per eliminare i motivi di contestazione che continuano a rappresentare una remora a quel clima di fiducia che non solo deve esistere fra assicuratore ed assicurato, ma che consentirà una più sicura diffusione di questo tipo di copertura assicurativa.

2) - Occorre tuttavia, per la migliore realizzazione di questo servizio, che opportuni accordi con gli Enti o l'Ente di Stato preposti a questo servizio consentano di poter effettivamente considerare di « secondo rischio » l'intervento delle Compagnie private.

Occorre cioè che, sino al suo *plafonamento*, l'assistenza pubblica assolvere ai suoi impegni nei confronti dell'assistito senza operare quelle variazioni di costi che oggi si verificano al variare del tipo di assistenza richiesto dall'assistito stesso.

Il relatore, Dott. Sestilli, nell'esporsi l'ultimo studio in materia dell'ANIA, accenna alla tariffa minima dell'Ordine dei Medici quale base di rimborso, ma per poterla applicare nei confronti degli assicurati senza determinare comprensibili e prevedibili reazioni, occorre che tale tariffa sia applicata a medici, ospedali, case di cura etc. e ciò per conferire veramente alla copertura assicurativa piena operatività.

Occorre cioè che il costo dell'assistenza malattie, dentro o fuori il sistema previdenziale di Stato, preveda un costo certo per ogni tipo di intervento, consentendo così all'assistito delle scelte basate su previsioni concrete.

Concludendo, mi sembra che il problema relativo all'intervento integrativo delle Compagnie private nel settore dell'assistenza malattie debba essere inquadrato nel tema generale della « Sicurezza Sociale » onde consentire questa responsabile forma di previdenza alle più vaste categorie possibili di cittadini ad integrazione di un servizio che da solo lo Stato non può assicurare in tutti i suoi aspetti, ma che rappresenta certamente una notevole aspirazione e spesso una inderogabile necessità per vaste categorie sociali.

Le Compagnie private, come sempre, saranno a disposizione per questo tipo di intervento che risponde alle finalità delle Compagnie stesse.

Si tratta evidentemente di porre allo studio e di attuare, d'intesa con gli organi pubblici, una forma previdenziale integrativa che non mortifichi in materia di costo le aspirazioni e le esigenze dei cittadini e che rappresenti quell'auspicata solidarietà ed interdipendenza fra l'iniziativa pubblica e quella privata.

La materia è vasta, l'argomento importante, le prospettive allettanti.

Auguriamoci che la lodevole iniziativa assunta dall'INA e dall'ANIA con questa Giornata di studio sia foriera di risultati fruttuosi nell'interesse della comunità al servizio della quale operiamo e verso la quale sono rivolte le nostre premure ed attenzioni in un servizio insostituibile quale quello assicurativo, che dal progresso tecnologico e sociale trae continui motivi di perfezionamento e di allargamento del proprio campo di attività.

I RISCHI PROFESSIONALI NELLA ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE



Dott. ITALO ZOPPIS
Consigliere di Amministrazione dell'INA

Mi auguro che questo mio breve intervento non possa essere giudicato come pretenzioso, perché non è molto che sono venuto a fare parte della grande famiglia delle assicurazioni.

Il mio vivo desiderio è di portare un modesto contributo alla discussione come cittadino italiano che apprezza nel suo giusto valore gli sforzi che si sono compiuti e che ancora si vogliono compiere in avvenire, per superare una mentalità talvolta preconcepita e scarsamente informata nei riguardi delle prestazioni assicurative, alle quali ogni uomo dotato di senso di responsabilità e di spirito moderno dovrebbe e potrebbe utilmente ricorrere.

In uno Stato come il nostro, che la Costituzione definisce « fondato sul lavoro », la tutela della salute non solo è un fondamentale diritto dell'individuo ma interessa l'intera collettività. Inoltre, ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. Tutto ciò, ovviamente, non va inteso in senso assoluto perché, se è vero che la tutela sanitaria ed economica degli individui e delle famiglie contro le malattie è un dovere sociale, è altrettanto vero che il cittadino, per gli inevitabili limiti del bilancio statale, non può esimersi dal concorrere all'adempimento di questo dovere.

E quindi, alla luce di questa realtà, la V « Giornata » di studio promossa dall'INA, d'intesa con l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici, a mio avviso va annoverata fra le iniziative più lodevoli, opportune ed aderenti alla realtà del momento storico che viviamo. La scelta di questo tema di grande attualità, che intende soddisfare una esigenza di informazione profondamente intesa dal pubblico italiano, è in armonia con gli scopi altamente sociali perseguiti istituzionalmente dall'INA.

Da parte mia mi limiterò a trattare brevemente solo un aspetto del vasto tema che viene dibattuto sull'assicurazione volontaria contro le malattie, un aspetto in cui sono presenti implicazioni di grande importanza sociale e previdenziale.

E' noto (gli oratori che mi hanno preceduto lo hanno confermato) che l'assicurazione sociale malattie — soprattutto come è attualmente concepita e strutturata — non è sufficiente, e per questo motivo otto assicurati su dieci sono scontenti, malgrado l'onere che ne deriva al Paese. Di questo stato d'animo occorre tenere conto, anche perché da parte dell'opinione pubblica, non più insensibile a questi problemi, vengono sollecitati con urgenza rimedi adeguati alle esigenze attuali. Ciò premesso, desidero accennare brevemente alla opportunità di portare l'esame sulle malattie professionali, che derivano ad alcune categorie di lavoratori dall'essere adibiti a lavori in condizioni ambientali che dobbiamo ritenere antigieniche. Si veda il caso dei netturbini, di questi lavoratori che sono esposti ogni giorno a movimenti nocivi all'organismo, che li predispongono a malattie serie quali la tubercolosi, alcune dermatiti, il tracoma, ecc.

I netturbini svolgono un lavoro che non soltanto li espone alle suddette malattie, ma può fare correre loro il rischio dell'aggravamento di altre infermità.

E' proprio sotto un profilo umano e sociale che, a mio parere, l'assicurazione volontaria contro le malattie non dovrebbe trascurare questi casi tipici di malattie professionali. Ho parlato di netturbini, ma potrei parlare anche di altre categorie che si trovano in condizioni analoghe, come, ad esempio, i dipendenti delle cartiere che impiegano come materie prime stracci e cascami vari, i lanieri di Prato, ecc.

Comprendo che, di fronte ad un rischio di malattia così generalizzato e di carattere cronico, come quello che si manifesta appunto presso i lavoratori delle categorie citate, i tecnici dell'assicurazione possano avere delle perplessità. E' chiaro che, quanto più alto è il rischio, tanto maggiore è il premio d'assicurazione richiesto e tanto più difficile è stabilire un criterio di assicurabilità. E' per questo motivo, forse, che — secondo quanto riferito dal dott. Sestilli — le imprese assicuratrici escludono normalmente la copertura dei rischi professionali.

Ci troviamo in presenza di rischi che (non vorrei peccare di inesattezza nell'uso della terminologia assicurativa) potremmo chiamare aggravati.

Quanti sono questi casi? Non è facile determinarlo. Essi pongono, tuttavia, un problema che è solo apparentemente marginale: dico solo apparentemente, perché lo sviluppo della civiltà determina sempre nuove e più difficili condizioni di ambiente nelle quali il lavoro diviene penoso e pericoloso per la salute.

Lo sviluppo dell'industria petrolchimica, tanto per citare una attività affermata in Italia da epoca recente, sembra essere una delle cause della diffusione di malattie tumorali e di altre gravi affezioni: lo affermano i medici, gli igienisti, gli studiosi dei problemi del lavoro.

Vi sono i tipografi, soggetti a serie forme di tossicosi; vi sono i radiologi, esposti — come è noto — ai rischi delle radiazioni. Si dirà che esiste, per questi casi, il rimedio dell'assicurazione contro le malattie professionali, che è gestita dall'INAIL. Si tratta, però, di una copertura che non può bastare da sola a soddisfare le necessità dei lavoratori.

Dall'Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale, pubblicato dall'ISTAT e citato nell'opuscolo dell'INA, si rileva che nel 1965 per il settore « industria » erano in vigore 55.497 pensioni per malattie professionali, di cui 42.781 dirette e 12.716 ai superstiti.

Ancora dall'opuscolo dell'INA si apprende che nell'anno 1965 l'ammontare totale delle pensioni per malattie professionali (industria ed agricoltura) fu sol-

tanto di 11,5 miliardi di lire. Ne consegue che, trascurando le erogazioni relative al settore agricolo (poche, del resto), la pensione media non supera le 200.000 lire annue.

Gli attuari che dovranno occuparsi, dopo questa « Giornata », dei problemi tariffari relativi all'assicurazione volontaria contro le malattie incontreranno, fra le altre difficoltà, anche questa dei rischi aggravati, che comporterà — io penso — l'adozione di soprapremi professionali. Ma tali soprapremi potrebbero incidere sull'auspicato sviluppo del ramo o, quanto meno, sulla penetrazione dell'assicurazione volontaria malattie proprio fra le categorie di lavoratori che maggiormente ne avrebbero bisogno.

Certo, non è questa la sede adatta per trattare in maniera approfondita l'argomento specifico dei rischi professionali, ma vorrei ricordare che esiste un utile precedente in materia: quello relativo all'assicurazione di malattia delle persone anziane negli Stati Uniti d'America.

Leggo, infatti, ancora nell'opuscolo dell'INA, che in USA è stata approvata recentemente una legge in base alla quale il Governo Federale partecipa con una quota all'assicurazione volontaria degli ultrasessantacinquenni. Non si potrebbe fare qualcosa di simile da noi per i lavoratori soggetti a speciali rischi professionali? L'intervento dello Stato, attraverso un contributo limitato, inizialmente, alle assicurazioni di gruppo non costituirebbe, a mio parere, un fatto del tutto nuovo nel campo dell'assicurazione privata. Si veda, al riguardo, il ramo grandine, ove la partecipazione dello Stato e dei Consorzi agrari al pagamento dei premi è stata più volte auspicata.

La mia, beninteso, è soltanto un'idea, ma ho voluto esprimerla affinché gli esperti qui presenti possano valutarla e considerarla per quello che in essa può esservi di buono.

Concludendo, vorrei sottolineare che, nel campo dell'assicurazione malattie, è importante dare la certezza a ciascun lavoratore di non essere oggetto di esclusioni o restrizioni nelle prestazioni assicurative. Esse, in definitiva, dovrebbero rappresentare un aiuto prezioso in un momento particolarmente difficile, aggravato non solo dalle spese di malattia, ma dall'orgasmo della perdita di reddito.

Concludo con la convinzione che, per poter assicurare a tutti i lavoratori una vita serena e la fiducia nel domani, la via da percorrere indubbiamente è questa che ci viene indicata dal tema dell'odierna V « Giornata » di studio.

L'assicurazione volontaria contro le malattie mette in evidenza in modo particolare la necessità di togliere dal capo dei lavoratori la spada di Damocle rappresentata dalla minaccia sempre presente delle infermità, dell'inabilità e delle restrizioni che da esse derivano, cercando di garantire a tutti la libertà dal bisogno.

Questo è veramente un fatto di grande rilevanza, perché se per caso la libertà dal bisogno dovesse essere sottovalutata o ignorata, noi quel giorno vedremmo sicuramente compromesse per sempre tutte le altre libertà e dovremmo amaramente convenire d'essere venuti meno alla funzione sociale che ci è stata affidata.

Salutiamo, dunque, la « Giornata » odierna come una pietra miliare nella storia dell'assicurazione privata in Italia ed auguriamoci che ad essa facciano seguito realizzazioni concrete.

**AVVOCATI, PROCURATORI ED ALTRI PROFESSIONISTI,
PRIMI INTERESSATI ALLA
ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE**



Avv. **WALTER DISTASO**
Consigliere di Amministrazione
della « Fiumeter ».

Nella presentazione della Giornata, con mirabile sintesi, sono stati posti a fuoco i punti salienti relativi al tema proposto al nostro studio.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, dimostrando ancora una volta spirito di aderenza ai veri problemi di carattere sociale, ha richiamato l'attenzione di tutti, ed in particolare di coloro i quali, responsabilmente, hanno a cuore il miglioramento delle condizioni di vita della collettività, sul tema dell'assicurazione contro le malattie, che presenta indici non confortanti sotto il profilo della qualità e della quantità.

Lungi da me l'idea di interloquire da esperto in un dibattito a così alto livello tecnico e scientifico; desidero soltanto aggiungere un modesto contributo di entusiasmo e di piena solidarietà alla incentivazione degli sforzi, già notevoli, per conseguire, anche in Italia, quella forma di ampia sicurezza sociale conseguita in altri Paesi europei ed extraeuropei.

Leggevo tempo addietro su una rivista specializzata che al 1965 quasi 152 milioni di americani, ossia il 79% della popolazione degli Stati Uniti, erano titolari di assicurazioni riguardanti le spese di degenze ospedaliere. In particolare, oltre 141 milioni di persone possedevano garanzie per le spese relative ad interventi chirurgici, mentre circa 109 milioni di individui risultavano titolari di polizze a copertura delle spese per le cure mediche.

La suddetta rivista, registrando l'eccezionale aumento delle assicurazioni contro le malattie, individuava, tra le ragioni principali del fenomeno, il fatto che negli ultimi venti anni molti contratti collettivi di lavoro hanno incluso nelle loro clausole le assicurazioni stesse a titolo di « provvidenze supplementari » offerte dall'impresa ai lavoratori.

Negli Stati Uniti, accanto alle polizze a carattere individuale, che coprono ogni tipo di rischio, vi sono quelle collettive, che, come tali, hanno proprio determinato il maggior incremento delle assicurazioni contro le malattie.

Altro dato interessante, rilevato da un'inchiesta condotta dal Public Health Service, riguarda la scarsa diffusione dell'assicurazione privata malattie nei ceti sociali a basso reddito. In tema di interventi chirurgici eseguiti annualmente negli Stati Uniti, il costo relativo è coperto da assicurazioni, totalmente o parzialmente, nel 70% dei casi; tra la gente di colore, invece, nel 41% dei casi.

Prendendo le mosse da tali dati e sfruttando la consolidata esperienza di altri Paesi, per quanto ci concerne, possiamo trarre validi motivi di conforto per questa azione che dobbiamo concretamente impegnarci ad intraprendere.

La malattia, in tutti gli strati, ma vorrei dire in particolare in quello medio o comunque a reddito fisso, provoca o può provocare disagi economici, di più o meno rilevante incidenza.

I rimedi che all'uopo una compagnia privata può offrire sono noti: rimborso totale o parziale delle spese mediche, farmaceutiche e di ricovero ospedaliero; pagamento di una indennità giornaliera in caso di invalidità temporanea; copertura, nei limiti della tariffa scelta, contro tutte le perdite economiche causate dalla malattia.

Nei Paesi in cui vige il sistema delle assicurazioni sociali obbligatorie, le imprese private hanno studiato forme assicurative in grado di fornire garanzie complementari: rimborso oltre il limite massimo delle assicurazioni sociali, rimborso delle franchigie, garanzie per i casi esclusi dalle assicurazioni sociali ecc..

Il sistema in materia di assicurazioni sociali contro le malattie, oggi prevalentemente comune, è quello dell'assicurazione obbligatoria generale, che trova la sua attuazione anche in Italia, oltre che in Germania, in Francia ed in Belgio, sia pure con diverse sfumature. Se ne discosta la Gran Bretagna, dove il servizio sanitario nazionale non è una assicurazione, ma un « servizio pubblico » di cui possono giovare tutti i residenti in Gran Bretagna, indipendentemente dalle condizioni economiche, dall'età, dal sesso, dall'occupazione od attività, dalla residenza, purché abbiano superato l'età scolastica e non abbiano raggiunto l'età di pensione.

Questa forma, indubbiamente, induce a seria meditazione ed a constatare quanti enormi passi siano ancora da compiere per giungere ad un auspicato quanto auspicabile sistema di protezione sanitaria garantita dallo Stato.

In Italia l'assicurazione generale contro le malattie è esercitata dall'INAM, la cui istituzione, secondo il pensiero del legislatore del 1943, avrebbe dovuto condurre ad un monopolio ed all'assorbimento di tutti gli istituti assicurativi contro le malattie. Di tali organismi autonomi, nel nostro Paese, oggi se ne contano circa una quindicina.

Non è questa la sede per affermare o discutere l'utilità o meno del suddetto accentramento, soprattutto al fine di una ricerca delle cause del disagio economico in cui si dibatte il massimo istituto assicurativo italiano contro le malattie.

A mio avviso, trattandosi di una forma di assicurazione automatica — che comprende per legge: l'assistenza sanitaria generica domiciliare e ambulatoria; l'assistenza specialistica ambulatoria; l'assistenza farmaceutica; l'assistenza ospedaliera; l'assistenza pediatrica; le assistenze integrative; la concessione di una

indennità di malattia — il voler, oggi, introdurre un discorso in ordine alla realizzazione di una garanzia complementare, tramite una polizza atta ad integrare le prestazioni dell'Ente di previdenza, è, a dir poco, prematuro. Tanto per una serie di ragioni e precisamente:

- l'assicurazione obbligatoria contro le malattie riguarda categorie sociali a reddito fisso, certamente non in grado, economicamente, di assumere l'onere di un premio assicurativo, sia pure mantenuto a bassi limiti;
- l'assistenza prestata, in forza della legge, per il caso di malattia contenuta entro limiti temporali, dovrebbe essere ritenuta soddisfacente. Si tratta piuttosto di adeguare ai tempi i servizi e le strutture;
- il lavoratore ha in definitiva la legittima aspettativa di vedere conseguito il completo soddisfacimento del proprio disagio fisico e materiale in caso di malattia;
- nel clima di pressione che, per sua vocazione, il lavoratore tende ad esercitare, onde ottenere dallo Stato adeguata assistenza, il ricorso ad una forma assicurativa volontaria, sia pure a carattere integrativo, è, allo stato delle cose e del livello dei salari, piuttosto inconcepibile.

In tali condizioni l'auspicato incremento dell'assicurazione volontaria contro le malattie, a mio parere, deve riguardare in particolare le categorie escluse dall'assicurazione obbligatoria e cioè, in genere, quelle esercenti una professione libera. Basterà qui ricordare gli ingegneri, i geometri, i medici, gli avvocati e procuratori, gli imprenditori, per rilevare quanta parte della popolazione italiana è ancora fuori di un sistema assicurativo sociale.

Desidero qui occuparmi, sia pure brevemente, della categoria degli Avvocati e Procuratori, cui mi onoro di appartenere, per indicare un dato estremamente significativo. Se l'incremento degli esercenti la suddetta professione dovesse essere il medesimo di quello riscontrato nel decennio 1951-1961, fra tre anni si dovrebbero avere circa 47.000 Avvocati e Procuratori. Anzi, l'incremento dovrebbe essere ancor più accentuato, in quanto, specie nelle regioni meridionali, si assiste ad una maggiore propensione verso gli studi universitari a carattere giuridico.

Se poi si pone mente al fatto che non si può parlare di unità, ma di nuclei familiari, le cifre divengono particolarmente rilevanti. Negli ultimi anni la Cassa Nazionale di Previdenza degli Avvocati e Procuratori ha stipulato una convenzione, a carattere annuale, idonea a garantire limitate prestazioni. E', invece, necessario, proprio al fine di garantire la continuità del reddito e di alleviare il sacrificio per le spese, talvolta gravose, che ogni infermità comporta, attuare una forma assicurativa studiata con le categorie interessate, utile a fornire le prestazioni del caso, in rapporto al peso economico dell'interessato ed al livello dallo stesso indicato.

Premessa la indubbia necessità che, in sede di attuazione di tale obiettivo, si verifichi una uniformità di tariffe, concordata su scala nazionale, ritengo che, al momento, con carattere di assoluta priorità, si debba procedere ad un'opera di sensibilizzazione di tutte le categorie escluse dall'assicurazione obbligatoria, promuovendo, in periferia, incontri ed iniziative idonee allo scopo e diffondendo con tutti i mezzi possibili i risultati di questo incontro.

Così facendo questo convegno potrà rappresentare la prima fondamentale tappa per il conseguimento di uno scopo altamente meritorio.

UNO STUDIO DELL'ANIA PER UNA FORMULA «STANDARD» DI ASSICURAZIONE CONTRO LE MALATTIE



Dott. GIUSEPPE BIANCHI
Segretario dell'ANIA

Mi associo innanzitutto al riconoscimento dei pregi della relazione del Dott. Sestilli, così chiara, così completa.

L'ANIA, di cui sono il Segretario, è stata lieta della scelta del tema perché è convinta che esistono in Italia, e si stanno sempre più affermando, i presupposti per lo sviluppo dell'assicurazione malattie; sono convinto che è giunta anche nel nostro Paese l'ora dell'assicurazione volontaria contro le malattie e che si schiude in questo settore un campo fertile di lavoro, le cui possibilità sono dimostrate dai 460 miliardi di lire di premi della Germania Occidentale (7.500 lire pro-capite), dai 24 miliardi dell'Austria (3.600 lire pro-capite), dai 28 miliardi circa dell'Olanda (2.700 lire pro-capite). Se in Italia, l'83% della popolazione è assistito dagli enti mutualistici di malattia (all'INAM confluisce circa il 50%, come ha precisato il Dott. Sestilli nella sua relazione), in Germania siamo all'87%, in Austria al 65%, in Olanda al 72%. Quindi la situazione italiana, rispetto all'estensione dell'ambito degli assistiti dagli enti pubblici, dell'assicurazione obbligatoria, non è tale da dover scoraggiare: l'alta percentuale degli assistiti per legge non elimina i margini per l'assicurazione volontaria.

C'è poi l'esempio dell'Inghilterra. In Inghilterra, l'assistenza sanitaria è estesa a tutta la popolazione, proprio al cento per cento della popolazione. E sempre in Inghilterra lo sviluppo, dopo l'introduzione ed applicazione del piano Beveridge, è stato soddisfacente e continua con incremento incoraggiante per le imprese che esercitano l'assicurazione volontaria.

E' stato, anzi, citato che proprio in Inghilterra costituisce quasi un'arma, da parte del datore di lavoro che voglia procurarsi una maestranza più qualificata, quella di ricercare per i propri dipendenti una protezione di malattia aggiuntiva alla protezione sanitaria generale di legge.

Sono tutti questi, del resto, dati che già emergono dalla relazione del Dott. Sestilli; e questi dati ed elementi formano anche oggetto di studio da parte di un gruppo di lavoro apposito, per le assicurazioni volontarie malattie, che è organo del Comitato Europeo delle Assicurazioni e che si dedica allo studio di questi problemi sul piano internazionale.

E' in questo quadro, è in questa prospettiva, che l'ANIA ha affrontato lo studio di un testo di polizza per il rischio malattie: quella polizza di cui ha parlato il Dott. Sestilli nella sua relazione.

Si tratta del primo studio in materia che viene affrontato dall'ANIA, con realistica visione dello stadio iniziale — direi quasi *embrionale* — dell'assicurazione volontaria malattie nel nostro Paese. Naturalmente, in questo studio si è tenuto conto delle esperienze fatte — senz'altro incoraggianti — e saranno preziosi gli elementi emersi da questa discussione; accenno, in particolare, anche ai suggerimenti di cautela, di prudente cautela, che emergono dalla relazione del Prof. Coppini (l'intervento del Prof. Coppini, per la sua ampiezza, per la ricchezza di dati ed aspetti considerati, può infatti essere definito « relazione »).

Si è, quindi, ritenuto di dover cominciare da quel settore di rischi la cui garanzia abbia caratteristiche di maggiore semplicità e si rivolga a quelle situazioni in cui è più sentita l'esigenza di un apporto dell'assicurazione: a quegli eventi, cioè, che possano più gravemente pesare sulle economie familiari.

Si è, così, posta allo studio (ne sono state già informate le Imprese associate, chiedendone osservazioni e suggerimenti) una polizza per l'assicurazione delle malattie che comporti sia il ricovero in case di cura, con o senza intervento chirurgico, sia il rimborso, entro limiti da convenire con gli assicurati, delle spese di ricovero, delle spese mediche e chirurgiche, diagnostiche, farmaceutiche, di assistenza sanitaria prima e dopo il ricovero, con possibilità di prevedere anche l'assicurazione di diarie, in funzione del mancato guadagno per l'inabilità temporanea provocata dalle malattie. La circostanza che la copertura data pone l'accento sul ricovero in caso di cura fa sì che questo sia assunto ad elemento determinante perché sorga l'obbligazione dell'assicuratore alle prestazioni; introduce, cioè, un elemento oggettivo che facilita il compito dell'assicuratore, che appunto in questa fase iniziale non può facilmente affrontare eventi che richiedano complessità di controlli.

Che anche in questo settore ci possa essere un margine lo dice una notizia raccolta sulla stampa quotidiana di questi giorni, secondo cui in Italia l'assistenza ospedaliera ha raggiunto i 7 milioni annui di ricoveri, di cui 1 milione e mezzo presso cliniche private. L'articolo che dava la notizia è apparso sul Corriere della Sera.

Le Imprese assicuratrici si preparano, così, ad intervenire con lo strumento dell'assicurazione volontaria in un settore che ha tanto interesse sul piano sociale nella più ampia accezione di questo termine. Le Imprese si accingono, cioè, a fare appello al senso di responsabilità dell'individuo perché con spirito di previdenza integri la garanzia obbligatoria — ove già ne usufruisca — o provveda nel caso di carenza di garanzia obbligatoria.

L'assicurazione volontaria viene, in tal modo, ad affiancarsi all'assicurazione pubblica per la tutela del bene più prezioso — la salute — e per le riparazioni

delle conseguenze della malattia, sull'economia familiare, prima, ma anche, in un quadro più ampio, sull'economia nazionale.

Mi pare che meriti sottolineare questo elemento, che d'altra parte ben risulta dalla relazione del Dott. Sestilli e da quanto hanno detto tutti coloro che mi hanno preceduto, perché la funzione che l'assicuratore privato si accinge a svolgere viene a porsi in perfetta coincidenza con le assicurazioni pubbliche: una perfetta coincidenza di fini, per la circostanza appunto che tutti tengono alla tutela di questo bene inestimabile: la salute; il recupero della forza di lavoro a vantaggio della famiglia, a vantaggio della collettività, a vantaggio dell'economia nazionale.

Consegue da queste considerazioni che l'assicurazione privata merita di essere incoraggiata e merita di essere sostenuta, perché possa raggiungere quello sviluppo che ha in altri Paesi e che sarà elemento di tranquillità, elemento di sicurezza nell'interesse dell'intera nazione.

Si pone allora il quesito se i benefici di cui gode l'assicurazione obbligatoria possano, sia pure in parte, essere estesi all'assicurazione volontaria: in particolare, intendo riferirmi a benefici di ordine fiscale; sui premi delle assicurazioni private malattie grava una tassa di assicurazione che è del 2%, grava l'I.G.E., che è dell'1,60%: in totale il 3,60%.

E' giustificata questa tassazione, che certo non è trascurabile? E il legislatore non può — sempre sul piano fiscale — prevedere che il premio della polizza di assicurazione malattie possa essere detratto dal reddito imponibile?

Un'ampia diffusione dell'assicurazione volontaria costituisce un complemento prezioso delle assicurazioni obbligatorie, con vantaggio generale; la considerazione giustifica il quesito che mi sono posto.

Ma c'è un'altra circostanza che merita di essere citata, sempre in questa direzione. E precisamente: abbiamo visto qual è lo sviluppo delle assicurazioni volontarie di malattia in altri Paesi; ebbene, in Germania, i premi delle assicurazioni volontarie malattie non scontano imposte; non scontano imposte in Inghilterra, non le scontano in Svizzera.

C'è di più: i premi delle assicurazioni volontarie malattie, quanto meno entro determinati limiti, sono appunto deducibili dal reddito fiscalmente imponibile in Germania, in Olanda, in Austria, in Svizzera.

Sono dati che risultano da documenti di lavoro di quell'organo collettivo internazionale costituito presso il CEA di cui dicevo, dati che mi sono giunti proprio ieri come documenti di lavoro per una sessione che si deve tenere a metà maggio dell'anno venturo, e quindi costituiscono, sotto un certo aspetto, una novità sul piano dei confronti internazionali.

Altri motivi, accanto a questi, ora detti, giustificano la richiesta perché l'assicurazione volontaria malattie, come è incoraggiata all'estero, così si dovrebbe incoraggiare in Italia: non si deve mantenere l'assicuratore italiano in una posizione di sfavore, di discriminazione a suo danno nei confronti degli assicuratori degli altri Paesi. Tali discriminazioni meritano di essere soppresse, tanto più che si tratta di recuperare il tempo perduto, di colmare un distacco che non appare giustificato.

Con questo posso concludere. E conclusione è che sarò veramente lieto se questo breve intervento avrà contribuito a porre all'attenzione dei presenti un aspetto del problema che ha un suo rilievo per lo sviluppo del ramo; e sarò lieto se queste mie considerazioni sulla necessità di adottare anche in Italia per le assicurazioni volontarie di malattia benefici fiscali, già accordati all'estero, saranno ritenute meritevoli di essere tenute presenti per auspicare che il legislatore voglia affrontare il problema di stimolare le assicurazioni volontarie con ogni utile e possibile agevolazione.

**ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE:
UN SETTORE DI LAVORO
CON AMPIE POSSIBILITA' DI APPLICAZIONE**



Dott. ing. **FRANCESCO CINCOTTI**
Direttore generale delle « Assicurazioni Generali ».

Signor Presidente, in ossequio alle sue direttive, ed anche all'ora tarda e quindi al riguardo dovuto agli altri, io ho mutilato tutto quello che volevo dire, perché ci sarebbe molto da esporre, e quindi sarò sintetico, sarò addirittura telegrafico nelle mie enunciazioni.

A parte l'apprezzamento per la chiara ed esauriente relazione del Dott. Sestilli, sono lietissimo che sia stato portato qui un tema che — aziendalemente e anche da me personalmente — ha avuto la migliore considerazione, per l'importante funzione che la libera previdenza può e deve avere nel campo delle assicurazioni malattie.

L'argomento è stato oggetto, all'estero e in Italia, di elevate e dotte trattazioni da parte di sociologi e di attuari di fama internazionale che concordemente hanno sottolineato l'apporto che la previdenza libera è chiamata a dare all'economia delle singole nazioni, contribuendo peraltro al mantenimento di quella che è la vera essenza della libertà.

L'economia, si è più volte conclamato, non può essere né tutta pubblica né tutta privata. L'assicurazione volontaria, nel settore delle malattie, riconoscendo le finalità ed i compiti propri di quella sociale, deve ribadire la precisa volontà e capacità degli operatori nel campo della libera previdenza di integrare — in misura totale o parziale — i limiti di quella obbligatoria, e quindi l'insopprimibile sua funzione che bene può estrinsecarsi con tecniche appropriate e con organizzazioni agili e flessibili.

Detta impostazione è stata peraltro ampiamente sottolineata dalle *Assicurazioni Generali* nella seduta del proprio Consiglio Generale del 1955 (vedasi al riguardo la pubblicazione: *Previdenza libera e sicurezza sociale*).

Nel convegno italo-tedesco del 1956, in Menaggio, convegno che ho avuto anzi il piacere di presiedere, è stata ribadita. In quest'ultimo la relazione del Prof. Baldi si è accentrata sul tema: *Interdipendenza e complementarietà della previdenza privata e dell'assicurazione sociale nello stato moderno*.

E' stata ancora ribadita dalle *Assicurazioni Generali* nella seduta del proprio Consiglio Generale del 1958 (vedasi in proposito la pubblicazione: *Problemi e compiti nuovi dell'assicurazione privata*); dalla VI Conferenza dei Servizi di Controllo, tenutasi a Berna il 1° dicembre 1965; e ancora in dibattiti elevatissimi, nelle assemblee dell'Associazione tedesca malattie e nelle sedute del Gruppo di Lavoro malattie del CEA.

Naturalmente, ciascuno di questi rischi malattie ha una sua gravità, una sua dimensione ed una sua proiezione diretta e indiretta sugli altri, talché solo approfonditi studi potranno indicare le vie da seguire e i criteri da adottare in un settore di lavoro delicatissimo, ma che al tempo stesso rivela possibilità amplissime di applicazione.

Le esperienze estere riportate dal Sestilli, sulle quali non mi diffondo, sono molto significative al riguardo. Solo aggiungo che in Germania l'assicurazione facoltativa va orientandosi, per i settori totalmente scoperti di protezione obbligatoria, anche verso prestazioni che tendono alla tutela preventiva della salute dei propri assicurati.

Mi limito quindi a confermare ancora che i concetti di coesistenza e di complementarietà dell'assicurazione libera con quella sociale ci impongono il dovere professionale di un approfondito esame di ciò che sanamente e tecnicamente è possibile attuare ancora e sviluppare in Italia.

Le esperienze, sia pure su scala limitata, ma in un periodo ultra-decennale, fatte da qualche compagnia, *Assicurazioni Generali* comprese, possono rappresentare intanto un utile punto — modesto — di partenza per il compito ben più vasto che ci attende.

OFFRIRE, CON L'ASSICURAZIONE VOLONTARIA MALATTIE, PRESTAZIONI ADERENTI ALLE REALI NECESSITA' DEL PUBBLICO



Avv. EMILIO PASANISI
Direttore generale dell'INA.

Cercherò di essere brevissimo perché l'ora è tarda, e vedo che la pazienza degli ascoltatori è stata messa a una certa prova, poiché il numero di essi tende sensibilmente a diminuire. Non mi dispiace, perché siamo più in famiglia. E quello che vi dirò è cosa che, veramente, va detta a quattr'occhi tra assicuratori.

Abbiamo ascoltato con vivo interesse gli interventi che si sono succeduti, oltre ad aver apprezzato la relazione del Dott. Sestilli.

Mi pare che riassuntivamente — questo è il privilegio di chi parla per ultimo — si può concludere che l'opinione unanime è che gli assicuratori privati debbano diffondere l'assicurazione volontaria malattie. Su questo pare che tutti siano d'accordo. Si è identificato un settore di attività ancora vastissimo; si è accertato che, anche quando dovesse raggiungersi la totale sicurezza sociale, comunque, resterebbe sempre un ampio campo di attività per le Compagnie private, come dimostrato da esempi all'estero; si sono anche indagati i vari rami nei quali l'assicurazione privata può dare il suo contributo.

Quindi, tutti siamo d'accordo nel senso che il fine da raggiungere è quello di diffondere l'assicurazione volontaria. Ma chi vuole raggiungere tale fine, deve volere anche le cose che occorrono per raggiungerlo: se non volesse le cose che occorrono per raggiungere questo fine, la sua sarebbe una manifestazione puramente velleitaria.

Dunque, non basta dire: vogliamo diffondere l'assicurazione volontaria malattie. Dobbiamo anche vedere che cosa dobbiamo fare per diffondere l'assicurazione volontaria malattie.

Per indagare quali sono le cose da farsi per favorirne la diffusione, la cosa migliore è di vedere quali sono le cose che attualmente impediscono questa diffusione; perché l'assicurazione malattie è poco praticata in Italia? Non è certamente perché gli assicuratori non ci abbiano pensato; infatti, nonostante gli infi-

niti meriti di questa riunione, essa non ha rivelato niente di nuovo: il problema è già noto a tutti, e certamente non manca neanche agli assicuratori la buona volontà.

Quindi, c'è qualche altra ragione. La ragione, probabilmente, è proprio nel sistema. Sappiamo come vanno le faccende in questa materia: il terrore, il *cauchemar*, degli assicuratori privati è quello dell'antiselezione dei rischi. Si dice: in materia di assicurazione malattia è facilissima l'antiselezione, quindi dobbiamo difenderci dall'eventualità che si vengano ad assicurare i malati e i sani no. E' una difesa giustificatissima, e per realizzarla si ricorre ad infiniti accorgimenti. Essi, sostanzialmente, si riassumono nella riduzione della garanzia. Si condiziona la garanzia; si escludono determinate malattie; si limitano gli interventi alla prima manifestazione della malattia cronica; si eliminano le protesi; si diminuisce, insomma, la copertura, e questo crea un circolo vizioso. Infatti, riducendo la copertura, diminuisce l'ambito dell'applicazione della garanzia e l'antiselezione diventa più pericolosa. Più pericolosa diventa l'antiselezione, più si sente la necessità di limitare le garanzie: è il caso classico del cane che si morde la coda.

Il criterio fondamentale di questa strana impostazione è scolpito proprio nella norma principale che regge tutte le nostre assicurazioni malattie, quella tale definizione di malattia su cui stamattina si è sorvolato con molta prudenza, ma che contiene in sé un'affermazione di estrema gravità, laddove si dice, per esempio, che si considera malattia assicurabile soltanto quella che non abbia alcun riferimento, neanche lontano, neanche indiretto, a condizioni patologiche preesistenti.

E' un vecchio vizio di noi assicuratori (ecco perché dobbiamo parlare in famiglia; perché dobbiamo confessare i nostri difetti), è il vecchio vizio di volerci creare un rischio a nostro gusto, un rischio fittizio, un rischio irreali, nel quale il sinistro non succede mai, o succede rarissimamente, per poi coprirlo. La verità è invece quella che si impone dall'esterno. Cioè, il rischio è quello che è, e noi assicuratori dobbiamo essere pronti a coprirlo, trovando quegli accorgimenti che ci consentano di sostenerne l'onere.

E' in fondo la conclusione cui è arrivato il Prof. Antonini qualche minuto fa.

La ragione della scarsa diffusione dell'assicurazione volontaria malattie non è tanto nel fatto che non ci si sia pensato o che gli assicuratori non ne abbiano voglia; è che piuttosto lo strumento di cui ci serviamo è uno strumento estremamente limitato.

Avere indicato questo, vuol dire avere indicato anche, non voglio dire la strada da seguire, perché non è qui il caso di decidere se convenga avviarsi su questo cammino o no, ma il prezzo da pagare per la diffusione dell'assicurazione volontaria malattie.

E' facile dire: diffondiamo l'assicurazione volontaria malattie; dobbiamo sapere però che condizione per questa diffusione è il superamento di certe posizioni; è la possibilità di offrire alla massa degli assicurabili servizi concettualmente paragonabili a quelli offerti dall'assistenza pubblica, della quale si è detto qui tutto il male possibile (e di che cosa non si dice male?), ma che però si basa sui principî cui debbono ispirarsi anche gli assicuratori privati, se gli assicuratori privati vogliono fare concorrenza all'assistenza pubblica — e dico concorrenza nel senso migliore — non per sostituirla, ma per aggiungersi ad essa. L'esigenza degli assicurabili qual è? Evidentemente assicurare sani e non sani; assicurare

quelli che portano già in sé la malattia e quelli che non la portano. Possiamo farlo? Certo non così leggermente, ma è certo che se noi non riusciamo a trovare qualche cosa che soddisfi questa fondamentale esigenza di generalizzazione dei rischi da coprire, non ci illudiamo di poter diffondere — nella misura in cui viene diffusa in altri Paesi — l'assicurazione volontaria malattie.

Può apparire, questa, una conclusione non lieta, amara, ma non credo che in sostanza sia amara, perché tutto quello che contribuisce a chiarire le idee, tutto quello che contribuisce a mettere in evidenza il fondo dei problemi è certamente costruttivo.

Io credo che gli assicuratori possano far questo; comunque se vogliono accingersi alla campagna di diffusione dell'assicurazione volontaria malattie debbono farlo con la chiara coscienza delle responsabilità che questo comporta.

E mi rivolgo anche al nostro ottimo amico Prof. Longo: non voglio dire di essere in disaccordo con lui, poiché è evidente che quando si parla di assicurazione invalidità abbinata all'assicurazione vita, bisogna essere estremamente prudenti. Ma anche lì occorre venir incontro a quelle che sono le reali esigenze degli assicurabili. Certo, il mantenersi nelle formule limitative attualmente in uso, che configurano le invalidità soltanto in casi che sono relativamente rari (per quanto non così rari come si dice) è cosa prudente. Ma è probabile che se noi vogliamo diffondere anche questa forma, su quella scala immensa che ci è indicata dallo sviluppo raggiunto da altri Paesi, dobbiamo fare dei passi per avvicinarci a quella che è la realtà del rischio sulla piazza, la realtà delle esigenze dei nostri assicurabili. Sta a noi fare in modo che queste esigenze possano essere soddisfatte con equilibrio tecnico, in modo che anche l'equilibrio dei nostri bilanci non ne venga turbato. Se questi accorgimenti tecnici non esistessero, dovremmo ammettere francamente che dobbiamo rinunciare a diffondere l'assicurazione volontaria malattie.

Io non lo credo, ma comunque è bene che coloro che si mettono a studiare il problema — e questo sarà oggetto di meditazione alla chiusura di questo convegno — tengano presente che l'aderenza della prestazione assicurativa alla esigenza effettiva dell'assicurando è una condizione fondamentale perché quello sviluppo che tutti andiamo auspicando, e di cui tutti andiamo parlando, possa divenire una realtà.

ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA ED ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE IN ITALIA ED IN ALCUNI PAESI D'EUROPA

Comunicazione scritta dell'Avv. **GIOVANNI PALMIERI**
Sindaco de « Le Assicurazioni d'Italia »

La presente comunicazione ha per oggetto i seguenti argomenti: 1) la sicurezza sociale nei Paesi della Comunità Europea; 2) lo scarso sviluppo dell'assicurazione volontaria contro le malattie in Italia; 3) l'assicurazione sanitaria obbligatoria e le categorie coperte nell'attuale momento; 4) il duplice regime di assicurazione privata e sociale, con l'esempio della Svizzera; 5) possibilità di sviluppo dell'assicurazione volontaria contro le malattie anche come forma integrativa dell'assistenza obbligatoria.

1. - Nel campo dell'assistenza e della previdenza sociale l'Italia, come risulta dai valori esposti nelle seguenti tabelle, ha ormai raggiunto uno sviluppo abbastanza allineato con quello degli altri Paesi della Comunità Europea, fatta eccezione per le prestazioni assistenziali e previdenziali, le cui misure medie per abitante — nonostante i progressi compiuti in questi ultimi anni — restano ancora di gran lunga inferiori a quelle degli altri cinque Paesi.

Tavola I

Le spese della sicurezza sociale espresse in % del prodotto nazionale ai prezzi di mercato

| PAESE | 1959 | 1960 | 1961 | 1962 | 1963 | 1964 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| GERMANIA (R. F.) . . | 14,1 | 13,5 | 13,5 | 13,6 | 13,9 | 13,9 |
| FRANCIA | 11,9 | 11,7 | 12,4 | 12,9 | 13,6 | 14,1 |
| ITALIA | 10,4 | 10,6 | 10,6 | 11,0 | 11,9 | 12,2 |
| PAESI BASSI | 11,2 | 11,3 | 11,4 | 11,8 | 13,6 | 13,8 |
| BELGIO | 12,9 | 12,7 | 12,6 | 12,7 | 13,2 | 12,7 |
| LUSSEMBURGO | 13,6 | 13,1 | 13,1 | 13,6 | 14,1 | 15,1 |

Un'altra considerazione degna di rilievo emerge dai valori riportati nella tav. 2 e cioè che il costo medio della previdenza registrato in Italia negli anni considerati risulta superiore, nel complesso, a quello verificatosi negli altri Paesi della Comunità.

Tavola 2

Indice di incremento del costo medio annuo
(in lire italiane)

| PAESE | 1959 | 1960 | 1961 | 1962 | 1963 | 1964 |
|------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| GERMANIA (R. F.) . . . | 100 | 106,2 | 119,6 | 125,0 | 134,4 | 145,3 |
| FRANCIA | 100 | 109,1 | 121,2 | 139,4 | 160,6 | 180,3 |
| ITALIA | 100 | 109,7 | 120,3 | 140,5 | 170,3 | 186,7 |
| PAESI BASSI | 100 | 111,1 | 116,7 | 127,8 | 161,1 | 188,9 |
| BELGIO | 100 | 104,2 | 109,9 | 119,7 | 129,6 | 135,2 |
| LUSSEMBURGO | 100 | 104,2 | 105,3 | 110,5 | 120,0 | 142,1 |

Tavola 3

Prestazioni di sicurezza sociale per abitante
(medie annue in lire italiane)

| PAESE | 1959 | 1960 | 1961 | 1962 | 1963 | 1964 |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| GERMANIA (R. F.) . . . | 99.200 | 105.400 | 114.700 | 124.000 | 133.300 | 144.150 |
| FRANCIA | 83.820 | 91.440 | 101.600 | 116.840 | 134.620 | 151.130 |
| ITALIA | 39.000 | 42.800 | 46.900 | 54.800 | 66.400 | 72.800 |
| PAESI BASSI | 62.280 | 69.200 | 72.660 | 79.580 | 100.340 | 117.640 |
| BELGIO | 88.750 | 92.500 | 97.500 | 106.250 | 115.000 | 120.000 |
| LUSSEMBURGO | 118.750 | 123.750 | 125.000 | 131.250 | 142.500 | 168.750 |

(da « Statistiche generali della Comunità » - Edizione 1966).

La serie dei valori sopra esposti pone in evidenza, inoltre, come il ruolo svolto dalla sicurezza sociale in uno Stato moderno, per quanto attiene la redistribuzione del reddito nazionale, sia sempre più determinante e come talune prestazioni, specie quelle relative all'assistenza sanitaria, concorrano sempre più con il loro rapido incremento di spesa alla continua espansione dei bilanci nazionali delle assicurazioni sociali.

Si deve riconoscere, quindi, che l'argomento posto allo studio di questa Giornata assicurativa nel quadro delle manifestazioni della Fiera di Milano non poteva essere di maggiore interesse ed attualità.

2. - Al contrario delle assicurazioni contro gli infortuni, che in Italia sono abbastanza sviluppate — nonostante che oltre 12 milioni di prestatori d'opera siano già assicurati contro gli infortuni in regime obbligatorio — le garanzie offerte dagli assicuratori privati contro le malattie non hanno ancora registrato uno sviluppo degno di nota.

Nel 1966, infatti, sono stati incassati oltre 60 miliardi di lire per premi delle varie forme di assicurazione contro gli infortuni, mentre per il ramo malattie sono state riscosse cifre relativamente modeste.

Non v'è dubbio, comunque, che tra le assicurazioni delle persone (vita, infortuni, malattie) il ramo malattie è così poco sviluppato da considerarsi pressoché inesistente, specie se si considera che le polizze di assicurazione sulla vita attualmente in vigore in Italia sono più di cinque milioni e quelle contro gli infortuni ammontano a diversi milioni di unità.

Ciò dipende non solo dal fatto che il ramo infortuni è esercitato in Italia da 89 compagnie e l'assicurazione malattie (come ramo a sé stante) da appena 6 imprese, ma anche dalla maggiore ampiezza dell'area assicurativa riservata agli Enti pubblici ed ai numerosi enti previdenziali e mutualistici nel campo dell'assistenza malattie.

V'è, inoltre, da sottolineare la grande varietà di garanzie ben congegnate ed efficienti, che nel campo infortunistico gli assicuratori sono da tempo in grado di offrire contro i crescenti rischi della vita moderna, per la copertura dei quali sono state approntate polizze che ben si adattano alle varie esigenze, essendo talvolta abbinate ad altre garanzie come l'assicurazione sulla vita umana e la responsabilità civile automobilistica.

Per l'assicurazione malattie soltanto di recente sono state studiate ed offerte dalle maggiori compagnie assicuratrici forme speciali di copertura a modico costo ed aventi per oggetto il rimborso di spese mediche e chirurgiche, di rette ospedaliere e spese di cura ambulatoriali e domiciliari.

Se ben ricordo, mi sembra di aver letto in una pubblicazione che con un premio annuo aggirantesi sulle 30.000 lire — variante, naturalmente, a seconda dell'età dell'assicurato — verrebbe garantito il rimborso di spese mediche e chirurgiche fino ad un massimo di 800.000 lire, la retta ospedaliera nella misura da 5.000 a 7.000 lire al giorno, nonché le spese per cure domiciliari o in ambulatorio fino ad un massimo di 300.000 lire all'anno. Non mi sembra che si parlasse di un *periodo di carenza*.

Basta considerare che per l'assistenza sanitaria di un impiegato direttivo di grado intermedio dello Stato viene versato all'ENPAS l'importo annuo di 80.000 lire — di cui due terzi circa a carico dello Stato — per farsi un'idea delle possibilità esistenti nel campo delle malattie per la libera previdenza.

Tali possibilità vanno poste in relazione non solo con l'importo dei contributi, che vengono annualmente versati per l'assistenza obbligatoria, ma anche con le modeste e insufficienti prestazioni fornite generalmente agli assistiti. L'ENPAS, ad esempio, è solito rimborsare per una visita medica domiciliare l'importo di 700 lire e per un consulto di un titolare di cattedra universitaria la somma di 2.300 lire, senza contare, poi, che i rimborsi per spese chirurgiche vanno da un importo medio di 12.000 lire per le operazioni chirurgiche più facili e meno complicate ad un massimo di lire 200.000 per quelle più gravi e difficili.

3. - Non sarebbe possibile predisporre un serio piano di produzione, né impostare un'efficace azione per lo sviluppo di forme facoltative di assicurazione contro le malattie, senza prima rendersi conto della particolare situazione che è venuta a determinarsi in questi ultimi tempi in Italia nel settore dell'assistenza sanitaria (e ciò al fine di accertare quali possibilità di inserimento e di affermazione sussistano in questo campo per l'industria assicurativa privata).

Com'è noto, l'assistenza sanitaria è talmente generalizzata in Italia che l'area rimasta tutt'ora disponibile è assai ristretta, dal momento che quasi tutte le categorie di cittadini — sia che si tratti di lavoratori subordinati che di lavoratori autonomi — usufruiscono ormai di un'assistenza malattie sotto forma obbligatoria.

Gli sviluppi più recenti, e tuttora in atto, di tale assistenza a carattere sociale sono stati indubbiamente favoriti dal precetto costituzionale (art. 38, 2° comma), che vuole siano preveduti ed assicurati mezzi di tutela previdenziale adeguati alle esigenze di vita (infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia ecc.) in favore di tutti i lavoratori e non soltanto dei lavoratori subordinati, perché il lavoro deve essere tutelato (art. 35, 1° comma) in tutte le sue forme ed applicazioni.

Per avere un'idea delle categorie che attualmente usufruiscono dell'assistenza obbligatoria contro le malattie, si ritiene opportuno raggrupparle a seconda degli enti pubblici e mutualistici che operano nell'attuale momento in questo settore.

Com'è noto, il regime generale dell'assicurazione contro le malattie per i lavoratori dipendenti è gestito dall'INAM (Istituto Nazionale Assicurazione Malattie), ad eccezione dell'assicurazione contro la tubercolosi, che ha continuato ad essere gestita dall'Istituto Nazionale Previdenza Sociale - INPS, e dell'assicurazione contro le malattie professionali, gestita dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - INAIL.

Per altre categorie di lavoratori dipendenti (statali, parastatali, dipendenti da Enti locali ecc.) la stessa assicurazione è gestita da appositi Enti, mentre per i lavoratori autonomi si provvede in genere con *casse* comunali e provinciali raggruppate in *federazioni* nazionali e per alcune categorie di professionisti con Enti o casse nazionali.

Come risulta dalla tav. 4, si calcola che gli aventi diritto all'assistenza sanitaria in Italia nel 1966 assommavano in complesso ad oltre 44 milioni e mezzo, di cui oltre 26 milioni assistiti soltanto dall'INAM, il quale provvede all'assicurazione obbligatoria delle seguenti categorie:

a) dipendenti da aziende agricole (art. 4 della legge istitutiva dell'INAM 11 gennaio 1943, n. 138);

b) dipendenti da aziende industriali, artigiane e cooperative e categorie assimilate (art. 4 della legge istitutiva dell'INAM);

c) dipendenti da aziende commerciali e da studi professionali e artistici e categorie assimilate (art. 4 della legge istitutiva dell'INAM);

d) dipendenti da aziende del credito, dell'assicurazione e dei servizi tributari appaltati (art. 4 della legge istitutiva dell'INAM);

e) addetti ai servizi domestici familiari (legge 18 gennaio 1952, n. 35);

f) apprendisti (legge 19 gennaio 1955, n. 25);

g) addetti alla piccola pesca marittima ed a quella delle acque interne (legge 13 marzo 1958, n. 250);

b) lavoratori a domicilio (legge 13 marzo 1958, n. 264 e D.P.R. 16 dicembre 1959, n. 1289);

i) religiosi e religiose del clero regolare che prestano attività lavorative presso terzi (legge 24 giugno 1966, n. 535);

l) sacerdoti cattolici e ministri di altre confessioni religiose (legge 28 luglio 1967, n. 669);

m) pensionati di invalidità e vecchiaia (legge 4 agosto 1955, n. 692 - legge 29 maggio 1967, n. 369 - legge 28 luglio 1967, n. 669).

Al di fuori dell'INAM operano, inoltre, i seguenti Enti:

- Ente nazionale di previdenza e di assistenza per i dipendenti statali (ENPAS);
- Ente nazionale di previdenza per i dipendenti di Enti di diritto pubblico (ENPDEDP);
- Istituto nazionale di assistenza per i dipendenti di Enti locali (INADEL);
- Ente nazionale di assistenza e previdenza per i lavoratori dello spettacolo (ENPALS);
- Casse marittime: adriatica (CMA), meridionale (CMM) e tirrenica (CMT);
- Casse provinciali di malattia di Trento e Bolzano, che svolgono nell'ambito della Regione Trentino-Alto Adige la stessa azione assistenziale dell'INAM;
- Ente nazionale di previdenza ed assistenza per gli impiegati dell'agricoltura (ENPAIA);
- Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti italiani (INPGI);
- Casse comunali e provinciali per i coltivatori diretti, riunite nella Federazione nazionale (legge 22 novembre 1954, n. 1136);
- Casse mutue provinciali per gli artigiani, riunite in una Federazione nazionale (legge 29 dicembre 1956, n. 1533 e D.P.R. 18 marzo 1957, n. 266);
- Casse mutue provinciali per gli esercenti di attività commerciali riunite in una Federazione nazionale;
- altri Enti operanti a favore di particolari categorie di lavoratori dipendenti (rappresentanti di commercio ecc.) o autonomi o professionisti (medici, farmacisti, architetti, ostetriche, veterinari, ecc.).

L'onere relativo alle prestazioni sanitarie erogate dal regime obbligatorio, come risulta dalla successiva tav. 5 riguardante gli anni 1965-1966, è stato nel 1966 di circa 1.209 miliardi, di cui oltre 875 miliardi a carico del solo INAM.

Non si può, infine, sottacere che il *programma economico nazionale per il quinquennio 1966-1970*, approvato con legge 685 del 27-7-1967, si propone

Assicurazione obbligatoria contro le malattie e la maternità
Numero assicurati e loro familiari - Anno 1966

| CATEGORIE ASSICURATE | Lavoratori | Familiari dei lavoratori | Pensionati | Familiari dei pensionati | TOTALE |
|---|-------------------|--------------------------------|------------------|--------------------------------|-------------------|
| LAVORATORI DIPENDENTI | | | | | |
| Dipendenti imprese (INAM) . . . | 9.989.000 | 10.624.000 | 3.917.000 | 1.666.000 | 26.196.000 |
| Dipendenti statali (ENPAS) . . . | 1.427.500 | 1.995.000 | 731.500 | 446.000 | 4.600.000 |
| Dipendenti enti diritto pubblico (ENPDEDP) | 288.320 | 415.988 | 38.000 | 26.676 | 768.984 |
| Dipendenti enti locali (INADEL) | 590.000 | 860.000 | 139.000 | 51.000 | 1.640.000 |
| Gente di mare e dell'aria | 92.550 | 213.969 | — | — | 306.519 |
| Lavoratori spettacolo (ENPALS) | 40.000 | 58.500 | 9.400 | 4.800 | 112.700 |
| Giornalisti (INPGI) | 3.250 | 5.300 | 1.400 | 500 | 10.450 |
| Impiegati agricoli e forestali (ENPAIA) | 12.630 | 32.206 | 1.520 | 2.970 | 49.326 |
| Regione Trentino-Alto Adige . . | 135.850 | 138.300 | 54.530 | 19.270 | 347.950 |
| Totale lavoratori dipendenti . . | 12.579.100 | 14.343.263 | 4.892.350 | 2.217.216 | 34.031.929 |
| LAVORATORI AUTONOMI | | | | | |
| Coltivatori diretti | 5.049.135 | — | — | — | 5.049.135 |
| Artigiani | 1.350.000 | 1.550.000 | 40.000 | 15.000 | 2.955.000 |
| Commercianti | 950.581 | 1.486.808 | — | — | 2.437.389 |
| Farmacisti (ENPAF) | 13.628 | 15.692 | — | — | 29.320 |
| Medici (ENPAM) | 60.000 | 47.000 | 6.000 | 6.500 | 119.500 |
| Veterinari (ENPAV) | 7.400 | — | 567 | — | 7.967 |
| Ostetriche (ENPAO) | 18.000 | — | 1.400 | — | 19.400 |
| Totale lavoratori autonomi . . . | 7.448.744 | 3.099.500 | 47.967 | 21.500 | 10.617.711 |
| TOTALE GENERALE | 20.027.844 | 17.442.763 | 4.940.317 | 2.238.716 | 44.649.640 |

(I dati esposti nella presente tabella sono stati tratti dalla *Relazione generale sulla situazione economica del Paese, 1966*).

Assicurazione obbligatoria contro le malattie
 Prestazioni erogate negli anni 1965 e 1966
 (in milioni di lire)

| CATEGORIE ED ENTI GESTORI | PRESTAZIONI DEL 1965 | | | PRESTAZIONI DEL 1966 | | |
|--|----------------------|----------------|------------------|----------------------|------------------|------------------|
| | Economiche | Sanitarie | TOTALE | Economiche | Sanitarie | TOTALE |
| LAVORATORI DIPENDENTI | | | | | | |
| Dipendenti imprese (INAM) | 110.510 | 675.650 | 786.160 | 112.300 | 762.734 | 875.034 |
| Dipendenti statali (ENPAS) | 3.596 | 92.132 | 95.728 | 2.531 | 107.438 | 109.969 |
| Dipendenti Enti Diritto Pubblico (ENPDEDP) | 603 | 21.794 | 22.397 | 700 | 27.700 | 28.400 |
| Dipendenti Enti Locali (INADEL) | 428 | 44.933 | 45.361 | 450 | 54.135 | 54.585 |
| Gente del mare e dell'aria | 4.158 | 8.620 | 12.778 | 4.487 | 9.111 | 13.598 |
| Lavoratori Spettacolo (ENPALS) | 488 | 3.681 | 4.169 | 480 | 3.512 | 3.992 |
| Giornalisti (INPGI) | 4 | 821 | 825 | 56 | 959 | 1.015 |
| Impiegati agricoli e forestali (ENPAIA) | 10 | 970 | 980 | 20 | 1.055 | 1.075 |
| Regione Trent.-Alto Adige | 2.447 | 9.088 | 11.535 | 2.613 | 9.953 | 12.566 |
| Totale lavoratori dipendenti | 122.244 | 857.689 | 979.933 | 123.637 | 976.597 | 1.100.234 |
| LAVORATORI AUTONOMI | | | | | | |
| Coltivatori diretti | — | 49.584 | 49.584 | — | 53.144 | 53.144 |
| Artigiani | — | 25.340 | 25.340 | — | 33.245 | 33.245 |
| Commercianti | — | 20.471 | 20.471 | — | 21.226 | 21.226 |
| Farmacisti (ENPAF) | — | 261 | 261 | — | 371 | 371 |
| Medici (ENPAM) | — | 595 | 595 | — | 684 | 684 |
| Veterinari (ENPAV) | — | 19 | 19 | — | 20 | 20 |
| Ostetriche (ENPAO) | — | 34 | 34 | — | 33 | 33 |
| Totale lavoratori autonomi | — | 96.304 | 96.304 | — | 108.723 | 108.723 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 122.244 | 953.993 | 1.076.237 | 123.637 | 1.085.320 | 1.208.957 |

(I dati esposti nella presente tabella sono stati tratti dalla *Relazione generale sulla situazione economica del Paese, 1966*).

una maggiore espansione dell'assicurazione obbligatoria con la costituzione di un apposito *Servizio Sanitario Nazionale* che assicuri le prestazioni sanitarie indistintamente a tutti i cittadini. Per il finanziamento di un tale *Servizio* il piano prevede la graduale fiscalizzazione dell'attuale sistema contributivo, cioè a dire che alla copertura della spesa sarà provveduto direttamente dallo Stato *attraverso il contributo dei cittadini in proporzione alla rispettiva capacità contributiva*.

La spesa pubblica complessiva in questo campo ammonterà nel quinquennio a 5.505 miliardi, di cui 5.125 per prestazioni sanitarie e 380 miliardi per la costruzione di ospedali.

4. - Dopo il quadro in precedenza tracciato, dal quale risulta che oltre quattro quinti della popolazione italiana usufruisce di forme di assistenza obbligatoria in caso di malattia, appare più che evidente che rilanciare l'assicurazione volontaria contro le malattie in questo momento, in cui tale assicurazione è quasi del tutto sommersa dalle provvidenze a carattere sociale e, per giunta, come si è sopra accennato, sono già entrate in vigore norme legislative, che si propongono di estendere l'assistenza sanitaria indistintamente a tutti i cittadini nel volger di pochi anni, è da considerarsi senz'altro un atto di fede e di coraggio da parte delle imprese di assicurazione.

Ma non per questo la libera intrapresa deve arrestarsi di fronte a difficoltà che a prima vista potrebbero apparire insormontabili, ma che in realtà lo sono soltanto relativamente.

Un ammaestramento in tal senso ci perviene dai risultati ottenuti in altri Paesi europei ed extra-europei, dove esiste e funziona da tempo per le malattie il doppio regime delle assicurazioni private e sociali, che è ormai un sistema generalmente affermato e che risponde abbastanza bene alle moderne esigenze, a condizione che un'eccessiva invadenza dell'assicurazione obbligatoria, a discapito della libera previdenza, non impedisca a quest'ultima di affermarsi e svilupparsi.

Si tratterebbe di tracciare dei limiti ben precisi, entro i quali far operare l'assicurazione obbligatoria, in modo da lasciare alla libera previdenza la possibilità di contribuire a svolgere, anche in questo campo, un'importante funzione sociale.

In uno Stato moderno, in cui il progredito sviluppo delle industrie ha determinato in pochi anni una più intensa evoluzione delle classi operaie — e quindi un maggior senso di responsabilità e spirito di iniziativa delle stesse — le assicurazioni sociali dovrebbero ridimensionarsi e delimitare il loro campo di azione entro i confini loro assegnati dalle esigenze di tutela delle classi meno abbienti (che altrimenti non sarebbero in grado di difendersi tanto facilmente dalle conseguenze economiche di una malattia), mentre le categorie economicamente più progredite dovrebbero essere lasciate libere di compiere da sé un atto di previdenza.

La tutela previdenziale contro le malattie in forma obbligatoria è praticata in moltissimi Paesi dei vari continenti, ma per brevità dobbiamo limitarci a citare i seguenti Paesi europei, ove anche l'assicurazione volontaria è solita operare attivamente.

AUSTRIA: assistenza sanitaria completa e prestazioni in denaro.

Enti di gestione: Casse mutue di malattia a carattere territoriale o aziendale.

Assicurazione volontaria: nel 1963 sono stati incassati premi per 17.370 milioni di lire; 19.200 milioni nel 1964; 21.670 nel 1965 e 24.000 milioni nel 1966.

BELGIO: rimborso delle spese per l'assistenza medica in genere e la degenza in luoghi di cura, nonché prestazioni in denaro.

Enti di gestione: Servizio sanitario nazionale.

Assicurazione volontaria: 520 milioni nel 1963; 480 nel 1964; 400 nel 1965 e 450 nel 1966.

GERMANIA: assistenze sanitarie di varia natura e prestazioni in denaro.

Enti di gestione: Casse mutue di malattia a carattere aziendale, professionale o territoriale, soggette al controllo di pura legittimità di organi statali.

Assicurazione volontaria: 286.050 milioni nel 1963; 319.640 milioni nel 1964; 358.020 milioni nel 1965; 404.350 milioni nel 1966.

FRANCIA: rimborso delle spese sanitarie di varia natura, effettuato in base a speciali tariffe; prestazioni in denaro.

Enti di gestione: Casse primarie di sicurezza sociale (in genere una per dipartimento); Cassa nazionale di sicurezza sociale, con compiti di compensazione nazionale dei rischi e di coordinamento dell'azione sanitaria e sociale.

Assicurazione volontaria: nel 1967 è stato effettuato un incasso premi di circa 38.000 milioni di lire.

SPAGNA: assistenze sanitarie di varia natura e prestazioni in denaro.

Enti di gestione: Istituto nazionale di previdenza, amministrato dai rappresentanti di vari Ministeri, dei datori di lavoro e dei lavoratori.

Assicurazione volontaria: 13.630 milioni nel 1965; 15.000 milioni nel 1966.

SVEZIA: rimborso del 75% di tutte le spese sostenute per assistenze sanitarie di varia natura; prestazioni in denaro.

Enti di gestione: Casse mutue pubbliche a base regionale e comunale, sottoposte al controllo di un ufficio statale pubblico.

Assicurazione volontaria: 19.570 milioni nel 1963; 21.390 milioni nel 1964; 23.320 milioni nel 1965; 25.400 milioni nel 1966.

SVIZZERA - L'esperienza di questo Paese nel campo dell'assicurazione malattie merita un cenno a parte perché costituisce un esempio abbastanza significativo di come sia possibile, da parte delle compagnie assicuratrici, inserirsi nel sistema assistenziale obbligatorio ed ottenere ottimi risultati.

In Svizzera l'assicurazione malattie divenne obbligatoria allorché il 1° gennaio 1914 entrò in vigore la legge federale sull'assicurazione in caso di malattia e di infortunio. Essa è tuttora gestita da casse cantonali sottoposte al controllo dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Nel 1929 la compagnia di assicurazione *Union-Genève* (ora *Helvetia-Vie*) sottopose per la prima volta all'Ufficio federale delle assicurazioni una richiesta di autorizzazione per l'esercizio del ramo malattie. Nel suo programma di attività essa non si proponeva di far concorrenza alle casse malattie esistenti, ma di colmare le lacune e le esclusioni che venivano fatte nell'assistenza malattie obbli-

gatoria. Si partiva dal presupposto che le casse di malattia non erano in grado di offrire una garanzia adeguata, e ciò per il fatto che le casse stesse dovevano limitarsi ad operare nel quadro dei bisogni delle classi operaie.

Gli assicuratori svizzeri, incoraggiati anche dall'esperienza delle compagnie tedesche, presero a considerare e studiare il ramo malattie su nuove basi adattandolo, con l'introduzione di nuove combinazioni, ai bisogni ed alle esigenze delle classi medie.

Dopo un inizio alquanto timido, come risulta dalla tav. 6, si è verificato nella produzione assicurativa una lenta, ma costante progressione. Anzi, dopo l'ultima guerra mondiale, l'aumento si è fatto ancor più rapido e va sempre più accentuandosi fino ad arrivare all'importo di 13.746 milioni di premi incassati nel 1966. Da notare la bassa sinistralità del ramo malattie, che si è sempre mantenuta al disotto del 50% dei premi.

5. - Vi sarebbe da chiedersi se lo scarso sviluppo della libera previdenza in Italia — specialmente nel campo dell'assicurazione contro le malattie — sia determinato principalmente dal progredire sempre più deciso ed invadente delle assicurazioni sociali.

Assicurazione contro le malattie, come ramo a sè stante, in Svizzera
(in lire italiane)

Tavola 6

| Anni | Premi incassati | Indennità pagate | Percentuale dei sinistri sui premi |
|------|-----------------|------------------|------------------------------------|
| 1930 | 1.415.635 | 3.770 | 0,3 |
| 1931 | 13.216.315 | 1.200.890 | 11 |
| 1932 | 25.679.645 | 7.056.280 | 27 |
| 1935 | 55.501.215 | 25.515.070 | 46 |
| 1936 | 65.767.505 | 32.904.125 | 40 |
| 1937 | 73.383.195 | 33.664.795 | 46 |
| 1938 | 80.205.300 | 39.468.420 | 49 |
| 1941 | 77.831.501 | 31.701.060 | 41 |
| 1943 | 100.877.660 | 44.131.040 | 44 |
| 1944 | 119.493.050 | 51.604.195 | 43 |
| 1945 | 151.391.745 | 64.018.370 | 42 |
| 1947 | 265.433.955 | 117.137.670 | 44 |
| 1950 | 651.130.185 | 265.050.865 | 41 |
| 1951 | 786.478.115 | 357.857.535 | 46 |
| 1952 | 1.020.213.330 | 415.237.225 | 41 |
| 1963 | 7.366.000.000 | — | — |
| 1964 | 9.164.000.000 | — | — |
| 1965 | 11.382.000.000 | — | — |
| 1966 | 13.746.000.000 | — | — |

(I dati esposti sono stati tratti dai *Rapports du Bureau fédéral des assurances*).

Non si può negare che l'espansione di tali assicurazioni si sia dimostrata — specie in questi ultimi tempi — in modo disordinato, sconfinando talvolta in settori che forse era meglio riservare alla libera previdenza, ma è altrettanto vero che da parte degli operatori economici del settore assicurativo privato poco sia stato fatto per creare nuove e più moderne forme assicurative, che, se fossero state poste in atto, avrebbero probabilmente scoraggiato sul nascere le numerose iniziative di assicurazioni obbligatorie.

In epoca di così rapido sviluppo come la nostra, l'attesa — o addirittura l'inerzia — non sono spesso tra le migliori soluzioni; così come la tendenza abbastanza diffusa a non volersi distaccare dai vecchi schemi impedisce talvolta quell'opera di rinnovamento che si dimostra sempre più indispensabile in ogni settore della vita economica.

Nonostante le condizioni apparentemente avverse, l'attuale momento si presenta particolarmente favorevole per un rilancio dell'assicurazione volontaria contro le malattie, quale efficace rimedio alle disfunzioni e alle carenze dell'assistenza sanitaria obbligatoria.

Sotto questo aspetto non v'è dubbio che l'assicurazione volontaria (dal momento che non si possono abolire le provvidenze di legge) potrebbe svolgere un'importante funzione qual è quella di integrare e sopperire alle attuali insufficienze nelle prestazioni medico-sanitarie erogate generalmente nel quadro dell'assistenza obbligatoria.

Se, ad esempio, per il settore dei dipendenti dello Stato si studiasse una particolare polizza integrativa del tipo di quella ricordata al n. 2 di questa comunicazione, con uno sconto del 30% sul premio (per essere già assistiti dall'ENPAS) e con la riscossione del premio attraverso ritenute mensili sullo stipendio, vi sarebbe da essere certi che essa risponderebbe ad una esigenza sentita.

Non bisogna dimenticare che 2 milioni di persone — quanti sono i dipendenti statali tra impiegati in servizio e pensionati — non sono soddisfatti del trattamento di malattia loro riservato e vedrebbero di buon occhio una integrazione nei rimborsi per spese chirurgiche e rette ospedaliere.

Altre possibilità di sviluppo dell'assicurazione volontaria potrebbero essere individuate nelle categorie dei professionisti. Tali categorie, infatti, si propongono di realizzare la previdenza e l'assistenza dei propri iscritti, includendo nell'assistenza, accanto al sussidio in caso di comprovato bisogno, prestazioni di assistenza sanitaria in genere, ma in effetti le prestazioni obbligatorie sono generalmente previste solo per i trattamenti di pensione.

Oltre alla esiguità delle prestazioni, cui sopra si è fatto cenno, i punti deboli del sistema previdenziale italiano risiedono nelle troppe difformità esistenti nel livello di tutela da gruppo a gruppo e nei crescenti costi dell'assistenza malattie, che da vari anni continuano a risultare superiori alle entrate.

Per queste ragioni, come è noto, l'ordinamento previdenziale italiano sta attraversando una grave crisi finanziaria, tanto che il Governo è dovuto recentemente intervenire ed emanare provvedimenti di carattere eccezionale per fronteggiare, con lo stanziamento di alcune centinaia di miliardi, i disavanzi dei maggiori Enti pubblici di assistenza malattie.

Un fattore che in questi ultimi anni ha arrecato maggior disturbo alle gestioni di bilancio — determinando sensibili aumenti di spesa nelle prestazioni sanitarie —

è stata l'accentuata tendenza a ricorrere più frequentemente alle cure mediche da parte di assistiti di tutto il mondo, indipendentemente dal Paese di appartenenza, sia nell'ambito che al di fuori dei regimi di protezione sociale.

Il fenomeno, pur essendo sostanzialmente positivo, in quanto derivante da una maggiore consapevolezza di valori attribuibili alla salute e al benessere individuale, si riflette inevitabilmente su di un eccesso di consumo dei medicinali e richiede, naturalmente, maggiori mezzi finanziari per fronteggiarlo.

Dal seguente prospetto (tav. 7), pubblicato dall'INAM nella relazione al bilancio consuntivo dell'esercizio 1966, emergono elementi significativi sugli effetti prodotti dall'accennato maggiore ricorso alle terapie mediche, le quali pochi decenni addietro potevano avere un carattere del tutto eccezionale, al contrario di quanto accade oggi.

Tavola 7

Entrata e spesa annua media per assicurato
(in lire italiane)

| INAM | 1962 | 1963 | 1964 | 1965 | 1966 |
|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <i>Assicurati</i> | 23.444.086 | 26.327.725 | 26.494.153 | 25.869.153 | 25.884.454 |
| ENTRATA MEDIA PER ASSICURATO | | | | | |
| — per proventi diretti | 17.026 | 20.707 | 26.307 | 27.659 | 31.418 |
| — per altre entrate | 951 | 1.113 | 1.343 | 1.560 | 1.765 |
| TOTALE | 17.977 | 21.820 | 27.650 | 29.219 | 33.183 |
| SPESA MEDIA PER ASSICURATO | | | | | |
| — per prestazioni economiche | 2.024 | 2.900 | 3.930 | 4.275 | 4.408 |
| — per prestazioni sanitarie . . | 14.326 | 18.072 | 22.129 | 26.082 | 30.194 |
| — per altre uscite | 1.591 | 1.811 | 2.210 | 2.162 | 2.510 |
| TOTALE | 17.941 | 22.783 | 28.269 | 32.519 | 37.112 |

Per concludere, non si può che auspicare un successo ed una sicura affermazione a breve scadenza dell'assicurazione volontaria contro le malattie, anzitutto perché si è convinti che tale assicurazione sia destinata a diffondersi con il progredire del benessere ed anche perché la protezione del valore della propria vita — da considerarsi, anche sotto il profilo economico, il più importante dei capitali — è divenuto uno dei doveri più pressanti ed una esigenza ormai largamente sentita.

PROBLEMI TARIFFARI NELL'ASSICURAZIONE VOLONTARIA MALATTIE

Comunicazione scritta del Dott. **PIERO CAZZULINO**
Condirettore della Società « Le Assicurazioni d'Italia »

Il primo passo che generalmente si compie, in ogni indagine di natura tariffaria, è quello di determinare un quoziente tra la somma delle prestazioni dovute per una certa garanzia in un determinato periodo ed il numero delle unità, rapportate allo stesso periodo, che a tali prestazioni avrebbero diritto.

Tale quoziente costituisce, rispetto al premio puro, un valore di stima tanto più attendibile quanto più numeroso è il gruppo di unità sotto osservazione e quanto più omogeneo, rispetto al rischio considerato, è il gruppo stesso.

L'ulteriore passo è quello di scomporre il quoziente suddetto nel prodotto di due fattori, costituiti rispettivamente dal numero medio delle prestazioni richieste da ciascun individuo e l'importo (o il grado) medio di ciascuna prestazione accordata.

Sono, questi, concetti fondamentali ed universalmente noti, anche se non immuni da critiche sostanziali, relative agli schemi probabilistici che tali concetti richiamano, ai quali abbiamo accennato essenzialmente per la necessaria chiarezza di esposizione in relazione ai problemi che pongono le specifiche garanzie che ricadono sotto la generica denominazione di *assicurazione malattie*.

Rispetto all'assicurazione malattie, si ritiene normalmente che elementi determinanti l'omogeneità del gruppo sotto osservazione siano l'età, il sesso, la professione e, in qualche caso, anche le caratteristiche climatiche della zona in cui l'assicurato risiede e svolge la sua normale attività.

E' evidente come, aumentando il numero degli elementi cui si condiziona la omogeneità dei gruppi sotto osservazione, questi tendano a ridursi di consistenza e che perciò una casistica spinta oltre determinati limiti, anziché arricchire i risultati dell'indagine, minacci di svuotarla di ogni significato.

Nell'assicurazione malattie, in particolare, un processo di omogeneizzazione potrebbe essere ritenuto necessario anche per i dati relativi ai sinistri attinenti ad alcune particolari forme di garanzia; infatti, mentre la diaria giornaliera ed

il ricovero ospitaliero possono, in ogni caso, essere ricondotti alla comune misura costituita dalla singola giornata di inabilità o di ricovero e figurare, espresse in questa unità di misura, come dividendo del noto quoziente, per altre prestazioni, come le farmaceutiche o gli interventi chirurgici, si possono avere difficoltà connesse ai diversi costi che le prestazioni od i prodotti prescritti possono presentare per lo stesso tipo di intervento o lo stesso genere di malattia.

Nel caso degli interventi chirurgici, una soluzione può essere data esprimendo i sinistri in base ad una tariffa tipo per ciascun intervento rilevato e commisurando poi i premi a garanzie contemplanti risarcimenti pari a multipli o sottomultipli della tariffa stessa, per ogni particolare specie di intervento; altra soluzione di carattere eminentemente semplificativo è invece quella di considerare soltanto i costi degli interventi, senza riguardo alla specie dell'intervento stesso, il che equivale ad ipotizzare come puramente casuale, da parte dell'assicurato, anche la scelta dell'operatore tra professionisti che, per lo stesso intervento, possono richiedere compensi più o meno elevati.

Non possiamo in questa sede, oltre a delineare i problemi di base che si possono affacciare in un primo studio sulla formazione dei premi di assicurazione malattie, scendere ad una analisi critica delle diverse soluzioni in atto, nelle quali spesso esigenze di natura pratica hanno un peso eminente. Vogliamo soltanto avvertire che, quando si ritenga di adottare la seconda soluzione, l'assicuratore dovrebbe necessariamente cautelarsi con dei limiti massimi piuttosto modesti, che, a parte il dubbio sulla razionalità della determinazione del premio, rendono l'atto di previdenza, in molti casi, necessariamente imperfetto.

Ma, tralasciando le questioni che possono sorgere sulle modalità di rilevazione e sui conseguenti diversi criteri di applicazione che ne derivano, una questione fondamentale si pone nella gestione della assicurazione malattie, ed è fino a qual punto debba essere spinta la *omogeneizzazione* rispetto alla componente età, se si debbano costruire ed applicare in ogni caso tariffe che rispecchiano i criteri adottati per il ramo vita, o se, invece, postulando una sensibile invarianza nel quoziente: *importo delle prestazioni/numero degli esposti al rischio* per piuttosto ampie classi di età, si possa gestire il ramo malattie — o quanto meno alcune delle garanzie previste dalle polizze del ramo — con le stesse modalità in uso per i rami elementari, ed in particolare dell'assicurazione contro le disgrazie accidentali.

Delle componenti considerate (età, sesso, occupazione, residenza abituale) mentre di tre di esse si può accettare l'assoluta o relativa invarianza nel corso del contratto, è evidente come, rispetto all'età, non ci si possa comportare nello stesso modo; d'altra parte, almeno nelle rilevazioni di base che conducono alla compilazione delle tavole di morbidità, l'influenza del fattore età non può essere posta in discussione. E' vero altresì che le due componenti dei coefficienti di morbidità, cioè frequenza e durata media, presentano una variabilità maggiore dello stesso coefficiente di morbidità, tanto che, a coefficienti molto simili per età più o meno prossime, potrebbe corrispondere una diversa esigenza per il caricamento di sicurezza.

Se si aggiunge poi che, molto spesso, si passa induttivamente al peso delle altre forme di prestazioni con dei *coefficienti di raffronto* alla tavola di morbidità, ne consegue che, a rigore di logica, dovrebbe in questo campo prevalere il

criterio del calcolo dei premi non soltanto secondo l'età a mano a mano raggiunta dall'assicurato, ma, tenuto conto della difficoltà di seguire costantemente per ciascuna testa che rimane in assicurazione l'evolversi di un *premio naturale* siffatto, dovrebbe anche affermarsi la necessità del calcolo di un premio costante per tutta la durata del contratto, tenuto conto e dell'andamento dei *premi naturali* e dei fattori incidenti nel tempo sulla composizione del gruppo.

A favore di questa impostazione militerebbero, inoltre, anche considerazioni di carattere eminentemente pratico, quali la maggiore *conservazione* di portafogli che deriverebbe dal sistema ed una prevedibile maggiore *sicurezza* connessa col necessario accantonamento di riserve diverse ed in aggiunta alle comuni riserve tecniche adottate nel campo dei rami elementari.

Ma occorre d'altra parte tenere presente che i vantaggi sarebbero puramente illusori quando, ad una rigorosa condotta delle rilevazioni di base, non si accompagnasse una notevole invarianza nel tempo degli elementi accertati: e, cioè, che non vi fosse una certa evoluzione del fenomeno, dovuta ad un progressivo orientamento della collettività verso un sempre maggiore *consumo* di prestazioni, dovuto innanzitutto agli stessi continui progressi della medicina ed ai sempre più labili confini tra ciò che certamente appartiene alla prevenzione e ciò che, invece, può inequivocabilmente definirsi come cura di una alterazione manifesta. Queste osservazioni non riguardano tanto i coefficienti di morbilità in sé come dato di base per l'assicurazione diarie malattie — in quanto lo stato obiettivo di inabilità non subisce apprezzabilmente l'influenza del diffondersi della medicina preventiva — quanto gli altri settori di prestazioni, in particolare quelli delle visite mediche e delle spese diagnostiche che da una evoluzione del genere possono essere particolarmente colpiti, nonché l'incidenza sugli stessi ricoveri ed interventi chirurgici, che i progressi terapeutici determinano.

Ora, nel campo specifico dell'assicurazione volontaria malattie, la garanzia della diaria di inabilità ha, sul piano eminentemente previdenziale, un peso molto relativo, sia che si tratti di assicurazione volontaria come integrazione dell'assicurazione sociale, sia che si tratti di prestazioni richieste da persone che ricadono fuori della fascia dell'assicurazione obbligatoria; mentre il rischio che più sfavorevolmente può incidere su una economia individuale o familiare, anche ad un relativamente alto livello di agiatezza, rimane quello connesso a più o meno lunghi e costosi ricoveri o ad interventi chirurgici anche non particolarmente qualificati.

In effetti, è su queste ultime prestazioni che il campo della assicurazione volontaria è essenzialmente orientato e, almeno negli anni più recenti, il fenomeno in questione pare presentare una evoluzione nel tempo, per tutte le età, assai più marcata di quanto non sia la differenziazione che si potrebbe cogliere per le singole età. In queste condizioni la maggiore razionalità dei premi livellati sarebbe puramente formale e nessuna particolare garanzia fornirebbe né alla massa degli assicurati, né alla stabilità dell'impresa.

Sappiamo inoltre che, per un complesso di fattori, i dati pur copiosi che si possono desumere dalla gestione delle assicurazioni sociali non possono essere immediatamente e totalmente trasferiti al campo dell'assicurazione volontaria e che è perciò necessario che questa, in modo del tutto autonomo, possa vagliare i dati della propria esperienza, adattando continuamente i criteri della politica assuntiva alle indicazioni che dalla stessa esperienza le derivano; può darsi che

questo modo di procedere possa avere carattere puramente contingente e limitato alle prime fasi di gestione del ramo, ma costituisce comunque un periodo che è indispensabile affrontare e superare, in quanto ciò è ed è stata premessa costante per la gestione di qualsiasi ramo.

Cioè, in concreto, poiché quello che necessita conoscere è l'incidenza del fenomeno in presenza della polizza e questa non è senza effetti sulla frequenza e sulla consistenza del fenomeno stesso (si potrebbe mutuare dalla fisica il concetto dell'*indeterminazione* causata dall'influenza dovuta al mezzo stesso di osservazione), i dati più sicuramente utilizzabili sono quelli che provengono dalla esperienza diretta delle compagnie che già esercitano l'assicurazione volontaria; viene cioè, in pratica, prima la polizza, poi la rilevazione statistica, in quanto il processo inverso potrebbe, con molta probabilità, non essere immune da spiacevoli sorprese.

La risposta definitiva al problema fondamentale qui affacciato, per ciascun mercato in cui operi l'assicurazione volontaria malattie, può essere cioè soltanto affidata al tempo ed agli sviluppi quantitativi che nel tempo può presentare questo ramo di assicurazione; le soluzioni di prima approssimazione consentono, già nella prima fase alla parte più previdente del pubblico, di cautelarsi apprezzabilmente: lo sviluppo ulteriore facilita rilevazioni a mano a mano più sicure, le quali a loro volta, per ciascun tipo o gruppo di prestazioni, indicheranno le scelte finali.



LE ESPERIENZE STRANIERE



ARMANDO TESTA SPA



L'ASSICURAZIONE MALATTIE NEGLI STATI UNITI



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

Anzitutto pochi cenni di carattere storico. Anche in questo particolare settore, l'esperienza britannica è stata di esempio al mercato USA. Difatti, nella seconda metà del secolo XIX, con la rapida trasformazione dell'economia, da agricola ad industriale, nacque, dapprima in Inghilterra e subito dopo negli USA, il desiderio di un'assicurazione che garantisse al lavoratore la continuità del suo reddito, evitandogli nel contempo l'onere di spese straordinarie.

Pertanto, rispetto agli altri rami, parliamo qui di una assicurazione relativamente giovane, la cui necessità è nata ed è stata sentita solo dopo che la macchina del progresso economico era da tempo in pieno sviluppo.

Dopo alcuni casi isolati di assicurazioni infortuni abbinate alle malattie, venne fondata nel 1863 la *Travelers Insurance Company*, e questo evento rappresenta la data di nascita dell'assicurazione infortuni negli USA. La data è importante perché rappresenta anche la nascita di quel complesso di rami che in gergo americano si chiama *casualty* (che abbraccia, oltre i rischi infortuni, le malattie, la RCD, i furti, l'auto e l'infedeltà). Nel 1890 nacque il primo abbinamento infortuni/malattie. Quest'abbinamento ebbe un enorme successo iniziale e si sviluppò con un introito premi formidabile, tanto che all'inizio del secolo presente rappresentava già il 50% dell'introito globale del *casualty*, e rappresenta oggi, grosso modo, un terzo dell'introito globale dei rami danni dell'intero mercato USA, e questo malgrado il fantastico *boom* del ramo auto.

Ma (ricorderete qui quanto vi dissi in questa sede l'anno scorso, parlando della iniziale difficile esperienza americana nei rami trasporti ed incendio) anche questo ramo ebbe esiti disastrosi. Concorrenza spietata, diffidenza della magistratura verso questa nuova forma assicurativa, polizze restrittive redatte spesso in forma grossolana, lungaggini nelle liquidazioni danni, mancanza di appoggio da parte dello Stato, imposizioni fiscali esose, ecc. sono alcuni dei motivi che contribuirono ai risultati disastrosi. Ma, come del resto sempre accade, l'esperienza è stata salutare. Gradualmente la tecnica assuntiva si perfezionava, le polizze ve-

nivano semplificate nella dizione ed estese nella copertura, la liquidazione dei danni ne usciva avvantaggiata, ma per contro intervennero questa volta fattori politici che determinarono una nuova svolta per il mercato infortuni/malattie. Così dal 1916, anno della prima guerra mondiale, al 1940, con l'intermedio periodo della depressione economica, parecchie Compagnie chiusero il ramo, altre fallirono, mentre le più animose... continuarono a perdere!

La II guerra mondiale costituì invece un incentivo di incremento sotto tutti i profili. L'intenso sviluppo industriale imposto dal riarmo agì come una sferzata, le garanzie vennero ulteriormente perfezionate ed estese, il ramo ebbe un incremento considerevole.

Nel 1950 nacque la polizza americana infortuni/malattie, che disciplinava su di una base uniforme i dettagli di questi rischi. Nel 1956 fu fondata la *Health Insurance Association of America*, che controlla, regola e coordina l'attività delle Compagnie assicurative nel ramo malattie. Da rilevare che la stragrande maggioranza degli affari malattie viene acquisita dalle Compagnie vita; in alcune Compagnie l'assunzione è di competenza sia del ramo infortuni che di quello vita.

Parlare di malattia significa, nel nostro linguaggio, parlare di inattività o invalidità, che può essere temporanea o permanente. Tutti gli esseri umani sono sottoposti al pericolo di un'invalidità e le statistiche ci dimostrano che la grande maggioranza dell'umanità passa uno o più periodi della propria vita in cui è costretta ad una inattività forzata. La Società degli Attuari ci dice, per esempio, che la possibilità di una lunga invalidità (3 mesi o più) all'età di 30 anni è quasi tre volte quella di morte, a 40 anni è 2,5, a 50 è di 1,8. Quindi, sulla trentina, ben un terzo delle persone vanno soggette ad un'invalidità di 3 o più mesi! Invalidità comporta una perdita di reddito e spese da sostenere (ospedaliere, farmaceutiche, chirurgiche, ecc.). Di qui la necessità di una copertura assicurativa. Coll'assicurazione vita si provvede alla perdita economica derivante dalla morte, coll'assicurazione malattie si provvede a coprire gli oneri derivanti da un'invalidità più o meno lunga.

La necessità di questa copertura varia da persona a persona, ci sono quindi diversissime forme di assicurazione: c'è la ditta che desidera un compenso all'assenza dal lavoro di un socio o di un collaboratore, c'è l'individuo che desidera assicurare il mancato reddito, c'è infine quello al quale interessano soltanto gli oneri ospedalieri, ecc.

Tre sono le forme standardizzate più ricorrenti: 1) garanzia sino ad un *plafond* fisso quale rimborso spese medico-ospedaliere; 2) garanzia opzionale, nella quale vengono dettagliate specifiche forme di malattia, con massimali distinti e/o con diarie fisse; 3) garanzia che contempla soltanto i casi gravi, con un *plafond* elevato, ma con una franchigia fissa che varia da 100 a 1.000 dollari.

La costante paurosa inflazione delle spese medico-ospedaliere è alla base dell'espansione assicurativa in questo settore. Nel 1967 abbiamo negli USA ben 164 milioni di polizze malattie, sotto forme diverse. In 57 milioni di polizze si prevede pure il rimborso del reddito mancato. Sempre nello stesso esercizio, le Compagnie hanno corrisposto indennizzi per 11 miliardi di dollari.

Non si conoscono cifre attendibili sull'introito dei premi, dato che questo ramo è non solo esercitato dalle Compagnie di assicurazioni, ma anche da numerosi Organismi e Sodalizi privati.

L'assunzione dei rischi malattia prevede da parte delle Compagnie l'esistenza di uffici tecnici specializzati. La tecnica assuntiva segue da vicino quella del ramo vita, col quale ha diversi punti in comune. La prima condizione che la Compagnia deve rispettare è di operare su di una clientela piuttosto vasta, le cui caratteristiche rispondano a determinate esigenze, onde evitare i pericoli dell'antiselezione. La collaborazione dell'agente acquirente dell'affare è qui ancora più stretta che negli altri rami: difatti è l'agente che imprime all'acquisizione il tono desiderato e che costruisce la qualità del portafoglio; la conoscenza personale dei proponenti è elemento di vantaggio perché garantisce la qualità degli affari proposti. Si richiede all'agente che egli diventi quasi un co-assuntore, dividendo quindi con l'assuntore dell'ufficio tecnico direzionale la responsabilità dell'acquisizione.

Mentre, di massima, la polizza malattie viene stipulata senza visita medica, le Compagnie americane fanno frequente uso del medico fiduciario o dello stesso medico curante del proponente in tutti quei casi ove dalla proposta risultino elementi tali da consigliare un'indagine più approfondita. A questo riguardo è buona pratica del mercato USA che il proponente autorizzi la Compagnia ad assumere sul suo conto tutte le informazioni necessarie, ricorrendo al medico curante od all'ospedale dove il proponente ha avuto occasione di essere ricoverato. Questa stretta collaborazione tra proponenti e Compagnie facilita l'opera dell'assuntore.

L'assunzione dei rischi malattie si basa in America su tre distinti esami: 1) il rischio oggettivo; 2) la professione del proponente; 3) la sua moralità (o *rischio soggettivo*). La tecnica assuntiva raccomanda di limitare la somma assicurata, commisurandola alla capacità economica del proponente, e questo per evitare possibili speculazioni. Di regola, per esempio, la perdita del reddito fisso viene limitata al 60% del guadagno del proponente. Altra buona norma acquisizionale è quella di limitare i *plafonds* degli indennizzi mensili, per esempio, a 800 dollari, e questo perché l'esperienza insegna che il rapporto sinistri/premi subisce un notevole peggioramento nei rischi a capitali elevati. Altra limitazione è prevista per i casi di morte e di invalidità permanente, data la diffusa riluttanza delle buone Compagnie USA ad accettare quelli che si chiamano *jumbo risks*.

L'età limite per quest'assicurazione viene di norma fissata tra i 65 ed i 70 anni; una legge passata di recente provvede a fissare determinati piani di garanzia per le persone in età avanzata. Le polizze sono annuali o, al massimo, triennali, col pagamento anticipato dei premi per il triennio.

Ora, anziché soffermarmi sulle forme standard di assicurazione malattie, forme che si riscontrano più o meno in tutti i mercati, ritengo interessante citare oggi, compatibilmente col tempo concessomi, alcune forme particolari in uso nel mercato americano.

C'è la polizza *FAS* (*Foreign Accident Sickness*) che prevede una copertura abbinata infortuni/malattie per l'assicurato che, per diporto o lavoro, si reca all'estero. La garanzia prevede, oltre alle normali indennità per i casi di morte e di invalidità permanente, il pagamento di un massimale fisso, per rimborso spese medico-ospedaliere, col limite di 52 settimane; è prevista una franchigia di 7 giorni: una specie di polizza viaggi, ma con l'estensione ai rischi di guerra e di malattie tropicali.

C'è la polizza *MMP* (*Mortgage Master Policy*) che assicura colui che contrae un mutuo per l'acquisto di una casa (sistema molto diffuso negli USA). Tale po-

lizza prevede due coperture, una vita ed una malattia. In entrambi questi casi la Compagnia riconosce un'indennità mensile che compensi la perdita del reddito di lavoro e dia la possibilità di pagare egualmente le rate del mutuo. Naturalmente in polizza è fissato il numero dei mesi per il quale è valida la copertura.

C'è ancora la *SCP (Salary Continuance Policy)* che prevede gruppi di lavoratori assicurati dal loro datore. Nel caso di assenza per malattia di uno o più dipendenti, il datore viene rimborsato con un'indennità mensile pari al 60% dell'emolumento corrisposto, e questo per un periodo massimo di 5 anni.

In tutte queste polizze viene regolarmente prevista la franchigia, alla quale del resto gli americani sono molto sensibili, e questo commento vale per tutti i rami.

Spero di avervi dato una breve panoramica del mercato USA, per quanto riflette il ramo malattie. Senza (spero) annoiarvi, ho evitato di citare dati troppo tecnici, statistiche e dettagli che potrebbero a qualcuno apparire indigesti.

Il ramo malattie è il miglior barometro del progresso economico conseguito da un mercato assicurativo. Ho, quindi, ascoltato con piacere l'esortazione fatta di recente dal nostro presidente, sen. Artom, con la quale le Compagnie venivano invitate a sviluppare questo ramo. Mi auguro che verrà presto il giorno in cui pure in Italia si potranno contare decine di milioni di polizze malattie, e questo sarà la dimostrazione migliore del progresso compiuto dal nostro mercato.

LO SVILUPPO DELL'ASSICURAZIONE PRIVATA MALATTIE IN SVIZZERA



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

In Svizzera, secondo la legge del 13 giugno 1911 (LAMA), l'assicurazione malattie non è obbligatoria sul piano federale.

Per contro, i Cantoni sono autorizzati a rendere obbligatoria questa assicurazione e a trasferirne la competenza ai Comuni.

Di questa facoltà i Cantoni hanno fatto uso in maniera assai differente, per cui è impossibile specificare ogni caso e, d'altra parte, uscirai dal tema.

La Confederazione incoraggia l'assicurazione malattie concedendo sussidi alle Casse mutue che adempiono certe condizioni riconosciute dalla legge. Esistono attualmente 900 Casse riconosciute, soggette al controllo dell'Ufficio Federale delle Assicurazioni Sociali.

Dove non esiste l'obbligo di iscrizione ad una Cassa malattie stabilito dal diritto pubblico o dal datore di lavoro, incombe all'interessato stesso, se vuole essere assicurato, d'affiliarsi ad una Cassa mutua o contrarre una assicurazione presso una compagnia assicuratrice che pratichi questo ramo. E arriviamo così al punto che ci interessa.

Le compagnie private d'assicurazione malattie non ricevono sussidi e sono perciò libere di prevedere condizioni generali e particolari. Sottostanno, però, al controllo dell'Ufficio Federale delle Assicurazioni.

Nel corso degli ultimi anni, l'assicurazione privata malattie ha conosciuto una notevole espansione. Essa è praticata attualmente da 13 compagnie dei rami generali e da 7 compagnie del ramo vita.

E' stato solo nel 1930 che l'*Helvetia-Vie*, allora *Union Genève*, ha iniziato per prima in Svizzera ad esercitare il ramo *Assicurazioni Malattie*. E' soltanto dal termine della guerra che questo ramo ha avuto un'espansione che corrisponde ad autentici bisogni del pubblico.

Esso si diffuse dapprima in una cerchia disposta a sopportare i piccoli danni, ma che per quelli più gravi desiderava usufruire di una maggiore protezione assicurativa. Si trattava, cioè, di quella parte del pubblico che aveva compreso come la libera scelta del medico ed il rimborso illimitato dei prodotti farmaceutici rappresentassero vantaggi ottenibili unicamente attraverso contratti stipulati con compagnie private.

Inizialmente, furono concluse polizze individuali che soddisfacevano i bisogni economici della classe media ed in particolare quegli ambienti agiati che ricercavano un'ampia copertura specialmente nei casi che li potevano mettere in difficoltà economiche.

Nel frattempo, anche le assicurazioni collettive malattie trattate dalle compagnie private prendevano sempre più piede, in quanto potevano dimostrare anche in questo campo una conveniente possibilità di copertura.

Grazie all'offerta di adeguate protezioni assicurative, aziende ed istituzioni stipulano assicurazioni collettive in numero sempre maggiore presso compagnie private. I due terzi dei premi incassati in questo ramo provengono oggi, infatti, da contratti collettivi.

Se l'assicurazione privata malattie riesce ad essere sempre più competitiva, questo deriva dal fatto che gli assicurati sopportano in proprio i danni di minore entità (*Bagatellschäden*), molto onerosi dal punto di vista amministrativo. Le assicurazioni coprono, invece, i casi di malattia grave e di lunga durata, come pure i trattamenti costosi e i soggiorni negli stabilimenti ospedalieri.

In un suo recente rapporto, l'Ufficio Federale delle Assicurazioni fa notare che l'assicurazione privata malattie non riceve alcun sostegno da parte delle autorità e dichiara che *«nonostante queste sfavorevoli circostanze, l'assicurazione privata malattie ha fatto enormi progressi negli ultimi anni in molti Paesi e, specialmente, in quelli dove le assicurazioni sociali o il servizio nazionale di sanità sono molto sviluppati. Appare evidente che le assicurazioni private malattie hanno saputo intelligentemente sfruttare le loro possibilità.»*

Non essendo legate a prescrizioni legislative concernenti l'estensione delle prestazioni, crearono forme di prestazioni che l'assicurazione sociale in genere non può offrire come, per esempio, la copertura delle spese d'ospedale per pazienti privati e degli oneri conseguenti a malattie gravi, escludendo i casi minori.»

Ma ritorniamo alle cifre.

Presso le 20 compagnie private esercenti l'assicurazione malattie, il ramo ha registrato nel 1967 una nuova espansione, superiore a tutte quelle degli altri rami.

Infatti, i 113 milioni di franchi di premi incassati superano del 19% l'incasso dell'anno precedente.

Anche le prestazioni assicurative sono fortemente aumentate rispetto all'anno precedente per l'atteggiamento sempre più competitivo delle compagnie private che hanno aumentato le coperture pur mantenendo stabili i premi.

L'aumento del tasso dei sinistri è principalmente dovuto all'assicurazione delle spese di guarigione: il che ha spinto recentemente l'Ufficio Federale delle Assicurazioni a richiedere urgentemente *«che i circoli interessati si portino su un piano di moderazione»*. Lo stesso Ufficio Federale ha dovuto riconoscere che anche

in questo settore l'iniziativa privata è sicuramente in grado di soddisfare certi bisogni ancor meglio delle istituzioni mutualistiche, sebbene queste siano fortemente appoggiate dallo Stato.

Per finire, debbo aggiungere che l'assicurazione privata malattie è riuscita a collocarsi fra i rami assicurativi più importanti, per cui l'Ufficio Federale, nei corsi professionali in materia assicurativa, lo ha riconosciuto come ramo d'insegnamento e d'esame. Anche l'Associazione Svizzera degli Agenti Generali ha ritenuto di dover creare recentemente uno speciale comitato interno.

Questi riconoscimenti ufficiali dimostrano ancor meglio che l'assicurazione privata malattie corrisponde ad un bisogno generale e reale ed ha conquistato una sua posizione nella previdenza mirante alla difesa della salute dell'uomo ed alla sua salvaguardia economica nei casi di infermità.

L'ASSICURAZIONE VOLONTARIA MALATTIE IN FRANCIA

Comunicazione scritta del Dott. G. L. AUBURTIN
Direttore de « L'Argus » - Parigi

Noi avremmo potuto intitolare questa nota: « Riduzione progressiva del campo d'azione dell'assicurazione volontaria malattie ».

In effetti, la storia di questa assicurazione ricalcherà le differenti tappe dell'assicurazione malattia obbligatoria. Le cifre che forniremo più avanti sul numero degli iscritti ai regimi obbligatori successivi dimostreranno che solo una minima parte dei francesi si sottraggono a questi regimi.

Attualmente restano non coperte, perciò disponibili per l'assicurazione volontaria, circa un milione e mezzo di persone, oltre naturalmente tutti gli altri francesi che potrebbero eventualmente contrarre una assicurazione malattia *complementare* a quella obbligatoria.

E' la legge del 1898 sugli infortuni sul lavoro e le malattie professionali che ha stabilito un primo regime legale dell'assicurazione malattie. Nel 1930 ci fu la legge sulle assicurazioni sociali, riformata nel 1945 con il nome di « Sicurezza Sociale », che estese la copertura delle spese mediche e farmaceutiche a tutti i salariati del commercio e dell'industria.

Nel 1935 fu istituito un regime particolare per i *salariati agricoli*.

Nel 1961 fu il turno degli stessi *agricoltori* ed infine nel 1969 (legge del 12 luglio 1966) inizierà l'applicazione di un nuovo sistema che coprirà tutti i lavoratori non salariati.

I primi testi di applicazione di questa legge stanno aparendo sulla Gazzetta Ufficiale. L'assicurazione vi manterrà una certa funzione; noi opereremo ampiamente sul terreno di questo nuovo regime, dato che la cosa è di attualità ed interessa tutte le libere professioni: industriali, commercianti, artigiani, liberi professionisti, cioè a dire circa 5 milioni di persone.

Garanzie limitate

Il finanziamento di questo sistema sarà assicurato dai soli contributi degli interessati, senza far ricorso a sovvenzioni dello Stato. L'ammontare dei contributi sarà fissato in proporzione al reddito degli interessati.

Attualmente sono previste le seguenti cifre:

- contributo minimo = 350 franchi — per anno e per famiglia
- contributo massimo = 1.200 franchi — per anno e per famiglia.

I pensionati pagheranno un contributo *pro-forma*. Tenuto conto di queste modalità di finanziamento, i rappresentanti qualificati degli interessati non hanno ritenuto utile prevedere una copertura totale dei rischi, ma unicamente quella del *rischio grave* per adulti: lunghe malattie, trattamenti costosi, ecc.

Sembra che saranno previste delle modalità tali da indennizzare soltanto i rischi particolarmente onerosi. Ma questa regola ammette un'eccezione per i ragazzi al disotto di 14 anni e per gli anziani, che saranno egualmente coperti contro il *piccolo rischio*, ma senza dubbio con un'importante limitazione.

Organizzazione amministrativa molto decentrata, ma pesante e costosa

Paradossalmente questa esigenza di ridurre al massimo il costo del sistema, specialmente nel campo della gestione, non è stata osservata al livello organizzativo.

Infatti, il sistema farà capo ad una Cassa Nazionale, che raggruppa in tre sezioni le tre categorie di persone interessate, ed a 54 Casse Mutue Regionali le cui circoscrizioni abbracciano tutto il territorio metropolitano, e precisamente:

- 26 Casse Mutue Regionali per gli industriali ed i commercianti
- 26 » » » » » artigiani
- 2 » » » per le professioni libere: 1 Cassa per la Regione parigina
1 Cassa per la Provincia.

Queste Casse Mutue Regionali sono i veri perni del sistema. Però, il « lusso » di una ripartizione dei compiti fra queste 56 Casse si ripercuoterà inevitabilmente sui costi di gestione. Su tale punto gli assicuratori francesi non hanno mancato di mettere in guardia i principali interessati al momento della votazione della legge, ma i loro consigli non sono stati ascoltati. Emerge da questo sistema che ogni Cassa, essendo responsabile dell'equilibrio finanziario delle sue operazioni, dovrà in caso di difficoltà, o chiedere dei contributi straordinari o ridurre l'ammontare delle prestazioni previste.

Sistema pluralistico, compito riservato alle compagnie di assicurazione

Le Casse Mutue Regionali non possono agire direttamente e devono affidare il compito di incassare i contributi e di liquidare le prestazioni a *compagnie di assicurazioni* od a *società mutue* che abbiano ricevuto la preventiva autorizzazione da parte della Cassa Nazionale.

Il testo normativo che disciplina la procedura di autorizzazione lascia una completa libertà, senza controlli né ricorsi, alle Casse Mutue Regionali allorché si tratta della firma delle convenzioni di gestione. Da notare che gli organismi

candidati alla gestione hanno a disposizione 20 giorni, a partire dall'1-4-1968, per presentare alle Casse Mutue Regionali la loro domanda di autorizzazione.

D'altro canto, il decreto riguardante le modalità di funzionamento del sistema, nonché la convenzione-tipo di gestione, impongono agli organismi che saranno convenzionati delle restrizioni che riducono al minimo la loro libertà d'azione e di organizzazione.

Data di applicazione

Il Presidente della Cassa Nazionale per l'assicurazione malattie dei lavoratori non salariati, in una recente conferenza stampa, ha osservato che, tenuto conto dei testi legislativi che debbono ancora essere definiti e delle proroghe che saranno necessarie per l'autorizzazione degli organismi di gestione, l'immatricolazione e l'iscrizione degli assicurati, il sistema non potrà incominciare a funzionare prima dell'1-1-1969 per la prima richiesta di contributi e dell'1-4-1969 per il pagamento delle prestazioni.

Per l'elaborazione delle norme, il Ministro degli Affari Sociali ha costituito, nel settembre 1966, una Commissione consultiva, prevista dalla legge, alla quale partecipa il Presidente della Federazione Francese delle Società di Assicurazioni.

Allorché il sistema riguardante i lavoratori non salariati entrerà in vigore, la quasi totalità (circa il 97%) della popolazione francese beneficerà di una copertura obbligatoria del rischio di malattie.

Le persone che, per la loro situazione, non saranno coperte da alcun regime obbligatorio esistente avranno la possibilità, in virtù delle disposizioni dell'ordinanza del 21-8-67, di aderire volontariamente ad uno dei sistemi di assicurazione sociale: sicurezza sociale, assicurazioni sociali agricole, AMEXA (agricoltori), o lavoratori non salariati, secondo i casi. I decreti di applicazione di questa ordinanza sono in corso di elaborazione.

A norma dell'art. 20 dell'ordinanza del 21-8-67 ed a partire da una data che sarà fissata con un decreto, gli assicuratori privati (compagnie di assicurazioni e mutue) dovranno lasciare a carico degli assicurati che beneficiano di una garanzia complementare una parte (20%) delle spese eccedenti le prestazioni dovute da un qualsiasi regime obbligatorio. I contratti di assicurazione complementare saranno modificati in conseguenza. Questa misura ha, evidentemente, lo scopo di frenare il consumo delle medicine.

Stima del numero degli assicurati

| | |
|---|-------------------|
| Sicurezza Sociale - Regime generale | 31.300.000 |
| Sicurezza Sociale - Regime speciale | 3.100.000 |
| Assicurazioni Sociali - Agricole | 1.500.000 |
| AMEXA (Agricoltori) | 6.000.000 |
| Lavoratori non salariati (1969) | 5.000.000 |
| Non coperti da regime obbligatorio | 1.500.000 |
| | <u>48.400.000</u> |

IL SISTEMA TARIFFARIO DELL'ASSICURAZIONE PRIVATA MALATTIE IN AUSTRIA

Comunicazione scritta del Dott. **CORRADO G. SENDRESEN**
Presidente della « Austria Assicurazioni »

L'assicurazione privata malattie in Austria ha subito un notevole incremento dopo la II guerra mondiale ed è tuttora in fase di espansione, malgrado il sempre maggior sviluppo dell'assistenza obbligatoria.

Essa non si limita ad offrire le sue prestazioni alle categorie non ancora assistite dai trattamenti mutualistici, ma si sta sempre più affermando come assicurazione integrativa. Questa situazione ha, naturalmente, i suoi riflessi sull'impostazione delle tariffe per il ramo malattie. L'assicurazione normale offre prestazioni per l'assistenza ambulatoriale ed ospedaliera, mentre l'assicurazione aggiuntiva all'assicurazione obbligatoria si limita, in generale, all'assistenza ospedaliera. Le tariffe per l'assistenza ambulatoriale prevedono specifiche prestazioni sia come rimborso delle spese per acquisto di medicinali prescritti da medici ordinari o da specialisti, sia per visite mediche diurne o notturne in giorni lavorativi o festivi; gli importi massimi variano da prestazione a prestazione. Per medicinali e prestazioni mediche specialistiche viene rimborsato, in genere, solo l'80% delle note, con un limite massimo annuale. Alcune tariffe prevedono una diaria fissa per cure termali e per il ricovero in convalescenziari a seguito di una degenza ospedaliera.

E' previsto il rimborso delle spese per prestazioni odontoiatriche; così pure, nelle tariffe generali per l'assistenza ambulatoriale, sono incluse le voci relative a tali prestazioni.

Favorita dal forte movimento di viaggiatori, l'assicurazione malattie per i viaggi all'estero ha assunto grandi proporzioni. Si tratta di un'assicurazione in base alla quale la compagnia si impegna a rimborsare, con un limite massimo stabilito, le spese sostenute in seguito ad assistenza medica, durante un viaggio all'estero.

Assumono grande importanza le assicurazioni per le spese in seguito a degenza ospedaliera. Vi sono tariffe per spese di degenza ospedaliera, per intervento chirurgico e per diaria ospedaliera. Sovente, queste tre tariffe sono raggruppate in una sola voce. Agli effetti del rimborso, la retta di degenza dell'ospedale è comprensiva delle spese di ricovero, assistenza e cure.

I rimborsi delle spese per assistenza medica, come pure l'assistenza ambulatoriale, sono suddivisi per voci; attualmente, per le rette di degenza è prevista la possibilità di stabilire importi giornalieri indipendenti dalle spese effettivamente sostenute. Le spese per interventi chirurgici vengono liquidate in base ad un prospetto dei costi per prestazioni chirurgiche. Anche le spese di trasporto in ospedale vengono, in genere, rimborsate. Le spese di parto vengono rimborsate globalmente, tenendo come base una degenza ospedaliera di 10 giorni. Se la degenza è più lunga, si può ricorrere al sistema del rimborso secondo le tariffe applicate in caso di malattia.

Unitamente all'assicurazione globale (ambulatoriale e ospedaliera) viene molte volte stipulata anche l'assicurazione per indennità funeraria. Le condizioni generali di assicurazione vengono elaborate dalle autorità competenti e, quindi, valgono per tutte le compagnie di assicurazioni.

Di norma, le malattie preesistenti alla stipulazione del contratto sono escluse dalla prestazione; tuttavia, contro pagamento di un soprapremio, possono essere ammesse alla copertura. In generale, è prevista dall'inizio del contratto una carenza di 3 mesi, durante la quale non viene effettuata alcuna prestazione. Il periodo di copertura può essere limitato. Tale limitazione può valere per una specifica malattia o per tutte le malattie. Anche la durata della degenza ospedaliera è, in molti casi, limitata: però nelle tariffe aggiornate viene accordata anche illimitatamente.

Le prestazioni valgono non solo per l'Austria, bensì — in caso di soggiorni all'estero — per le spese ivi sostenute.

L'assicurato, però, deve conservare la propria residenza in Austria. Una prolungata permanenza all'estero provoca la risoluzione del contratto. Agli assicurati che non abbiano goduto di prestazioni durante l'anno viene garantito un rimborso parziale dei premi.

Attualmente, è consuetudine rimborsare un importo variante fra due e quattro mensilità di premi.

LA REPLICA DEL RELATORE



Corporate Heritage
& Historical Archive

Dott. RICCARDO SESTILLI

Io sono lieto dell'ampiezza assunta dalla discussione. Infatti, la relazione che ho portato a vostra conoscenza voleva essere soltanto un punto di partenza, offrire lo spunto all'esame di molti problemi; e qui si sono dibattute idee e anche contrapposti punti di vista.

Ci sono gli ammiratori delle assicurazioni sociali, ci sono i detrattori, ci sono coloro che si pongono in una posizione intermedia e cercano di esaminare obiettivamente il problema. Abbiamo ascoltato una vivace critica del sistema e dei difetti, che tutti possono constatare, nel funzionamento delle assicurazioni sociali, ma abbiamo anche ascoltato, dalla bocca del Prof. Coppini, quali siano i gravi, pesantissimi problemi che si pongono a chi deve amministrare questi enti.

Bisogna esaminare obiettivamente questi problemi e rendersi conto che, se la perfezione non è di questo mondo, tuttavia l'opera dell'uomo deve tendere a migliorare, a perfezionare continuamente gli strumenti che la sua stessa mente ha creato.

Ho detto già nella mia relazione, del resto, che consideriamo insostituibile l'opera della previdenza sociale, e particolarmente quella dell'INAM. Si tratta soltanto di riconoscere che, non potendo essere un'opera perfetta e rispondente a tutte le esigenze della collettività nazionale, è logico, è naturale che la fertilità della mente umana cerchi di supplire alle manchevolezze, agli spazi vuoti, attraverso altre forme volontarie, facoltative.

Solo su due punti non sono completamente d'accordo con il Prof. Coppini, ma sono punti di relativa e modesta importanza. Ha accennato il professore che la moltitudine degli enti che esercitano l'assicurazione obbligatoria in Italia è giustificata dalle diverse situazioni e dalla necessità di diverse erogazioni, di diverse prestazioni.

Ora, effettivamente se questa fosse una scala in crescendo, cioè, partendo dal regime generale, esistessero altri regimi più favorevoli, man mano, per categorie di un livello sociale superiore a quello medio, tutto ciò sarebbe giusti-

ficato. Viceversa abbiamo semplicemente prestazioni che sono diverse, secondo le circostanze storiche, secondo le occasioni che hanno determinato la nascita e la crescita dei vari enti.

Infatti, sappiamo che i dipendenti statali si avvalgono delle prestazioni dell'ENPAS, il quale non dà prestazioni dirette ma prestazioni indirette, consistenti in modestissimi importi, che non corrispondono affatto alla spesa sostenuta da colui che si ammali.

E' evidente, quindi, che la grande categoria dei dipendenti statali, che comprende circa due milioni di persone (se si tiene conto anche delle famiglie e dei pensionati), ha bisogno di una maggiore assistenza, di qualcosa che integri le prestazioni delle assicurazioni sociali.

L'altro punto di relativo dissenso è quello riguardante la situazione delle mutue, che continuano ancora ad esistere in Italia, nonostante il programma di unificazione che si trascina da 25 anni.

In realtà, recentemente, sono stati raggiunti degli accordi, per cui oggi queste mutue sono diventate quasi degli organi dell'INAM. Però, un lontano ricordo mi è sorto nella mente: molti anni fa, in Cina, quando esistevano i signori della guerra, quando un certo generale con una buona armata non poteva essere sconfitto o sottomesso, che cosa si faceva? Lo si nominava ministro della guerra, oppure maresciallo, e tutte le sue bande diventavano automaticamente reparti dell'esercito ufficiale.

Si è attuato qualcosa di questo genere: cioè le mutue avevano ed hanno delle ragioni per esistere; si è dato ad esse una divisa d'ordinanza, una investitura legale, lasciandole tuttavia vivere ed operare ancora in forma autonoma.

Gli altri interventi, che si sono susseguiti, sono in parte illustrativi, in più ampia misura, di punti da me soltanto accennati a voce e succintamente trattati nella relazione.

A tale riguardo dobbiamo ringraziare il Comm. Federici e il Dott. Bosia, che hanno esposto con molta chiarezza e competenza la situazione degli Stati Uniti e della Svizzera.

Abbiamo poi avuto interventi di carattere tecnico molto elevati come quelli del Comm. Montani, del Dott. Bianchi, del Dott. Cardano, dell'Ing. Cincotti; in particolare l'intervento del Dott. Bianchi ha portato alla ribalta dei problemi molto gravi, che preoccupano gli assicuratori.

Certo, lo sviluppo della previdenza volontaria sarebbe molto agevolato se fosse possibile ottenere l'eliminazione di una ingiusta discriminazione rispetto alle assicurazioni sociali, consistente nella tassazione fiscale dei premi versati per assicurazioni volontarie.

E' un problema molto serio, anche perché tutti sappiamo come sia difficile ottenere che lo Stato rinunci ad una parte, sia pur piccola, delle sue entrate fiscali, ma indubbiamente merita che l'attenzione degli assicuratori vi si soffermi non tanto nel proprio interesse, quanto in quello degli assicurati o più in generale a favore di una più ampia diffusione della previdenza. Si è detto, impropriamente: « bisogna che le assicurazioni volontarie godano i benefici delle assicurazioni sociali ». In realtà non sono le assicurazioni o gli assicuratori che godrebbero di tali benefici, ma sarebbero gli assistiti, gli assicurati, che otterrebbero il vantaggio di un alleggerimento di imposte.

Abbiamo poi avuto altri interventi che, come ha sottolineato opportunamente l'Avv. Pasanisi, hanno inteso dare una risposta al quesito posto dallo stesso Prof. Coppini, non tanto sul fatto se si debba sviluppare o meno l'assicurazione volontaria, ma piuttosto sull'opportunità di tempo, cioè se sia questo il momento per dare impulso alle assicurazioni volontarie, mentre è in atto uno studio-programma di riforme delle assicurazioni sociali, mentre è in arrivo il sistema della sicurezza sociale. Ora, noi non ci nascondiamo che effettivamente questi studi e questi programmi esistono, ma quando saranno realizzati nessuno lo può sapere.

Si può anche pensare che, poiché sono passati tanti anni per attuare alcune innovazioni (e certe norme, che pure sono nella Costituzione, ancora non hanno trovato pratica attuazione), non dobbiamo attendere all'infinito: dobbiamo cominciare ad agire fin da ora. E mi sembra che gli assicuratori presenti, tutti, si siano pronunciati in questo senso.

Lo scopo principale della relazione era appunto quello di richiamare l'attenzione più degli assicuratori che non dei possibili assicurati sull'opportunità di concentrare gli sforzi e di unire le forze. E' stato citato già due volte oggi il simbolo delle mutue: la mano nella mano. Ma, effettivamente, quando si procede nella penombra, nelle tenebre mattinali (perché questo non è un tramonto ma un'alba, per l'assicurazione malattia), quando la luce ancora non si è diffusa, si sente il bisogno di camminare vicini, fianco a fianco. Perché? Per unire le nostre esperienze, perché — come ci si è riuniti per studiare un tipo di polizza standard, una tariffa standard — dovremmo mettere in comune l'esperienza, dovremmo approfondire le indagini statistiche, dovremmo approfittare degli studi tanto complessi e meritori compiuti dall'INAM e regolarmente pubblicati, per estrarne tutto quello che può essere utilizzato anche ai fini dell'assicurazione volontaria, con opportuni ritocchi, con le modifiche suggerite dall'esperienza e dalle esigenze particolari del settore.

E' quindi un'opera concorde che io penso dovremmo fare nell'interesse non soltanto delle imprese, ma nell'interesse di quel grande bene di cui si parlava, cioè della salute pubblica.

Quante più persone potranno beneficiare dell'assicurazione volontaria malattie, tanto più elevato sarà il nostro contributo alla lotta contro il male.

Vorrei alla fine dire che — come è apparso su un quotidiano di oggi, con una felice espressione — i risultati di questo convegno non dovranno essere chiusi in un cassetto, cioè, uscendo di qui, la materia dovrà ancora essere considerata vivente — come è materia vivente quella che soffre nello stato di malattia.

Noi vogliamo conservarci sani, non vogliamo soffrire, vogliamo unire i nostri sforzi per alleviare le sofferenze altrui.

