

IL DISCORSO CONCLUSIVO
DEL PRESIDENTE



A chiusura di questa Giornata, che ci ha consentito di ascoltare il pensiero di eminenti studiosi ed esperti sull'importante tema dell'assicurazione volontaria contro le malattie, credo doveroso esprimere, interpretando l'unanime applauso dei presenti, un vivo apprezzamento per la relazione così chiara, così lucida, così istruttiva, tenuta dal Dott. Sestilli.

Desidero rilevare soltanto la nota conclusiva, che non è di ottimismo (perché l'ottimismo potrebbe essere fondato sulla pura speranza), ma è fondata positivamente sull'esperienza nostra ed altrui. Ha detto il relatore che esistono già le basi, in Italia, per uno sviluppo di questa assicurazione che, tutelando la salute dei consociati, provvede e assolve, pur se volontaria, a una funzione sociale.

Direi che aiuta anche le altre assicurazioni, ma aiuta soprattutto l'assicurazione sulla vita per la complementarietà tra le due assicurazioni, complementarietà che giustifica perché sia stato l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che si occupa istituzionalmente delle assicurazioni sulla vita, a promuovere questo convegno.

Il vostro ed il mio apprezzamento (credo che tutti i presenti siano d'accordo) va anche agli autori dei numerosi interventi che si sono susseguiti nel dibattito.

Molto interessante è risultato il confronto della relazione Sestilli con l'intervento del Prof. Coppini, perché gli stessi problemi sono stati considerati da due punti di vista non soltanto diversi, ma direi opposti.

E' da ricordare, nell'intervento di Coppini, l'ammissione, sia pure fatta con prudenza e con distinzioni, dell'utilità dell'assicurazione volontaria accanto all'assicurazione sociale, per provvedere alla salute dei membri della comunità.

Il collega Coppini ha sottolineato un aspetto, del resto implicito negli altri interventi, dell'assicurazione volontaria, realizzabile piuttosto in forma indiretta, che non in forma diretta e sanitaria.

Tante ragioni rendono inattuabile, almeno allo Stato, l'assicurazione diretta con le prestazioni sanitarie. E quanto alle prestazioni indirette, Coppini crede che la tecnica delle assicurazioni volontarie si presti bene per l'affiancamento alle assicurazioni sociali.

L'intervento di Coppini ha confermato l'utilità della partecipazione alla discussione sull'assicurazione volontaria malattia di chi conosce a fondo la tecnica delle assicurazioni sociali.

Ricordo ancora, fra gli altri interventi, quelli dei Professori Gino Bergami e Francesco Maria Antonini, i quali furono relatori in uno dei precedenti convegni promossi dall'INA, e, precisamente, in quello della gerontologia svoltosi nell'aprile 1965. La loro attiva presenza è una significativa conferma della continuità dei nostri convegni annuali.

Nel complesso, credo che il bilancio di questa Giornata si possa considerare altamente positivo e suscettibile di importanti sviluppi per l'assicurazione volontaria malattie: un'assicurazione in Italia nascente, ma che — come mi pare sia emerso unanimemente — ha dinanzi a sé l'avvenire. Grazie a tutti.

APPENDICE

CHE COS'È L'ASSICURAZIONE CONTRO LE MALATTIE

Tutti gli uomini desiderano salute e lunga vita. Tranne la morte, probabilmente il genere umano nulla teme quanto le infermità. Queste ci seguono sempre: sono un pericolo dal quale nessuno è esente. Nonostante i grandi e crescenti sforzi della società per prevenire i mali che affliggono l'uomo, molte infermità sembrano essere inevitabili. Per tale motivo, l'adozione di un mezzo moderno atto ad alleviarne le conseguenze finanziarie è divenuta indispensabile. Questo mezzo è l'assicurazione contro le malattie.

Si tratta, come afferma il Donati nel suo pregevole **Trattato del diritto delle assicurazioni private**, di una assicurazione di persone contro i danni; ed anzi il suo carattere indennitario è accentuato perché, prevedendo essa il rimborso delle spese di cura ed, eventualmente, di sepoltura e di diaria di degenza, la valutazione dell'interesse è molto più effettiva che forfettaria. L'assicurazione malattie, tanto in Italia quanto all'estero, è frequentemente combinata con l'assicurazione infortuni. Tra le sottospecie possiamo distinguere, a seconda delle persone assicurate, quelle individuali, quelle familiari (padre, madre, figli), quelle cumulative o collettive o per gruppi; a seconda delle prestazioni dell'assicuratore, quelle complete, quelle delle sole spese mediche e farmaceutiche e quelle delle spese per soli interventi chirurgici.

L'interesse ha per oggetto il corpo ed il valore è rappresentato dalle spese di guarigione.

La prestazione dell'assicuratore nell'assicurazione completa ha per oggetto il rimborso — di solito non integrale — delle spese mediche propriamente dette a tariffa prestabilita, farmaceutiche, di trasporto, di ricovero ospedaliero, degli interventi chirurgici, delle analisi, radiografie, idro ed elettroterapia, apparecchi di protesi e, se convenuto, una diaria; in quelle speciali, ha per oggetto il rimborso delle spese relative alla parte assicurata (solo mediche, solo chirurgiche, ecc.).

La disciplina del rapporto (conclusione del contratto e descrizione precontrattuale del rischio, durata, obblighi ed oneri del contraente, obbligo dell'assicuratore, procedura di liquidazione dell'indennità, estinzione del rapporto) segue molto da vicino quella dell'assicurazione infortuni.

Contrariamente a quanto avviene in altri Paesi progrediti, in Italia l'assicurazione privata malattie ha sempre avuto scarsissimo sviluppo, praticamente sommersa — come dice il Donati — dalla espansione delle assicurazioni sociali.

È importante, a questo punto, accennare alle principali differenze fra assicurazione privata ed assicurazione sociale contro le malattie.

La prima si fonda su un contratto personale a tempo, nel quale — di solito — il contraente e l'assicurato sono la stessa persona. Essa nasce dalla volontà delle parti, le quali, per effetto del contratto stipulato, si obbligano a pagare rispettivamente il premio e la prestazione.

L'assicurazione sociale contro le malattie è basata, invece, su norme di legge e regolamentari obbligatorie per l'ente gestore e per colui che paga il contributo (normalmente, il datore di lavoro). Altre caratteristiche distintive sono la separazione fra l'obbligato al contributo e l'avente diritto alla prestazione, la partecipazione dello Stato agli oneri di bilancio, sotto forma di integrazione finanziaria, ed il fatto che il vincolo assicurativo permane per tutta la durata del rapporto di lavoro.

PRECEDENTI STORICI

Dai rapporti associativi che diedero luogo, nel Medio Evo, alla costituzione delle « **fratellanze artigiane** » (le cosiddette « **corporazioni di arti e mestieri** »), derivò, come felice corollario, l'instaurazione di forme di mutua assistenza molto interessanti sul piano sociale.

Come il concetto della mutualità cominciò a farsi strada presso le corporazioni medioevali non è rilevabile dai documenti storici esistenti. Probabilmente, le prime origini di un rapporto di solidarietà umana, regolato da norme liberamente accettate e sancite da un patto scritto, debbono farsi risalire ai « **collegia** » della società romana. Alcuni autori ricordano che nella Roma repubblicana esistevano i « **patronati** » (per i quali il ricco assisteva il povero) e che Gaio Gracco, poi, istituì « **l'assistenza frumentaria** », ossia la distribuzione gratuita di grano ai poveri ed agli infermi. Comunque, all'inizio della civiltà comunale era già presente in Italia l'idea della « **lega** », intesa sia in senso politico, sia come accordo per il soddisfacimento di determinati interessi comuni in collettività ristrette. L'istituzione ricalcava, evidentemente, le orme del mondo germanico, nel quale fiorivano le cosiddette « **Gilde** ».

Consuetudini tipiche dell'antica « **Gilda** » erano l'osservanza di un rituale per l'ammissione dei nuovi adepti, il giuramento di fedeltà, il patto di reciproca assistenza. Tali consuetudini vennero adottate, in parte, anche dalle libere associazioni italiane, le quali seppero intuire l'importanza dei vantaggi che si potevano ottenere armonizzando taluni fini particolari dei singoli in un fine unitario di gruppo.

Così, nel clima di libertà operosa reso possibile dall'avvento dei Comuni, un nobile spirito di cooperazione si instaurò nelle singole arti, fra maestri, soci e discepoli. E l'impulso spontaneo alla mutua assistenza, al reciproco aiuto si concretò in aspetti e modi che potrebbero essere, ancora oggi, presi a modello per una forma avanzata di sicurezza sociale.

Gli infermi erano curati a spese della corporazione ed assistiti con fraterne premure. Le corporazioni più ricche — anche nei piccoli centri come, ad esempio, Gubbio — avevano i propri ospedali: le vedove dovevano essere aiutate; gli orfani potevano ricevere gratuitamente l'istruzione professionale e tener bottega senza pagamento di tasse.

Per non restare troppo indietro nel tempo, basterebbe considerare la fioritura di iniziative assistenziali che, fino all'800, furono attuate per merito delle gloriose **società di mutuo soccorso** (conosciute altrove sotto i nomi di **friendly-societies** e di **fraternelles**). L'attività mutualistica poté coesistere validamente, integrandone l'opera, con le istituzioni assicurative pubbliche e private.

Accanto a questa attività mutualistica, grande importanza aveva quella assistenziale, svolta da comunità religiose e da privati.

In Italia, le istituzioni religiose ebbero sempre una funzione formidabile nella lotta al pauperismo, attraverso le opere di soccorso agli ammalati, ai vecchi, agli invalidi, attraverso la distribuzione di viveri agli indigenti, l'ospitalità ai perseguitati, ecc. Non c'è chi non ricordi, tra le forme di assistenza frutto dello spirito di carità cristiana, quella particolarmente meritoria degli ospedali, in tutte le specializzazioni che essa assunse: nosocomi, lebbrosari, orfanotrofi, brefotrofi, ecc.

In tempi a noi più vicini, per la generale spinta al progresso data dagli studi matematico-statistici (Bernouilli, Halley) prima e dalla industrializzazione poi, come pure per le pressioni del nascente sindacalismo, il problema dell'assistenza malattia cessò di appartenere alla sfera puramente umanitaria per assumere aspetti decisamente sociali ed economici. In altri termini, la difesa della salute dei lavoratori cominciò ad essere considerata come un dovere di tutti e come una convenienza, per l'apporto dato dai lavoratori stessi alla produzione e, quindi, al benessere della intera collettività. Ne derivò, come logica conseguenza, la necessità di conferire un carattere di certezza alla prestazione di malattia. Nacquero così, un po' dovunque, istituzioni più organizzate, funzionanti su basi propriamente assicurative e con un numero di iscritti sufficientemente elevato.

La transizione fu, ovviamente, più rapida in alcuni Paesi quali gli Stati Uniti d'America, la Gran Bretagna, la Germania, la Svizzera, in cui il fenomeno dell'industrializzazione si era manifestato prima. In tali Paesi, la nascita e lo sviluppo dell'assicurazione sociale malattia (ottenuta dai lavoratori con l'iscrizione obbligatoria a « **casse sanitarie** » aventi carattere settoriale o nazionale) furono pressoché contemporanei

o precedettero di pochi decenni l'avvento in tale campo dell'assicurazione privata.

La comparsa di quest'ultima nel nostro Paese avvenne più tardi ed in condizioni non favorevoli per uno sviluppo adeguato alla sua importanza.

I turbamenti sociali ed economici avvenuti durante e dopo il periodo risorgimentale; la scarsità di capitali che, limitando le nuove attività imprenditoriali in un Paese a forte potenziale demografico, determinava i fenomeni della disoccupazione, dei bassi salari e dell'emigrazione in massa; il crescente deficit del bilancio dello Stato per spese militari e per opere pubbliche, da cui derivava il continuo inasprimento della pressione fiscale; il tutto, accompagnato da una notevole dose di rassegnazione e di fatalismo che si manifestava nelle categorie meno evolute della popolazione: ecco i principali motivi di una situazione che induceva i cittadini a pensare più all'oggi che al domani ed a rifugiarsi sotto l'**ala paterna** dello Stato più che ad assumere una iniziativa personale in fatto di previdenza.

Si tratta di ragioni storiche le quali fanno ancora oggi sentire il loro influsso sulla psicologia del pubblico e che spiegano la tenace persistenza della tesi secondo la quale le prestazioni di malattia, come ogni altra forma di previdenza, dovrebbero rientrare nel campo esclusivo della sicurezza sociale.

IL RISCHIO NELL'ASSICURAZIONE CONTRO LE MALATTIE

L'assicurazione contro le malattie, nella sua più ampia accezione, si propone di prevenire un bisogno eventuale e futuro derivante da uno stato di infermità. Più precisamente, essa copre il rischio di un evento atto a produrre conseguenze economiche sfavorevoli intese sotto il duplice aspetto del **danno emergente** (spese di cura, ecc.) e del **luco cessante** (perdita temporanea o permanente, totale o parziale, della capacità lavorativa).

Quando si consideri un'assicurazione di tipo sociale, il rischio di malattia è, secondo il Pandolfo (« **L'assicurazione malattie** »), un rischio di evento morboso comune, importante incapacità specifica ad un determinato lavoro, la cui copertura trova la sua causa giuridica in un rapporto di lavoro subordinato e, quindi, in un rapporto assicurativo.

Nell'assicurazione privata contro le malattie, occorre distinguere. Può esservi un rischio pieno (di danno emergente e lucro cessante), se riferita a persone non iscritte all'assicurazione sociale; quando, invece, si riferisca a persone iscritte a tale assicurazione, il rischio coperto dall'assicurazione privata riguarda la perdita finanziaria cui l'assicurato è esposto, in caso di infermità, per l'insufficienza delle prestazioni previste dal trattamento obbligatorio di malattia.

Quest'ultima definizione, che limita implicitamente l'ampiezza della garanzia assicurativa, trova la sua ragione d'essere nel disposto dell'art. 1909 del codice civile, in base al quale la prestazione (o il cumulo delle prestazioni indennitarie) non può superare l'entità del danno economico subito dall'assicurato.

In linea generale — salvo, cioè, che non vengano introdotte nel contratto di assicurazione clausole derogatorie — il rischio non può essere tarato da precedenti difetti organici soggettivi (malattie croniche), né aggravato da situazioni capaci di aumentare la probabilità dell'evento (partecipazione volontaria ad esperienze sull'energia nucleare, a campionati sportivi per professionisti, a voli su apparecchi non di linea, ecc.).

Il fattore che esercita maggiore influenza sull'entità del rischio di malattia è l'età; infatti, a partire da una certa età, a causa dell'indebolimento graduale delle forze aumenta il numero annuo dei giorni di malattia ed il rischio per l'assicurazione è crescente. Questo è ciò che mettono in evidenza tutte le tavole di morbilità esistenti; la maggior parte di esse presenta un minimo ad un'età compresa fra i 22 ed i 28 anni, tutte però indicano un aumento rapido della morbilità a partire dall'età 55. Il sesso è un altro fattore che influisce più sullo stato di salute che sulla mortalità: vi sono malattie particolari di ciascun sesso ed altre che colpiscono di preferenza l'uno o l'altro. Così, ad es., i parti aumentano fra i 20 ed i 45 anni il tasso di morbilità delle donne. Osservazioni compiute in epoca recente dalla Krankenkasse di Berna hanno posto in evidenza che il numero medio dei giorni di malattia delle donne sorpassa del 37% quello degli uomini, mentre le rilevazioni fatte da una compagnia francese per 20 anni hanno indicato una percentuale media del 40%.

Anche la professione ha la sua importanza. Esistono malattie che derivano dall'uso giornaliero di sostanze tossiche, da lavori antigienici, dalla ripetizione di movimenti nocivi all'organismo, ecc. Questa componente del rischio interessa l'assicurazione contro le malattie professionali, gestita — come è noto — dall'INAIL.

Ma il genere di lavoro svolto non ha rilevanza soltanto come causa di eventuali infermità specifiche, potendo incidere anche come fattore aggravante di altre malattie. Da una indagine statistica tedesca risulta che nel 1959, su 100 trattamenti sanitari erogati dal Fondo pensionistico per impiegati ed operai, 20,8 si riferivano a malattie del cuore e della circolazione, 15,5 a tubercolosi e 63,7 ad altre infermità, mentre per i soli impiegati si sono avuti 32,2 casi di malattie cardio-circolatorie, 11,3 di tubercolosi e 56,5 casi diversi.

Un quarto elemento è dato dalle condizioni ambientali (chi vive, ad esempio, in località site sulle alture o in climi secchi è meno soggetto ad ammalarsi di chi abita in zone basse ed umide).

Altre cause, naturalmente, possono influire sulla morbilità (tare ereditarie, eccessi alimentari, vita disordinata, ecc.), ma di queste non è possibile tener conto nel calcolo della probabilità di malattia.

Si tratta, come è facile comprendere, di un calcolo molto complesso. Gli attuari tendono a qualificare il rischio di malattia come **rischio dinamico**, tenendo conto anche della mutevolezza delle condizioni meteorologiche, che può determinare sensibili variazioni in più o in meno nell'ampiezza e frequenza del fenomeno della morbilità.

PROBLEMI MEDICI, SOCIALI ED ECONOMICI DELL'ASSISTENZA MALATTIA

La crescente dipendenza dell'uomo moderno dalla società di cui egli fa parte è resa più evidente, fra l'altro, dai nuovi aspetti assunti dall'assistenza sanitaria. Una volta, in epoca peraltro ancora recente, l'individuo era chiamato a far fronte personalmente alle conseguenze dell'evento dannoso, sopportandone gli oneri diretti ed indiretti (trattamenti curativi e perdita di guadagno). La malattia era, quindi, un fatto privato e, come tale, non interessava la comunità, purché non si trattasse — beninteso — di forme infettive.

Oggi la situazione è profondamente cambiata. La considerazione che ogni cittadino è una cellula vitale di un organismo sociale ha fatto sì che la salute dell'individuo venga riconosciuta come un bene dell'intera collettività.

Questo concetto, sempre radicato nel profondo della coscienza umana, si è prepotentemente affermato in questi ultimi decenni, perché i cittadini hanno acquisito una piena consapevolezza della loro importanza sociale e perché lo Stato moderno ha avocato a sé la risoluzione dei grandi problemi di interesse nazionale. Siamo di fronte ad un progresso sul piano sociale che va di pari passo col progresso manifestatosi in altre sfere dell'attività umana e che ha acquistato l'aspetto di un fenomeno inarrestabile. Espressione solenne di questa enunciazione sono gli articoli 32 e 38 della nostra Costituzione, dei quali il primo sancisce che « **La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività** » e il secondo che « **ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e alla assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria, ecc. . . .** ».

Purtroppo, gli Enti che provvedono attualmente all'assistenza sanitaria si trovano spesso in crisi finanziarie anche gravi: hanno una burocrazia pesante; erogano prestazioni diverse, essendo troppo difforme la loro struttura; gli assistiti, coloro che prestano assistenza, gli stessi Enti sono scontenti del loro funzionamento. Perciò, l'opinione pubblica, sensibilissima a problemi del genere, appare disorientata e chiede dei rimedi.

Per realizzare meglio gli obiettivi enunciati nella Costituzione, si tende a giungere a un compiuto sistema di sicurezza sociale e il capitolo VII del piano quinquennale di sviluppo economico e sociale per il 1966-1970 dichiara che, a tal fine, occorre riformare, con la necessaria gradualità, l'attuale sistema, nel quale la dispersione delle competenze, la molteplicità degli Enti gestori, la difformità dei criteri di erogazione delle prestazioni, la dispersione e la polverizzazione della spesa ostacolano il conseguimento di un soddisfacente grado di efficienza e di equità, nonostante l'elevato impegno economico che grava sulla collettività e, in particolare, su alcune categorie.

Il programma si svolgerà su queste direttive:

a) Il Ministero della Sanità, realizzando un servizio sanitario nazionale, articolato a livello comunale, provinciale e regionale ed utilizzando le diverse attività del settore, pubbliche e private, dirigerà e coordinerà la politica sanitaria del Paese. Il servizio sarà finanziato dallo Stato attraverso il contributo dei cittadini, in proporzione alla rispettiva capacità contributiva.

b) Le prestazioni sanitarie, preventive, curative e riabilitative saranno estese a tutti i cittadini.

Allo scopo di rendere efficiente ed organico il servizio sanitario, si renderà necessaria la fusione, da attuarsi gradualmente, degli istituti mutualistici e degli Enti pubblici operanti nel settore della mutualità. Continueranno a svolgere la loro libera attività le case di cura e gli Enti assistenziali privati. L'estensione della protezione sanitaria globale a tutti i cittadini richiederà l'aumento e l'adeguamento qualitativo dei diversi presidi sanitari. Il primo di questi presidi sarà l'Unità Sanitaria Locale. Questa assicurerà la tutela della salute del cittadino a livello dell'intervento sanitario di base, con funzioni eminentemente preventive di medicina sociale e di educazione sanitaria e riassumerà in un'unica struttura tutte le competenze e tutte le funzioni sanitarie che attualmente si ripartiscono a livello locale, tra un numero notevole di organismi diversi. La rete attuale degli ambulatori pubblici gestiti dai comuni costituirà l'estrema articolazione periferica del sistema.

Questo sistema di sicurezza sociale, ottimo sul piano teorico, si presenta di difficile realizzazione.

Lo stesso organo dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (« **Informazioni INAM** ») ammette, nel n. 3 del mese di marzo c.a., che « **La programmazione delle prestazioni assistenziali nell'ambito di un sistema di sicurezza sociale è basata su di un compromesso tra due termini purtroppo discordanti: i mezzi disponibili e le prevedibili esigenze, stabilite partendo da dati di carattere obiettivo (statistiche, considerazioni epidemiologiche, morbosità, mortalità, ecc.). L'esperienza... dimostra che il ricorso degli assistiti alle prestazioni, e cioè i consumi nel settore sanitario, non seguono criteri obiettivi, essendo molto spesso determinati da fattori emotivi, da suggestioni individuali e collettive, da condizionamenti reclamistici** ».

Imprescindibili ragioni di bilancio hanno indotto i vari Enti mutualistici a promuovere campagne presso i loro iscritti per ridurre l'eccessivo consumo dei medicinali (si afferma, giustamente, che **i farmaci possono efficacemente curare le malattie, ma anche provarle, se non usati in maniera corretta**). Si sono mantenute (e aggravate, col tempo, per effetto del diminuito potere d'acquisto della moneta) limitazioni nei rimborsi degli onorari per visite mediche e delle spese di degenza presso gli ospedali e case di cura, che debbono, quindi, essere integrati a spese dei mutuatati: a prescindere dal disagio psicologico di chi, per il solo fatto di essere assistito da un Ente mutualistico, viene visibilmente mal tollerato quando è costretto a ricoverarsi in clinica.

A questo si deve aggiungere il forte sconto (18%) imposto alle case di prodotti farmaceutici su tutti i medicinali ritirati gratuitamente dagli iscritti presso le farmacie, il cui costo viene per convenzione addebitato agli Enti.

Nel corso dei lavori relativi all'assemblea della *Farmunione* (Associazione Nazionale dell'Industria Farmaceutica Italiana), svoltasi a Roma il 13 marzo, è stato rilevato, in materia mutualistica, l'insistente orientamento che mira a risolvere la crisi finanziaria degli enti con interventi a carico dell'industria farmaceutica nazionale, alla quale è così « **preclusa ogni possibilità di sviluppo** ».

Il numero delle specialità medicinali in commercio in Italia è diminuito del 9%, riducendosi a 10.524. Ciò dimostra, da un lato, l'avvio ad una situazione di normalità, ma dall'altro « **lo stato di grave difficoltà del settore** ».

La spesa mutualistica, secondo la *Farmunione*, appare la risultante di una serie di rapporti interdipendenti: il problema va, quindi,

affrontato all'origine. « **Un razionale intervento deve essere effettuato al momento della visita medica, dalla quale hanno origine le varie prestazioni sanitarie, tra le quali quella farmaceutica** ». La proposta della *Farnunione* prevede, pertanto, il pagamento da parte dell'assistito della prima visita per ogni ciclo di malattia. Questa tesi collima con l'opinione del prof. Coppini, ex Presidente dell'INAM, secondo il quale, per evitare l'eccessivo ricorso alle prestazioni assistenziali da parte degli iscritti, « **sarebbe desiderabile una partecipazione anche minima dell'assistito alla spesa farmaceutica, onde evitare un passivo annuo sempre più accentuato** ». Del resto — ha detto il prof. Coppini — « **perfino nei paesi socialisti l'assistito partecipa alle spese dei farmaci** ».

Anche i medici hanno validi motivi per essere preoccupati dall'attuale situazione. Essendo i principali « **artefici di un'organica protezione della salute** » (come ha osservato il dott. Gian Carlo Bruni, Dirigente centrale dell'Ufficio Sanità di Cremona, in un discorso pubblicato nel quotidiano *Il Popolo* del 17 marzo), i medici avvertono giustamente « **il pericolo insito in alcune tendenze di accentramento, di burocratizzazione, di statizzazione della medicina e, pertanto, sono in allarme nel timore di perdere, con la prerogativa della libera professione, uno dei pilastri fondamentali del rapporto di fiducia medico-malato** ».

Non deve essere, d'altra parte, sottovalutata la diminuzione di prestigio che alla categoria dei medici può derivare dalla **standardizzazione** dei metodi diagnostici e terapeutici, per effetto del sistema delle consultazioni ambulatoriali, che procurano ai medici stessi compensi irrisori e risultano, di solito, affrettate ed insoddisfacenti, data la brevità del tempo disponibile.

Per le ragioni precedentemente esposte, gli iscritti agli Enti mutualistici corrono il rischio di non curarsi bene, o di doverlo fare in buona parte a spese proprie, con conseguente onere finanziario non da tutti sostenibile: è proprio questo, in ultima analisi, il rischio che l'assicurazione privata contro le malattie intende eliminare. La conservazione della salute dei cittadini è un dovere della collettività — lo abbiamo già detto — ma non solo di essa. Anche i singoli debbono sentire questo dovere, per la parte che ad essi compete.

L'assicurazione sociale deve essere considerata quella che è: una base protettiva indispensabile, pur nei suoi non pochi limiti.

Chi può, deve integrare questa base con un atto assicurativo volontario: soltanto così può evitare di divenire, in caso di malattia, un peso per la sua stessa famiglia, di cui ha la responsabilità, e di far ricadere indirettamente sulla società il peso della sua imprevidenza.

I CONGRESSI INTERNAZIONALI DI DUBLINO E SYDNEY SULL'ASSICURAZIONE VOLON- TARIA CONTRO LE MALATTIE

DUBLINO, settembre 1966

Un importante precedente della « **Giornata dell'assicurazione volontaria contro le malattie** » può essere considerato il Congresso internazionale svoltosi a Dublino dal 5 all'8 settembre 1966, per iniziativa delle compagnie irlandesi esercenti tale ramo.

Al predetto Congresso parteciparono 110 delegati di 13 Paesi (Australia, Brasile, Canada, Finlandia, Gran Bretagna, Irlanda, Norvegia, Nuova Zelanda, Spagna, Sud-Africa, Svezia, USA e Zambia).

Dopo il discorso introduttivo del Presidente del Congresso, in cui veniva posto in evidenza « **il divario esistente fra il bisogno, che appare senza limiti, del pubblico ed i mezzi limitati di cui i servizi di assistenza malattie dispongono** », ebbero inizio i lavori, suddivisi in cinque sessioni.

Riportiamo, per ognuna di esse, i passi più significativi dei principali interventi, da cui è possibile trarre utili notizie in merito all'orientamento degli esperti dei vari Paesi su questa importante materia:

1^a SESSIONE

Per una struttura ideale dell'assicurazione malattie (Approaches to an ideal Benefit Structure)

Mr. Jack CADE (Australia)

Senza dubbio, la struttura ideale di un'assicurazione malattie dovrebbe contemplare:

- una prestazione base per cure ospedaliere;
- l'intera gamma di possibili servizi da parte di medici specialisti.

Quando il fondamentale concetto del **self help** (aiuta te stesso) è arricchito con la mutualità, come elemento essenziale di ogni collettività progredita, si può ottenere la struttura ideale con la partecipazione, non imperativa, dello Stato. In altre parole, lo Stato dovrebbe aiutare coloro che aiutano se stessi; così nascerebbe una forma di colleganza (**partnership**) fra assicurazione malattia e Stato.

La parte del costo che dovrebbe restare a carico del contribuente-assicurato non dovrebbe essere inferiore al 10% né superiore al 20% del costo totale. In Australia, questa percentuale è compresa fra un minimo del 10% ed un massimo del 35%. L'assicurazione dovrebbe prevedere un adeguato periodo di carenza, non applicabile al caso di infortunio.

Il vecchio sistema assicurativo australiano prevedeva un rapporto a tre: l'organizzazione assicurativa, l'assicurato ed il medico o l'amministrazione dell'ospedale. Nel 1946 questo sistema, denominato **service benefit** (a prestazioni dirette), fu soppiantato dal **reimbursement system** (a rimborso).

In Australia, il rimborso non può superare il 90% delle spese mediche.

Mr. Eric ROBERTS (Gran Bretagna)

Il pubblico, in generale, chiede un ampio ed efficiente tipo di copertura al più basso costo possibile, mentre coloro che offrono le prestazioni sanitarie (ospedali e medici) chiedono compensi adeguati ai servizi prestati.

L'individuo medio dice: « **Io voglio** », senza sapere realmente quali siano i suoi bisogni, mentre gli altri dicono « **Egli pretende** », senza sapere cosa egli desideri realmente. Quel che effettivamente occorre si trova fra ciò che è richiesto da una parte e ciò che viene offerto dall'altra.

In Gran Bretagna, funzionano tre forme tipiche di assistenza medica: **Hospital Service Plan**, **Western Provident Association** e **BUPA**.

Il requisito base di una tabella di prestazioni è la continuità di queste. Ciò dà, come nell'assicurazione vita, un senso di sicurezza: una sicurezza contro lo speciale rischio della malattia.

Il sistema ideale dell'assicurazione malattie è quello in cui l'iscritto non ha motivo di temere esclusioni o restrizioni nelle prestazioni assicurative, una volta che il rischio sia stato accettato. Le prestazioni dovrebbero costituire « **un aiuto** », piuttosto che un indennizzo totale.

Mr. W. FREAMO (Canadà)

Nel Canadà esistono due tipi di assistenza malattia: **hospital services e medical services.**

Il pubblico deve essere conscio del costo dell'assistenza sanitaria. È sconsigliabile ricorrere, per l'integrazione delle prestazioni, allo strumento fiscale, in quanto verrebbe oltrepassato il limite economico del servizio.

2^a SESSIONE

L'assicurazione volontaria contro le malattie e la professione medica (Voluntary Health Insurance and the Medical Profession)

Mr. John DYTER (Gran Bretagna)

In Gran Bretagna vige, come è noto, il **National Health Service.** Tuttavia, questo non esaurisce il bisogno di prestazioni assicurative volontarie. Vi sono, infatti, categorie di professionisti e di commercianti, di persone con redditi superiori, che rilevano molti inconvenienti nel trattamento obbligatorio, fra i quali l'impossibilità di scegliere un proprio medico o la casa di cura, la mancanza di *comfort* nel ricovero in corsia, ecc.

Mr. A. J. EADE (Australia)

Il rapporto (di collaborazione) fra assicurazione volontaria malattia e professione medica è basato su due principi fondamentali: **il desiderio di offrire ed il bisogno di ricevere un servizio.** Questi due principi devono essere considerati come una base indivisibile. L'assicurazione volontaria contro le malattie è semplicemente « **il riunirsi** » di più persone in un gruppo, al fine di suddividere fra tutti i costi dei rischi di malattia individuali e di poter ottenere il migliore servizio possibile da parte di una organizzazione specializzata (dotata di esperienza).

Questo miglior servizio da parte dell'assicurazione volontaria malattia va inteso anche nel senso di potersi avvalere dell'assistenza medica ritenuta migliore.

Vi sono, pertanto, implicate due responsabilità: quella dell'assicuratore (che deve operare con efficienza, cioè con senso di lealtà e

di correttezza) e quella del medico, che deve porre la massima cura ed attenzione nell'assistere il paziente. Infatti, dal modo di operare del medico (n.d.r.), che implicitamente non deve eccedere nella prestazione dei suoi servizi, dipende in gran parte il futuro dell'assicurazione volontaria contro le malattie.

Pertanto, una stretta collaborazione fra le organizzazioni assicurative e la categoria dei medici è indispensabile. Fra assicuratori e medici dovrebbero avvenire, su scala nazionale, frequenti incontri a scopo di consultazione e di studio, su ogni aspetto dell'assicurazione malattia, come l'estensione del servizio, l'efficienza della sua amministrazione ed il costo relativo. Ogni sforzo deve essere compiuto per mantenere fra le due parti una totale comprensione delle rispettive responsabilità. In particolare, **il regime dei compensi** (tariffe assicurative e tariffe mediche) deve essere stabilito di comune accordo. Ogni revisione di tariffe mediche causata dal mutare delle condizioni economiche deve essere notificata agli assicuratori in tempo utile, per la necessaria revisione dei tassi. Questa è la sola strada con la quale si può mantenere nel pubblico una favorevole visione dell'assicurazione volontaria contro le malattie.

Naturalmente, vi dovrebbe essere un certo qual controllo, o partecipazione, da parte del Governo.

L'assicurazione malattie non solo consente il rapporto tra il paziente ed il suo medico personale, ma favorisce addirittura questo rapporto. La conoscenza delle reazioni istintive del paziente facilita la ricerca diagnostica e la scelta del trattamento terapeutico, con conseguente migliore risultato per la salute del paziente stesso. Gli assicuratori debbono astenersi dalla costituzione di servizi medici diretti, in quanto ciò violerebbe l'essenziale principio delle due responsabilità. Così, si dovrebbe evitare la liquidazione diretta degli onorari al medico di fiducia del paziente.

3^a SESSIONE

Il controllo ed il contenimento dei costi amministrativi (The Control and Reduction of Administrative Costs)

Mr. H. WYNDHAM JONES (Canadà)

È superfluo dire che il controllo e la riduzione dei costi sono essenziali nella nostra attività, come in qualsiasi altra. Vi è uno slogan che raccomanda: « **Va dal tuo medico, se necessario, ma accertati che sia veramente necessario** ». Si supponga che una gestione assicurativa

riguardi 700.000 persone e che ciascuna di queste spenda 5 dollari per ogni visita medica. Se si riuscisse a convincere gli assicurati a rinunciare una sola volta l'anno ad una visita superflua, si risparmierebbero 3,5 milioni di dollari.

Uno degli strumenti che viene impiegato in Canada per rendere gli assicurati consapevoli del costo dei servizi assicurativi contro le malattie è un opuscolo denominato « **Experience Rating** », nel quale vengono posti in evidenza il costo dei servizi offerti, il costo della gestione ed altri oneri. Per ogni gruppo assicurato vengono stabiliti ogni anno un prospetto dei costi e le relative tariffe. In tal modo, il datore di lavoro, che paga il 50% dei premi, viene a conoscenza che ogni prudente ed oculata utilizzazione del piano assicurativo si traduce in una diminuzione di spesa per lui e per i suoi dipendenti.

C'è una grande differenza fra l'amministrazione di un **piano di gruppo** e quella di un **piano individuale**, in quanto sono differenti le tecniche di assunzione, l'incasso dei premi, la liquidazione delle prestazioni, ecc. Tuttavia possiamo dire, in linea generale, che su ogni dollaro di incasso delle compagnie canadesi esercenti l'assicurazione malattie, il 92,10% è speso per la liquidazione delle cure mediche ricevute dagli assicurati ed il 5,23% per costi di gestione dei contratti, oneri di acquisizione ed incasso. Tali costi sono considerati fra i più bassi del Continente nordamericano.

Mr. E. W. R. GRACE (Australia)

Osserva che in Australia la percentuale dei costi di gestione e vari raggiunge mediamente il 15% dell'incasso premi e suggerisce di stabilire dei criteri uniformi nella definizione dei costi medesimi.

Mr. E. DAILY (USA)

Informa che i costi amministrativi per l'assicurazione malattia in USA raggiungono approssimativamente il 10% dell'incasso premi annuo. Ma in questi sono compresi altri oneri, come quello relativo alla propaganda per l'educazione sanitaria.

Mr. D. B. CARNACHAN (Nuova Zelanda)

Ai fini della riduzione dei costi, raccomanda un oculato controllo del bilancio in ogni voce, una organizzazione moderna dei servizi e degli strumenti di lavoro, una spiccata specializzazione dei collaboratori di vendita.

4^a SESSIONE

L'assicurazione volontaria contro le malattie per le persone meno favorite, con particolare riferimento al regime dei tassi ed alla selezione dei rischi (Voluntary Health Insurance for the Disadvantaged with special reference to subscription rating and health screening)

Mr. J. W. CASTELLUCCI (USA)

Il termine **disadvantaged** (individuo meno favorito) con riferimento all'assicurazione contro le malattie va inteso non soltanto in senso economico, ma anche in rapporto all'età ed alle condizioni sanitarie, che possono dar luogo a speciali rischi (o **rischi aggravati**). Scopo dell'assicurazione volontaria contro le malattie deve essere quello di andare incontro alle necessità di questi individui e di farlo in modo costruttivo.

Negli Stati Uniti esiste una organizzazione mutualistica contro le malattie denominata **Blue Shield**, i cui **piani assicurativi** si fondano sull'applicazione di un **premio medio generale (Community rating)**. Negli ultimi tempi, però; ragioni di concorrenza hanno spinto l'organizzazione a ricorrere a **tariffe selezionate per gruppi (merit rating)**, che si applicano a tutti gli appartenenti al gruppo assicurato. In base a questo principio, coloro che sono giovani ed in buona salute partecipano ai costi assicurativi di coloro che sono più soggetti a malattia. Anziché procedere ad una vera e propria selezione dei rischi, il Blue Shield applica un periodo di carenza o **clausole di esclusione**, per determinate **condizioni sanitarie pregresse (pre-existing conditions)**.

Recentemente, con una speciale legge, è stato posto a carico dello Stato un contributo all'assicurazione individuale di malattia per le persone di età superiore ai 65 anni.

Mr. C. Howard SHILLINGTON (Canadà)

Uno speciale modello assicurativo denominato **Community Enrollment Plan** è stato sperimentato con successo in Canadà presso le comunità rurali. L'assunzione dei rischi viene effettuata con l'ausilio delle autorità locali ed il pagamento dei premi viene effettuato dagli interessati presso le locali banche, con alcune facilitazioni. Anche qui, il premio viene fissato su base comunitaria.

Per la popolazione indigente, sono previste delle **coperture per cure mediche (Medical Care-Coverages)** totalmente finanziate dal bilancio pubblico.

Con la partecipazione di un contributo statale, si potrebbe pensare anche ad una assicurazione volontaria per le **persone meno favorite**.

Tornando alla questione dei **Community Eurolment Plans**, va chiarito che queste coperture si fondano sul seguente principio: ottenendo in un gruppo il 75% di adesioni, il rischio risulta omogeneamente distribuito; se, invece, di un gruppo viene assicurato soltanto il 25% dei componenti, il risultato è negativo, perché favorisce il fenomeno dell'**anti-selezione** (i soggetti tarati sono più propensi ad assicurarsi di quanto non lo siano le persone sane). Per l'esperienza avuta in passato, si può affermare che in un gruppo medio il 75% di adesioni può essere considerato normale se il gruppo stesso è composto di 25 o più persone. Se, invece, il gruppo considerato è composto di poche persone, occorre circa un 90% di adesioni.

Per quanto riguarda l'epoca dell'adesione, questa non dovrebbe oltrepassare un determinato termine (per esempio, due-tre mesi) dall'assunzione di ogni singolo componente del gruppo, sempre per evitare l'antiselezione, o in altre parole il **deterioramento** del gruppo (altrimenti si correrebbe il rischio che individui poco propensi all'assicurazione malattie diano l'adesione soltanto quando il loro stato di salute comincia a peggiorare).

5^a SESSIONE

Una federazione internazionale delle organizzazioni esercenti l'assicurazione volontaria contro le malattie (An International Federation of Voluntary Health Insurance Organisations)

Mr. J. F. O'MAHONY (Irlanda)

In Europa il CEA, che ha sede a Parigi, organizza conferenze sull'assicurazione malattia, nel quadro della propria attività.

Al momento attuale non è possibile stabilire in quale parte del mondo potrebbe essere istituito un **Foro** internazionale per uno scambio di idee sull'assicurazione volontaria contro le malattie.

Ciò è quanto meno sorprendente, se si pensa che circa 200 milioni di persone nel mondo sono coperte dall'assicurazione volontaria contro le malattie e se si considera altresì la quantità di interessi che si hanno in comune. Sarebbe, dunque, molto opportuno perpetuare la collaborazione stabilitasi nell'assemblea. Questa collaborazione consentirebbe di realizzare almeno tre scopi:

1) assicurare la continuità del rapporto, attraverso una serie di ulteriori convegni o, meglio, istituire una federazione internazionale capace di rappresentare tutte le organizzazioni operanti nel settore dell'assicurazione malattie;

2) permettere uno scambio di informazioni tra i membri della federazione stessa e l'edizione periodica di un bollettino, con notizie fornite dai vari Paesi;

3) consentire l'eventuale trasferibilità di un contratto di assicurazione contro le malattie in uno qualsiasi dei Paesi membri, in caso di espatrio dell'assicurato.

Mr. DAILY (USA)

Propone che all'auspicata organizzazione internazionale venga dato il nome di **International Voluntary Health Insurance Federation (IVHIF)**.



SYDNEY, aprile-maggio 1968

Il secondo Congresso internazionale sull'assicurazione volontaria contro le malattie si è svolto a Sydney (Australia) dal 29 aprile al 3 maggio 1968.

Il Congresso è stato promosso dalle organizzazioni assicurative malattie australiane, che hanno costituito un apposito Comitato.

Scopo del Congresso era quello di **« rendere possibile un incontro fra le organizzazioni e le persone che hanno un particolare interesse per l'assicurazione volontaria contro le malattie »**.

Fra gli argomenti in discussione figuravano l'istituzione di una Federazione internazionale **« ed altri problemi di vitale interesse per lo sviluppo dell'assicurazione volontaria malattie nel mondo »**.

GRAFICI E TAVOLE STATISTICHE

1953-1967 ● INCASSO PREMI DI ASSICURAZIONE VITA E DANNI (LAVORO DIRETTO ITALIANO).

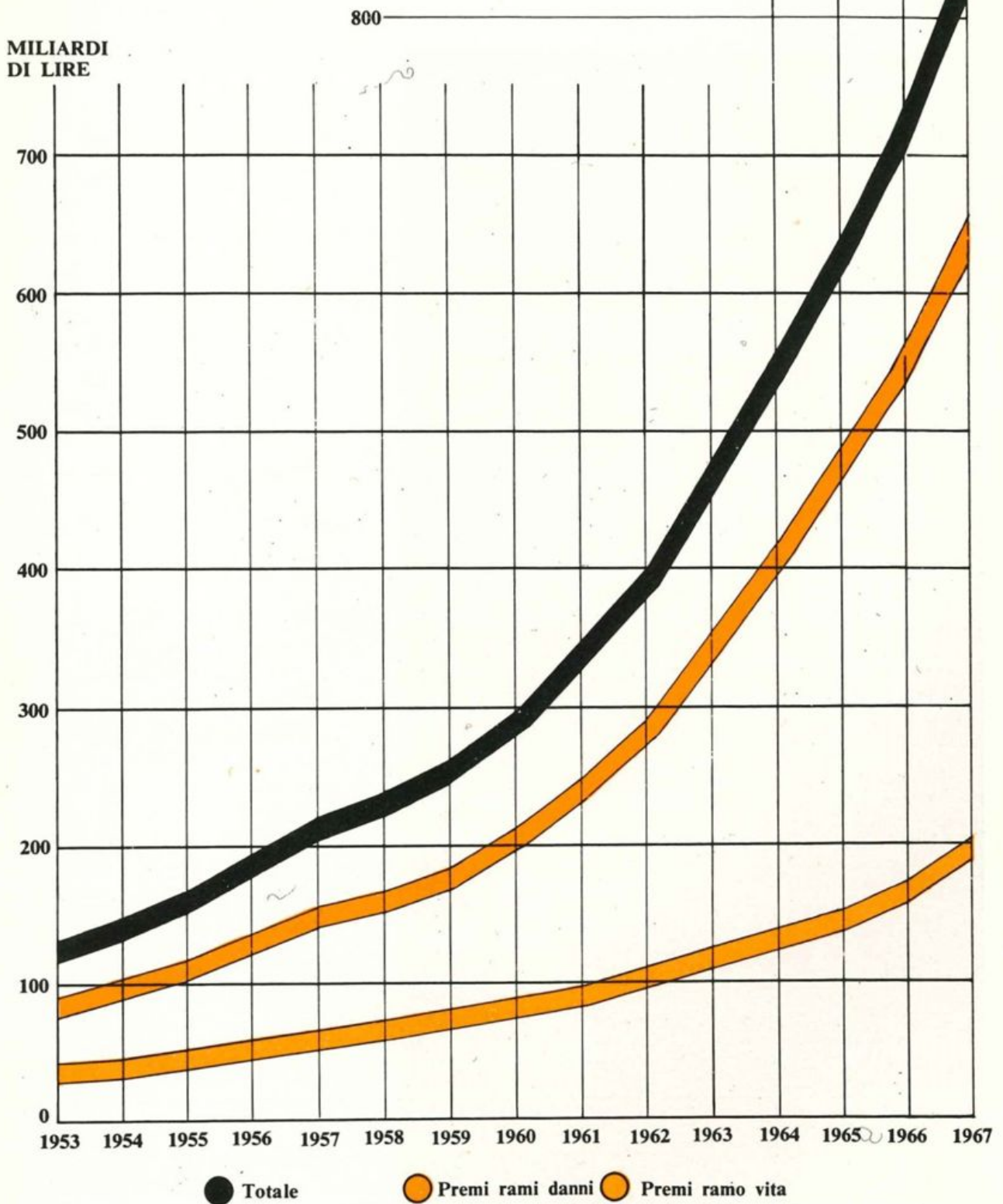
Fonti: « Le assicurazioni private in Italia », Ministero Industria e Commercio, 1966 - Estratto « Annuario ANIA » 1967 - Conferenza stampa del Presidente dell'ANIA, 7 marzo 1968.

TAB. I

ANNO	VITA	DANNI	TOTALE
	<i>in miliardi di lire</i>		
1953	41,3	91,1	132,4
1954	46,3	102,2	148,5
1955	51,5	117,2	166,7
1956	59,3	135,5	194,4
1957	65,2	156,0	221,2
1958	71,6	166,5	238,1
1959	79,2	182,4	261,6
1960	88,5	211,4	299,9
1961	99,2	247,0	346,2
1962	110,8	289,0	399,8
1963	125,9	353,1	479,0
1964	138,7	418,1	556,8
1965	152,6	486,5	639,1
1966	170,2	561,7	731,8
1967	195,6	638,6	834,2

N. B. Attualmente, i premi annui per assicurazioni malattie corrispondono approssimativamente al 3 per mille dell'incasso totale rami danni ed al 2,5 per mille dell'incasso totale vita e danni.

1953-1967 ● INCASSO PREMI DI ASSICURAZIONE VITA E DANNI
(LAVORO DIRETTO ITALIANO).



INCASSO PREMI PER L'ASSICURAZIONE VOLONTARIA MALATTIE IN ALCUNI PAESI.

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

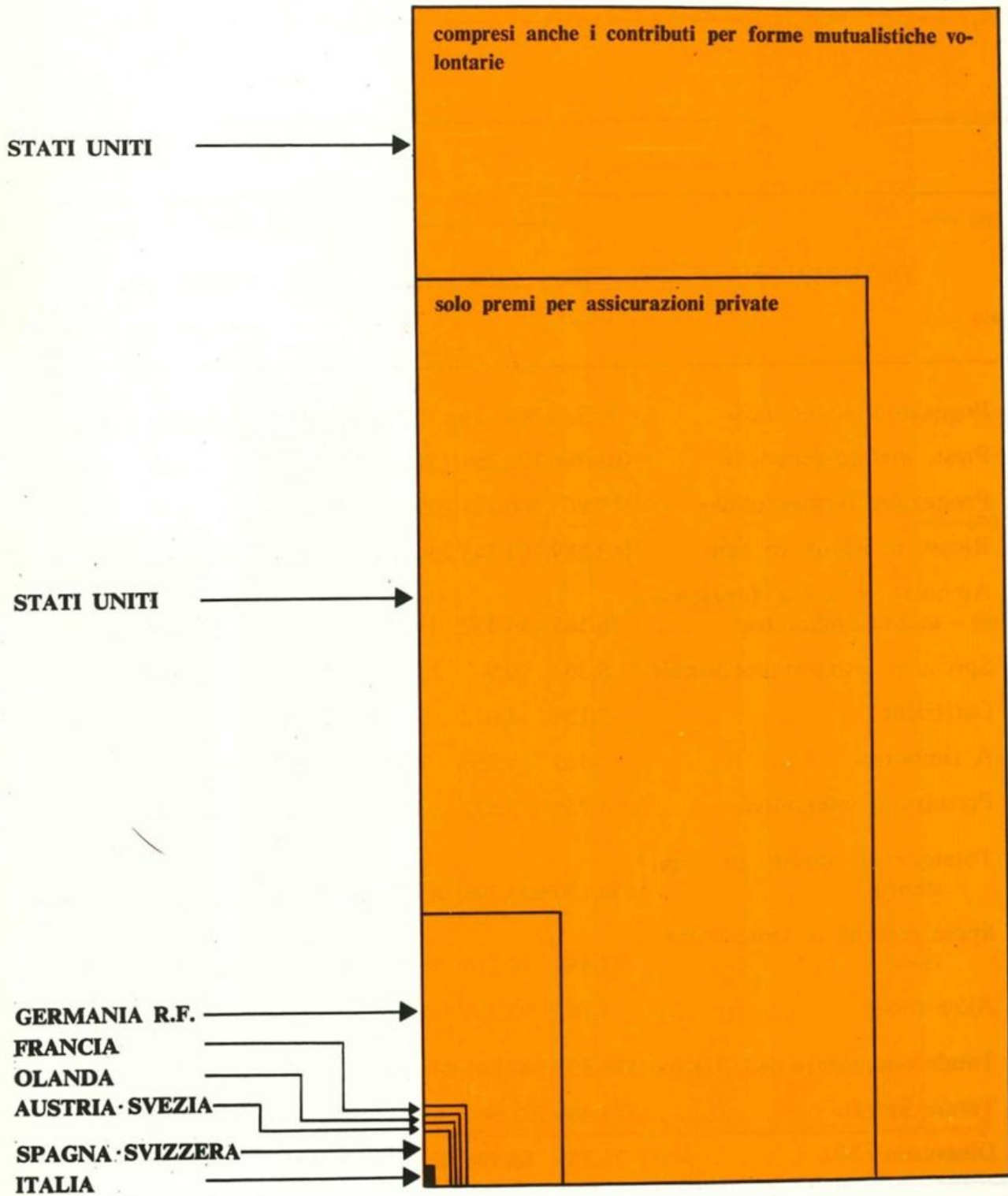
TAB. 2

STATI	1963	1964	1965	1966	1967	1967 premi in lire per abi- tante *
	<i>in milioni di lire</i>					
Austria	17.370	19.200	21.670	24.000 *	....	3.600
Belgio	520	480	400	450 *	....	45
Germania Occ.	286.050	319.640	358.020	404.350	460.000*	7.500
Francia . . . .	....	60.000	....	....	38.000	760
Irlanda	690	....	870	870 *	....	300
Italia . . . . .	....	....	....	....	2.000	38
Lussemburgo	7,8	9,1	10,4	11,7 *	....	38
Olanda	14.600	16.050	21.980	27.680 *	....	2.700
Spagna . . . .	....	....	13.630	15.000 *	....	560
Svezia	19.570	21.390	23.320	25.400 *	....	3.200
Svizzera	7.366	9.164	11.382	13.746	46.380	2.600
Stati Uniti . . .	3.840.000	4.230.000	4.600.000	5.000.000	5.200.000*	26.000
	6.310.000	6.930.000	7.560.000	7.930.000	8.300.000*	41.500

(*) Stima.

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

1967 - RAPPORTI DI DIMENSIONE DELL'ASSICURAZIONE VOLONTARIA CONTRO LE MALATTIE
(in base all'incasso premi di alcuni Paesi)



INAM - ANDAMENTO ECONOMICO DELLA GESTIONE.

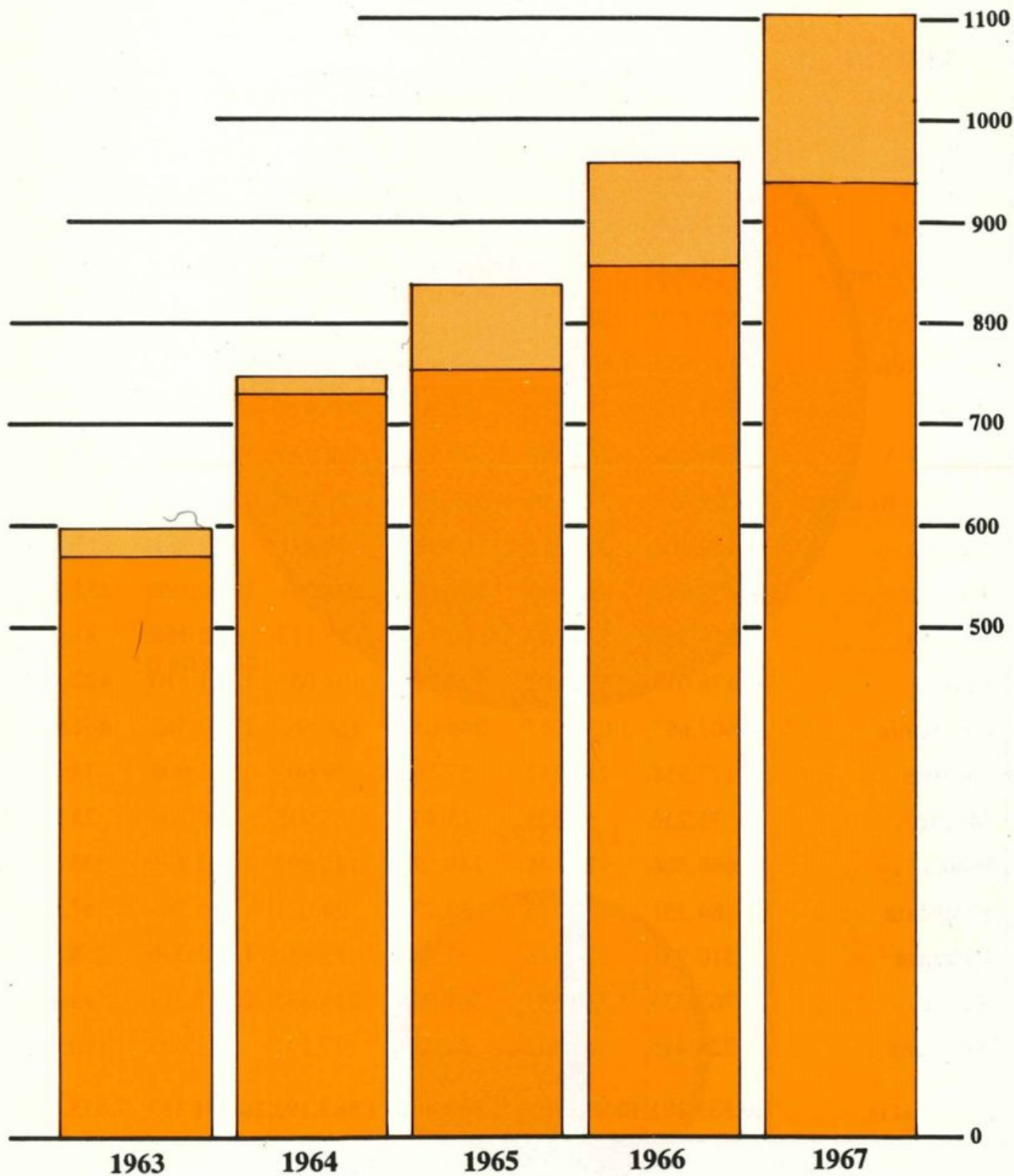
Fonti: Bilanci INAM e Notiziario INAM

TAB. 3

DESCRIZIONE	1963	1964	1965	1966	1967	Preventivo 1968 <i>in milioni di lire</i>
	<i>(in milioni di lire)</i>					
Prestazioni economiche . . .	76.346	104.116	110.590	114.091	134.200	141.200
Prest. medico-generiche . . .	101.366	125.401	135.378	159.843	173.000	180.150
Prestazioni farmaceutiche . .	167.806	200.121	229.381	263.099	303.800	291.300
Ricov. in istituti di cura . .	153.889	193.543	234.658	271.020	327.500	330.100
Ambulat. e spese funziona- mento ambulatori . . .	36.165	44.452	48.386	54.493	57.800	59.100
Specialis. extra-ambulatoriali	8.362	10.967	13.808	19.969	22.950	24.050
Ostetriche	3.138	4.042	3.632	3.271	3.250	3.100
A rimborso	315	1.920	2.359	2.711	3.100	3.500
Prestazioni integrative . . .	4.758	5.832	7.120	7.148	7.800	8.500
Totale costi diretti di assi- stenza	552.150	690.398	785.317	895.645	1.033.400	1.041.000
Spese generali di amministra- zione	43.488	48.216	50.309	54.277	58.450	61.600
Altre uscite	4.195	10.352	5.617	10.710	13.500	9.600
Totale complessivo delle Uscite	599.833	748.961	841.243	960.632	1.105.350	1.112.200
Totale Entrate	574.480	732.564	755.869	858.940	939.700	1.022.450
Disavanzo	25.355	16.396	85.374	101.692	165.650	89.750

INAM - ANDAMENTO ECONOMICO DELLA GESTIONE.

MILIARDI
DI LIRE



● ENTRATE

● USCITE



NUMERO DEGLI ASSICURATI DELL'INAM NEL 1964 (*).

Fonte: Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale - ediz. ISTAT, 1967.

TAB. 4

REGIONI	LAVORATORI		PENSIONATI		TOTALE ASSICURATI	
	Iscritti principali	Familiari	Iscritti principali	Familiari	N	Con diritto all'indennità giornaliera di malattia
Piemonte	934.491	679.947	357.153	80.046	2.051.637	676.592
Valle d'Aosta . .	24.098	24.023	8.857	4.376	61.354	19.635
Liguria	353.719	326.943	151.354	62.407	894.423	247.642
Lombardia	2.141.655	1.680.273	694.657	188.935	4.705.520	1.522.178
Veneto	793.412	791.979	258.701	107.420	1.951.512	502.620
Friuli - V. G. . .	235.600	217.642	105.318	38.724	597.284	160.447
Emilia - Romagna	1.005.998	715.184	317.135	71.915	2.110.232	615.887
Marche	400.408	241.981	64.394	33.498	740.281	113.299
Toscana	872.183	650.603	248.159	105.251	1.876.196	455.822
Umbria	219.357	176.349	45.746	25.113	466.565	81.912
Lazio	678.015	808.021	203.719	104.055	1.793.810	422.567
Campania	603.693	1.039.167	244.039	166.663	2.053.562	461.923
Abruzzi	177.858	219.287	55.160	39.603	491.908	74.595
Molise	35.236	51.528	15.435	5.935	108.134	23.860
Puglia	668.566	920.848	248.590	125.892	1.963.896	556.976
Basilicata	84.231	137.676	39.775	24.021	285.703	67.005
Calabria	310.931	532.918	135.717	83.830	1.063.396	258.585
Sicilia	767.335	1.230.587	301.058	218.337	2.517.317	593.147
Sardegna	226.415	363.402	94.435	77.171	761.423	180.782
ITALIA	10.533.201	10.808.358	3.589.402	1.563.192	26.494.153	7.035.474

(*) L'assistenza per la regione Trentino-Alto Adige è erogata dalle Casse mutue provinciali di malattia di Bolzano e Trento.

N° DEGLI ASSICURATI DELL'I.N.A.M. NEL 1964

LAVORATORI



PENSIONATI



ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA CONTRO LA TUBERCOLOSI (GESTIONE INPS) NEL 1964.

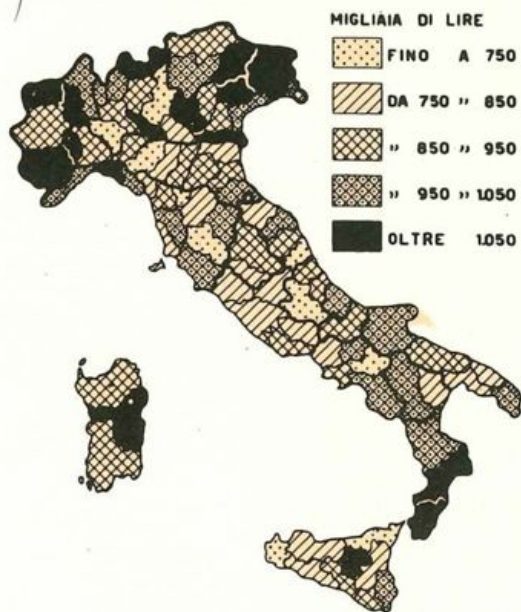
Fonte: « Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale » - ediz. ISTAT, 1967.

TAB. 5

REGIONI	ASSISTENZA SANITARIA			Colonie climatiche	Assistenza economica	Spesa totale
	in case di cura	in ambulatori	in istituti post-sanatoriali			
	<i>in milioni di lire</i>					
Piemonte	6.297,3	70,0	43,1	0,1	1.862,0	8.272,5
Valle d'Aosta	234,5	1,1	2,2	—	70,7	308,5
Lombardia	14.841,9	132,0	73,9	53,0	4.614,1	19.714,9
Liguria	3.257,8	25,8	15,4	14,6	780,4	4.094,0
Trentino - A. A.	1.243,2	16,5	27,6	16,0	378,2	1.681,5
Veneto	6.511,5	73,3	59,1	16,9	1.967,5	8.628,3
Friuli - V. G.	2.806,0	54,1	38,2	0,3	843,9	3.742,5
Emilia - Romagna	4.958,8	64,0	35,7	110,3	1.591,9	6.760,7
Marche	1.716,9	28,5	29,6	31,6	641,3	2.447,9
Toscana	4.545,9	175,2	47,9	23,9	1.612,9	6.405,8
Umbria	1.013,9	13,7	1,4	0,1	346,0	1.375,1
Lazio	4.582,2	160,5	42,4	0,1	1.727,6	6.512,8
Campania	4.433,0	108,0	33,4	24,6	1.740,3	6.339,3
Abruzzi	783,0	7,6	17,3	0,2	290,6	1.098,7
Molise	244,0	2,2	9,5	—	73,1	328,8
Puglia	4.673,9	81,1	72,1	19,0	1.779,3	6.625,4
Basilicata	535,6	4,8	14,0	0,1	167,5	722,0
Calabria	2.060,5	9,4	12,4	3,2	754,8	2.840,3
Sicilia	4.045,7	77,9	39,6	5,4	1.586,4	5.755,0
Sardegna	2.987,1	42,8	35,5	6,2	768,8	3.840,4
ITALIA	71.772,7	1.148,5	650,3	325,6	23.597,3	97.494,4

I.N.P.S. - ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA CONTRO LA TUBERCOLOSI - ASSISTITI IN CASE DI CURA E IN AMBULATORI

SPESA PER ASSISTITO



PER 10.000 ABITANTI



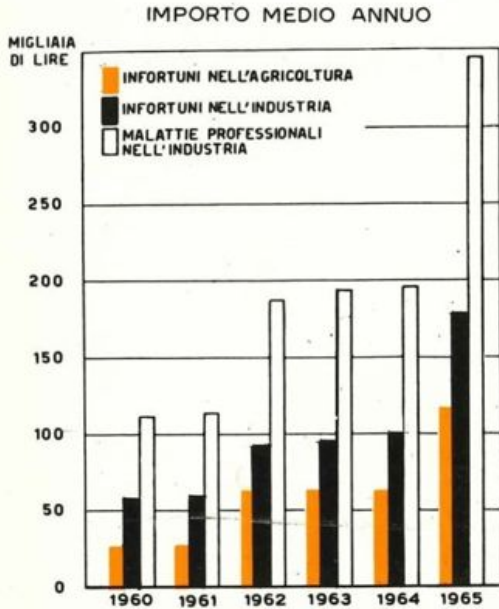
INDUSTRIA: NUMERO PENSIONI PER MALATTIE PROFESSIONALI (GESTIONE INAIL) NEL 1965.

Fonte: « Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale » - ediz. ISTAT, 1967.

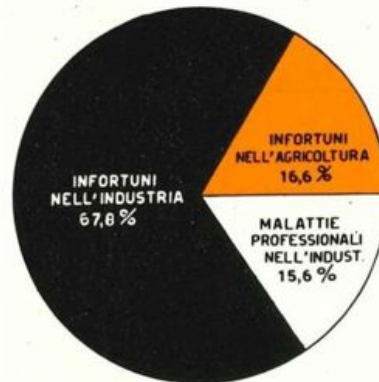
TAB. 6

REGIONI	PENSIONI		
	dirette	ai superstiti	TOTALE
Piemonte	5.732	1.501	7.233
Valle d'Aosta	4.283	631	4.914
Liguria	4.458	813	5.271
Lombardia	5.675	3.643	9.318
Trentino - Alto Adige	1.384	1.298	2.682
Veneto	1.709	986	2.695
Friuli - Venezia Giulia	295	135	430
Emilia - Romagna	841	214	1.055
Marche	450	47	497
Toscana	7.175	875	8.050
Umbria	414	70	484
Lazio	464	159	623
Campania	523	121	644
Abruzzi	779	109	888
Molise	20	13	33
Puglia	171	24	195
Basilicata	95	27	122
Calabria	471	151	622
Sicilia	2.826	190	3.016
Sardegna	5.016	1.709	6.725
ITALIA	42.781	12.716	55.497

I.N.A.I.L. - PENSIONI PER INFORTUNIO E MALATTIA PROFESSIONALE



IMPORTO PER CATEGORIA
ANNO 1965



ASSISTENZA MALATTIA, MATERNITÀ, TUBERCOLOSI, MALATTIE PROFESSIONALI: PRESTAZIONI EROGATE NEGLI ANNI 1963-1964 1965-1966.

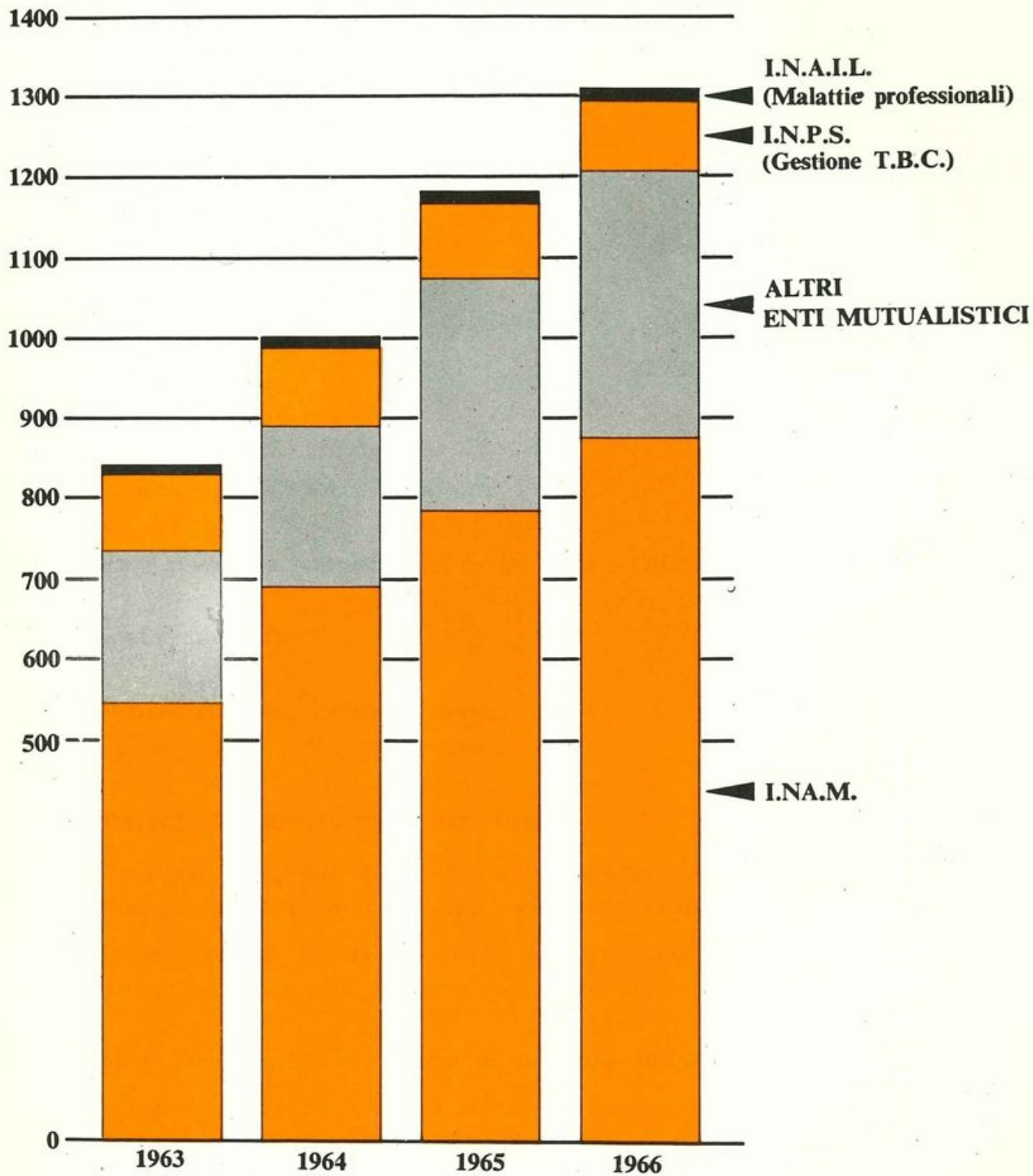
Fonte: «L'attività previdenziale ed assistenziale nell'anno 1963»; idem, 1964; idem, 1965; idem, 1966 - Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

TAB. 7

GESTIONI	1963	1964	1965	1966
	<i>miliardi di lire</i>			
INAM	545,9	693,6	786,2	875,0
Altri Enti mutualistici	190,6	199,8	290,1	333,9
ENASARCO (ass. volontaria)	0,1	0,1	0,1	0,1
	736,6	893,5	1.076,4	1.209,0
INPS (gestione tubercolosi)	95,0	97,7	95,0	89,1
	831,6	991,2	1.171,4	1.298,1
INAIL (malattie professionali)	9,0	10,0	11,5	12,8
TOTALE	840,6	1.001,2	1.182,9	1.310,9

PRESTAZIONI EROGATE.

MILIARDI
DI LIRE





INDICE

Introduzione	Pag.	5
Programma della « Giornata »	»	9
Elenco dei partecipanti	»	13
Adesioni all'iniziativa dell'INA	»	25
La « Giornata » dell'INA e la stampa	»	29
Cronaca e resoconto sommario dei lavori della « Giornata »	»	33
I discorsi di apertura	»	49
La relazione del dott. Sestilli sul tema: <i>L'assicurazione volontaria contro le malattie</i>	»	63
Gli interventi dei rappresentanti ministeriali		
<i>Esperienze e idee nuove alla base dello sviluppo dell'assicurazione volontaria malattie in Italia</i> - Dott. Gaetano Angela	»	107
<i>Sicurezza sociale per una copertura malattie estesa a tutti, assicurazione volontaria per esigenze particolari</i> - Avv. Bruno Leoni	»	109
L'opinione degli esperti in materia di sicurezza sociale		
<i>Rapporti di complementarità ed affinità tecniche fra l'assicurazione sociale e l'assicurazione volontaria contro le malattie</i> - Prof. Mario Alberto Coppini	»	115

<i>Possibilità di coesistenza della sicurezza sociale e dell'assicurazione volontaria contro le malattie</i> - Dott. Urbano Ciocchetti	Pag. 123
<i>Orientarsi bene fra bisogni reali e bisogni apparenti</i> - Prof. Umberto Chiappelli	» 127
<i>Problemi dell'assistenza malattia in Italia, con particolare riferimento alla situazione ospedaliera</i> - Dott. Umberto Bruzzese	» 131

Il pensiero dei rappresentanti della professione medica

<i>La diversità delle esigenze individuali ed i limiti di bilancio degli Enti mutualistici: ragioni del ricorso allo strumento assicurativo volontario</i> - Sen. Prof. Guido Franzini	» 139
<i>Indispensabile una collaborazione fra assicuratori e medici per lo sviluppo del ramo malattie</i> - Prof. Gino Bergami	» 142
<i>Libertà di scelta dell'assistenza e prevenzione dell'invalidità cronica: finalità fondamentali dell'A.V.M.</i> - Prof. Francesco Maria Antonini	» 144
<i>L'aumento del costo dell'assistenza medica ed il prolungamento del periodo della senescenza nella valutazione del rischio di malattia</i> - Prof. Arrigo Di Porto	» 147
<i>I soggetti dell'assicurazione volontaria malattie</i> - Dott. Andrea De Gregori	» 150

La posizione degli assicuratori italiani

<i>Limiti ed operabilità dell'assicurazione volontaria contro le malattie</i> - Prof. Luigi Molinaro	» 155
<i>Creare, con una tecnica raffinata, uno strumento assicurativo atto a soddisfare un reale bisogno del pubblico</i> - Prof. Antonio Longo	» 158
<i>L'assicurazione privata malattie come strumento di mutualità a basso costo</i> - Geom. Belisario Montani	» 161
<i>L'assicurazione volontaria contro le malattie intesa come copertura di « secondo rischio »</i> - Dott. Dino Cardano	» 164
<i>I rischi professionali nell'assicurazione volontaria contro le malattie</i> - Dott. Italo Zoppis	» 167
<i>Avvocati, procuratori ed altri professionisti, primi interessati all'assicurazione volontaria contro le malattie</i> - Avv. Walter Distaso	» 170

<i>Uno studio dell'ANIA per una formula « standard » di assicurazione contro le malattie - Dott. Giuseppe Bianchi</i>	Pag. 173
<i>Assicurazione volontaria contro le malattie: un settore di lavoro con ampie possibilità di applicazione - Dott. Ing. Francesco Cincotti</i>	» 177
<i>Offrire, con l'assicurazione volontaria malattie, prestazioni aderenti alle reali necessità del pubblico - Avv. Emilio Pasanisi</i>	» 179
<i>Assicurazione obbligatoria ed assicurazione volontaria contro le malattie in Italia ed in alcuni Paesi d'Europa - Avv. Giovanni Palmieri</i>	» 182
<i>Problemi tariffari nell'assicurazione volontaria malattie - Dott. Piero Cazzulino</i>	» 194
 Le esperienze straniere	
<i>L'assicurazione malattie negli Stati Uniti - Comm. Alfredo Federici</i>	» 201
<i>Lo sviluppo dell'assicurazione privata malattie in Svizzera - Dott. Luigi Bosia</i>	» 205
<i>L'assicurazione volontaria malattie in Francia - Dott. G.L. Auburtin</i>	» 208
<i>Il sistema tariffario dell'assicurazione privata malattie in Austria - Dott. Corrado G. Sendresen</i>	» 211
 La replica del Relatore	 » 213
 Il discorso conclusivo del Presidente	 » 219
 APPENDICE	
<i>Che cos'è l'assicurazione contro le malattie</i>	» 225
<i>Precedenti storici</i>	» 227
<i>Il rischio nell'assicurazione contro le malattie</i>	» 230
<i>Problemi medici, sociali ed economici dell'assistenza malattia</i>	» 232
<i>I Congressi internazionali di Dublino e Sydney sull'assicurazione volontaria contro le malattie</i>	» 236
<i>Grafici e tavole statistiche</i>	» 245

STAMPATO NELLA TIPO - LITOGRAFIA

B I M O S P A

ROMA VIA GIUSEPPE MIRRI, 40-42

Telefono 43.81.159



Corporate Heritage
& Historical Archive



FIAT

SEDE DEL CONGRESSO

SALA P. PORICELLI
SALA LEONARDO DA VINCI
SALA G. CAMPE

ESPOSITORI
VISITATORI
INFORMAZIONI
COMMERCIALI E
SISTENZA
OLGETEVI AG
VICI
I.C.E.
AUTO NAZIONALI
COMMERCIO ESTER
VIA S.2 DEL C.A.
1720 ORLAI NAZIO
TEL. 431

LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

PER L'ITALIA DI DOMANI

BANCO DI SICILIA

BANCO DI SICILIA

BANCO DI SICILIA

