

# Condizioni e modalità di sviluppo delle forme sanitarie volontarie in Italia



Rag. **Adrian Bruno Trevisan**

*Direttore Centrale delle Assicurazioni Generali S.p.A. - Mogliano Veneto*

## **Spesa sanitaria pubblica e privata**

Come dato di partenza, vorrei richiamare la vostra attenzione sui risultati emersi da un recente sondaggio realizzato dal Censis, condotto su un target di potenziali clienti e avente come argomento proprio le polizze sanitarie. Esso ha evidenziato come la metà degli intervistati, precisamente il 49%, non sia interessato all'acquisto di questo tipo di prodotti.

Partendo da questo dato, si rende necessario sviluppare una riflessione a 360 gradi sul tema, procedendo innanzitutto, attraverso una verifica del mercato assicurativo. Essa assume notevole importanza anche alla luce di un progressivo alleggerimento dell'intervento pubblico nell'assistenza sanitaria cui fa riscontro, invece, una crescita costante della spesa complessiva e, quindi, della spesa privata (tra le cui componenti dobbiamo includere i costi per l'assicurazione sanitaria personale).

È bene avere consapevolezza delle dimensioni economiche del contesto in discussione.

La spesa sanitaria complessiva italiana è stata nel 2001 pari a circa 95 miliardi di Euro, dei quali, oltre il 25% è rappresentata dalla spesa privata, tendenzialmente in continua crescita.

I premi complessivamente incassati nel Ramo Malattie dalle compagnie di Assicurazione in Italia sono stati nello stesso anno pari a 1,30 miliardi di Euro, intercettando quindi appena il 5% della spesa privata, costituita quasi per intero da spesa diretta personale, e addirittura solo l'1,5% della spesa complessiva.

Anche nel contesto delle Assicurazioni Danni i premi Malattie costituiscono solo il 4,5% dell'intero loro ammontare, percentuale pressoché costante nell'ultimo triennio.

Le Compagnie operanti sul mercato sono 104: le prime 10 incassano da sole quasi i due terzi dei premi complessivi e addirittura le prime 4, si dividono oltre il 40% del mercato.

I sinistri pagati sono pari all'incirca al 76% dei premi mentre le spese, suddivise tra spese di acquisizione, di ammi-

nistrazione e provvigioni, pesano per circa il 25/26%, determinando un Combined Ratio intorno al 102%.

## **Caratteristiche del business assicurativo**

Dimensioni contenute del business, elevata concentrazione su poche Compagnie e carenza di profitti sono, quindi, le caratteristiche principali del mercato assicurativo italiano malattie alle quali va aggiunto il fatto che la durata delle polizze sia individuali che di gruppo è definita. In tale mercato ha ancora prevalenza un portafoglio polizze costituito dai prodotti indirizzati all'individuo ed alla famiglia, che, se da un lato mantengono nella sostanza le caratteristiche di pura copertura di rischio garantendo essenzialmente il rimborso delle spese di ricovero ospedaliero con poco spazio a garanzie di "manutenzione" come le visite specialistiche e le cure dentarie, per contro sono condizionate dai noti problemi di "moral hazard" e antiselezione del rischio nonché da un costo medio del sinistro di ospedalizzazione privata ancora largamente sottratto a concrete ed efficaci possibilità di controllo da parte dell'assicuratore.

La principale conseguenza è un livello di premi assicurativi elevati e condizioni contrattuali, quali il questionario anamnestico, periodi di carenza, limiti di rimborso ed esclusioni che ne frenano la diffusione e rendono spesso problematico il rapporto con l'assicurato.

Al tempo stesso, vengono comunque attribuiti interessanti margini di crescita al mercato, sia, per il progressivo contenimento dell'intervento pubblico, sia per l'affermarsi di una domanda sempre più vivace di assicurazioni collettive rappresentate dall'insieme dei lavoratori dipendenti di aziende ed iscritti ad associazioni professionali, sia infine per l'emergere di nuovi bisogni collegati all'allungamento della vita media.

In particolare, lo sviluppo della vendita delle polizze collettive (che rappresentano il secondo pilastro nell'organizzazione del Welfare) hanno posto gli assicuratori nella condizione di dover riconsiderare con una diversa prospettiva la dinamica del costo dei sinistri, sia in termini di frequenza che di danno medio, allo scopo di attivare meccanismi di controllo sempre più efficienti e di incidere sulla "gestione" del sinistro per contenerne la spesa.

Ci troviamo ad attraversare una fase, quindi, in cui le compagnie stanno passando da una rilevazione direi "passiva" della sinistralità, il cui riscontro oggettivo serviva essenzialmente per modificare la portata della garanzia o variare il premio, ad un approccio "partecipativo" attraverso il quale avviare una migliore conoscenza dei meccanismi formativi della spesa ed una politica di negoziazione con gli erogatori della stessa.

Le polizze collettive, infatti, non hanno il problema dell'antiselezione del rischio benché includano prestazioni di garanzie di consumo pressoché certe come le visite specialistiche indipendenti dal ricovero e le cure odontoiatriche, in aggiunta alle tradizionali spese di ospedalizzazione e ciò a fronte di un premio assicurativo molto più contenuto di quello previsto per le polizze individuali.

Poiché tale premio è scarsamente negoziabile essendo vincolato ad accordi sindacali o limiti di spesa, diventa determinante essere competitivi nell'ampiezza delle garanzie e, quindi, nella capacità di controllarne la dinamica di costo.

E' questo, per le Compagnie italiane e più in generale per l'intero sistema sanitario, il problema sicuramente più delicato sul tappeto, e cioè saper coniugare la crescita costante del consumo di sanità con una disponibilità economica sempre meno espandibile, ricercando quindi, il migliore utilizzo della capacità gestionale.

## ***Il Managed Care in Italia***

Tale necessità di essere una componente di partecipazione attiva al processo di formazione del costo sanitario è il principio base dei piani di "Managed Care" che, per la verità, è stato colto dal nostro mercato solo in tempi recenti.

Le prime esperienze di accordo con gli erogatori di spesa privati attuate tramite la forma del "convenzionamento" che prevedesse, cioè, il pagamento diretto da parte della Compagnia alle cliniche ed ai professionisti, avevano come obiettivo principale il miglioramento del servizio al cliente e, quindi, un'ottica più rivolta all'approccio commerciale piuttosto che a quello tecnico economico.

Solo ultimamente invece, si è sviluppata un'attenzione diversa focalizzata sul suo possibile risvolto economico in termini di impatto sui costi.

Si è, quindi, cominciato a considerare il convenzionamento con le strutture sanitarie e la relativa gestione anche sotto l'aspetto di un'attività di "Managed Care" che avesse come caratteristiche:

- maggior controllo e contenimento dei costi, e cioè un abbattimento dei costi medi del sinistro ottenuti tramite l'utilizzo di una rete di fornitori sulla quale attivare un monitoraggio continuo della composizione dei fattori di spesa e della loro frequenza per ridurre il ricorso a cure non appropriate e scoraggiare gli abusi o le frodi;
- riduzione delle spese di amministrazione;
- aumento dell'efficienza del processo complessivo;
- garanzia della qualità del servizio aumentando la customer-satisfaction
- miglioramento ed allargamento delle rilevazioni statistiche sia per quanto concerne i sinistri che il comportamento della rete utilizzata.

Siamo consapevoli, tuttavia, che il Managed Care in termini "industriali" presupporrebbe una massa di informazioni statistiche molto ampia avvalendosi molto dell'analisi storica dei dati e sugli scostamenti da protocolli diagnostico-terapeutici predefiniti; inoltre, solo una grande quantità di soggetti gestiti può consentire un'efficace attività di prevenzione tale da conseguire la riduzione del ricorso a prestazioni sanitarie e, quindi, la riduzione dei costi.

Si è già accennato alle ridotte dimensioni del mercato assicurativo malattie in Italia ed alle sue peculiarità; se a ciò si aggiungono l'assenza di orientamenti terapeutico-diagnostici ufficiali e condivisi e la presenza nel settore privato di fenomeni speculativi si capisce come una vera attività di "Managed-Care" sia ancora oggi una prospettiva più che una effettiva opportunità.

Tuttavia, aver preso coscienza di tale prospettiva ha già consentito alcuni passi avanti nella gestione delle polizze malattie perché ha introdotto una maggiore attenzione ai costi dell'ospedalizzazione e delle prestazioni professionali e ha imposto l'analisi sistematica di alcuni importanti indicatori quali la durata media delle degenze, il ricorso al day-hospital o al day-surgery, attivando quella gestione partecipativa che permette, oggi, maggiore consapevolezza dei possibili costi nella trattazione dei nuovi contratti e nel rinnovo di quelli esistenti.

Non va dimenticato che il nostro mercato risulta tuttora costituito quasi esclusivamente da compagnie Multiramo, che gestiscono il rapporto con il cliente in un'ottica complessiva. Tanto nel caso di polizze individuali quanto nelle polizze collettive il contraente è spesso titolare di altri contratti assicurativi in rami verosimilmente più redditizi e, quindi, non è pensabile una trattazione del rischio malat-

tie completamente avulso dal contesto complessivo e basata su una attività di Managed Care mirata al solo contenimento del costo della sinistralità.

Anche in relazione a ciò, gli indubbi vantaggi in termini generali collegati a tale pratica possono essere ancor più valorizzati nella trattazione di tutte quelle situazioni che oggi, grazie alla durata definita delle polizze, vengono risolte prevalentemente con l'interruzione del rapporto assicurativo e che potrebbero, invece, avere accettabili alternative: è il caso per esempio della trattazione dei rischi aggravati e delle cronicità.

## ***I rischi aggravati***

E' questo, infatti, un altro aspetto chiave dell'attività assicurativa nel ramo malattia, tema fra i più complessi e di difficile inquadramento da sempre oggetto di discussioni critiche anche tra gli addetti ai lavori.

Il motivo della delicatezza dell'argomento è semplice: la gestione del rischio per l'assicuratore è condizionata dall'obiettivo aziendale di garantire il risultato economico dello specifico settore di attività, correlandolo all'esigenza commerciale di rispondere alle aspettative degli assicurati. Il rischio aggravato, essendo oggettivamente anomalo per l'elevata probabilità di un costo tecnico aggiuntivo spesso difficilmente quantificabile, può facilmente introdurre significativi elementi di squilibrio tecnico del portafoglio.

Le riflessioni delle compagnie sull'argomento si sono accentuate negli ultimi tempi in concomitanza con la Riforma Sanitaria, che ha introdotto i Fondi Sanitari Integrativi - peraltro non ancora operativi - che escludono il ricorso a politiche di selezione dei rischi e che quindi precluderebbero la possibilità di gestire i rischi aggravati e, ancor più recentemente, in conseguenza delle sollecitazioni dell'ISVAP, a riconsiderare il recesso dalle polizze malattia. Noi assicuratori veniamo sovente accusati di rammaricarci a parola dello storno o disdetta a contratto riguardante un rischio aggravato, ma di fare poco o nulla per modificare in maniera sistematica una gestione del rischio come quella oggi prevalentemente adottata.

La realtà è un po' più articolata perché rinunciare ad un cliente è pur sempre un atto estremo, e proprio a testimonianza dell'impegno degli assicuratori ad affrontare le tematiche dei rischi aggravati senza preconcetti e con intenti propositivi nell'ambito della sezione tecnica Vita Infortuni e Malattie dell'ANIA è stato costituito da un paio d'anni un apposito gruppo di lavoro. La Presidenza della sezione tecnica ha dato a questo gruppo di lavoro un

compito ben preciso, individuare possibili alternative alla attuale prevalente prassi operativa delle compagnie che, come già accennato consiste in caso di rischio aggravato nell'escludere dall'assicurazione la patologia o meglio l'assicurato stesso. Va ripetuto per meglio inquadrare il contesto di riferimento, e ne ho già fatto cenno a proposito del Managed Care, che dal punto di vista assuntivo e della selezione del rischio l'attività assicurativa malattie riguarda due tipologie di contratto: individuale, sottoscritto dal diretto interessato per sé ed eventualmente per i suoi familiari e collettivo, riguardante la totalità di un insieme omogeneo di assicurati.

Nel contratto collettivo totalitario le problematiche poste dai rischi aggravati sono superate in quanto il rischio in assenza di anti-selezione viene valutato nel suo insieme, indipendentemente dallo stato di salute dei singoli assicurati, tant'è che non si fa luogo a questionari anamnestici. Di norma sono coperte anche le patologie preesistenti alla decorrenza della garanzia e gli eventuali interventi di riequilibrio economico del rapporto complessivo operano sempre nei confronti di tutti gli assicurati e mai a livello individuale.

Il problema dei rischi aggravati si pone invece per i contratti individuali, per i quali nonostante il ricorso al questionario anamnestico in fase assuntiva e la presenza nelle condizioni di polizza di previsioni contrattuali cautelative quali esclusione delle patologie pregresse conosciute e periodi di carenza ecc. il rischio dell'anti-selezione è comunque presente. Da ciò ne conseguono la probabilità di recesso entro un periodo iniziale prestabilito - di norma 2 anni - nonché la fissazione di una scadenza del rapporto contrattuale - 5-10 anni - che determina, ove ci sia stata rilevazione di patologie recidivanti o ingravescenti la possibilità per l'assicuratore di richiedere interventi correttivi o, nei casi più gravi, di rifiutare la prosecuzione del contratto di assicurazione.

Trovare alternative economicamente e commercialmente accettabili a questa prassi operativa costituisce un tentativo irto di difficoltà, ma con il quale prima o poi ci si deve confrontare in termini risolutivi, perché se è vero che l'assicuratore non può venire meno all'obbligo di sana gestione dell'attività assicurativa, a tutela degli impegni assunti con tutti i propri assicurati, anche sacrificando nel rispetto delle disposizioni contrattuali pattuite l'interesse del singolo, è fuori discussione la perdita di immagine nei confronti dell'assicurato e quindi del mercato, che si sente "tradito" proprio nel momento in cui ritiene di aver maggior bisogno della copertura.

Tema complesso quindi, delicato e che presenta oggettive difficoltà da affrontare già nella fase di inquadramento e che sono, per restare nelle più rilevanti, di natura medica, statistico-attuariale, commerciale e di ruolo delle compagnie nel settore sanitario.

In breve, difficoltà di natura medica per l'estrema articolazione che la stessa patologia può assumere in soggetti diversi per età, sesso, condizioni fisiche, precedenti sanitari, patologie coesistenti, ecc. da cui deriva la complessità di una schematizzazione di riferimento. La medicina poi non è statica, definita, ma al contrario in costante ricerca di sempre maggiori certezze di risultato e perciò per sua stessa natura talvolta imprevedibile.

Difficoltà di ordine statistico-attuariale per la scarsità di dati razionalizzati in un'ottica di tariffazione malattie; proprio l'attuale prassi prevalente di non assicurare tali rischi fa sì che non esistano dati di esperienza, con la conseguente problematicità nel determinare il corretto aggravio di costo rispetto ad un rischio standard.

Difficoltà di natura commerciale perché a fronte di un evento pressoché certo l'assicuratore non può che gestire il presunto costo nel contesto del rapporto contrattuale che va a pattuire con il cliente, con la prospettiva di dover chiedere premi di gran lunga superiori a quelli normali.

Difficoltà nel definire il ruolo che le compagnie intendono svolgere nel contesto di una riforma sanitaria tuttora in fase evolutiva: se vogliamo uno spazio maggiore per espandere l'assicurazione privata, dobbiamo sicuramente risolvere il problema del trattamento dei rischi cattivi perché è arduo puntare allo sviluppo ritenendo di poter gestire solo i rischi migliori e lasciare al resto del mercato quelli considerati peggiori.

Ho voluto accennare alle difficoltà di più immediato rilievo per sottolineare le problematiche del contesto di riferimento in cui ha operato il gruppo di lavoro. Voglio solo riepilogare in rapida sintesi i passi percorsi fino ad oggi. La prima fase è consistita in un'analisi delle tecniche di valutazione dei rischi aggravati in uso dei principali paesi europei effettuata tramite incontri, approfondimenti, dibattiti con alcune importanti compagnie di riassicurazione quali la Munich Re per la Germania, la Scor per la Francia e la Frankona per l'Inghilterra.

Questa prima fase ha messo in evidenza come detti modelli esteri si siano sviluppati principalmente per l'assicurazione vita, per l'invalidità permanente o la LTC (Long Term Care Insurance) piuttosto che con l'ottica del rimborso spese mediche, che rimane la tipica prestazione delle polizze malattia. Tuttavia è stato possibile approfondire

l'esperienza sinistri delle principali compagnie estere e dei relativi medici fiduciari, nonché valutare l'attività di supporto sia in termini di manualistica che di software interattivi, atta a reperire agevolmente le informazioni sulle patologie e fornire al sottoscrittore una situazione complessiva utile alla decisione.

Nella seconda fase l'attività è entrata più direttamente nel tema con la ricerca di alcune soluzioni alternative adottabili in luogo dell'espulsione dall'assicurazione, coinvolgendo medici ed assuntori delle compagnie italiane. È stata definita una metodologia di analisi condivisa ed è stata effettuata una ricognizione delle patologie più gravi e frequentemente trattate in fase assuntiva, ipotizzando una pluralità di soluzioni tecniche in grado di circoscrivere o ridurre il rischio e predisponendo per circa una trentina di casi delle schede riassuntive utilizzabili quali guide con contenuto esclusivamente di orientamento per l'assuntore.

La terza fase, da poco attivata, prevede la realizzazione di un progetto di ricerca, sviluppata dal Gruppo di lavoro ANIA in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia ASL Roma E e il Dipartimento di Igiene dell'Università di Torino.

L'obiettivo del lavoro è quello di arrivare ad un disegno dettagliato dei "profili di rischio" della popolazione per talune patologie di interesse, individuando le soluzioni assistenziali che ottimizzano il complesso rapporto tra copertura dei rischi, efficacia dell'assistenza erogata ed entità delle risorse impiegate.

L'impostazione del lavoro prevede:

- la revisione della letteratura attraverso la selezione ed estrazione di dati da varie fonti;
- la messa a punto di una metodologia standardizzata che preveda: l'arruolamento di coorti di casi incidenti di una patologia; la quantificazione del rischio di eventi avversi nelle coorti arruolate; la descrizione del relativo consumo di risorse e degli esiti delle cure ed infine la valutazione dell'efficacia del trattamento ricevuto;
- la valutazione degli esiti delle cure in termini di salute quali la sopravvivenza o l'occorrenza di nuovi episodi della stessa patologia o di altre collegate;
- la valutazione dei costi sostenuti anche rispetto ai costi associati a trattamenti c.d. "appropriati".

Il lavoro di ricerca si avvarrà della possibilità di accesso a numerose ed importanti banche dati a livello nazionale

---

e regionale ed è inoltre prevista la facoltà di estendere l'ambito di applicazione del progetto ad ulteriori aspetti di interesse.

Vorrei, quindi, concludere questo mio breve intervento riepilogando alcune caratteristiche che paiono indispensabili per lo sviluppo profittevole del ramo malattie nel nostro particolare mercato :

- qualificato know-how medico e tecnico, tale da assicurare perfetta interazione e sinergia;
- procedure di gestione e liquidazione dei sinistri efficienti, per valorizzare al meglio l'efficacia della trattazione virtuosa del costo del sinistro;
- flessibilità del modello, consentendo comunque più alternative (pagamento diretto o rimborso) per non imporre all'assicurato scelte obbligate;
- credibilità verso i clienti, per coniugare, in ultima analisi, il perseguimento della redditività con un servizio che deve necessariamente mantenere l'orientamento al Cliente.