

L'industria delle assicurazioni di fronte alla Sanità che cambia



Sig. Carlo Faina - R.I.B. Reinsurance International Brokers S.p.A. - Milano

Un tema di pressante urgenza

RIB ha avviato gli appuntamenti di Cap Ferrat, giunti ormai alla nona edizione, con l'obiettivo di coagulare l'attenzione, non solo dei colleghi assicuratori, ma anche dei protagonisti della vita politica, sui vari temi "caldi" del momento.

Sempre monografici, alcuni incontri si sono incentrati su argomenti da "pochi intimi", come il Project Financing o l'ART, vale a dire il trasferimento alternativo dei rischi. Altri abbiamo voluto dedicarli a tematiche di più esteso consumo.

Per esempio il confronto sullo stato dell'arte di come gli assicuratori possono affiancare lo Stato nel contribuire a rendere meno oneroso l'impatto con le catastrofi naturali. Un argomento che è di sempre più pressante urgenza e peso sui conti dello Stato, come stiamo verificando in questi anni recenti, e purtroppo in questi ultimissimi giorni.

Ma di altrettanta, se non più incalzante, importanza è la Sanità "che cambia".

Il fabbisogno del Piano Sanitario Nazionale

Il "Piano Sanitario Nazionale 2002-2004" nelle mani del ministro Sirchia, ha dieci obiettivi prioritari. Tra questi la creazione di una rete integrata di servizi sanitari per l'Assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.

Le stime circa il fabbisogno di risorse economiche per poter affrontare l'Assistenza ai malati cronici e ai soggetti non autosufficienti indicano una cifra intorno ai 17mila milioni di Euro.

Il ministro della Salute non ha avuto remore - durante una seduta della Commissione Affari Sociali della Camera - nel dichiarare che le risorse attualmente disponibili nelle casse statali per questa voce di spesa non superano i 7mila milioni.

Con l'occasione, ritengo opportuno ricordare l'importanza del decreto legislativo (datato 14 febbraio 2001) recante il titolo "Atto di indirizzo e coordinamento in mate-

ria di prestazioni sociosanitarie" che identifica le prestazioni da erogare. E precisa la divisione fra prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, quelle a rilevanza sanitaria e quelle sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Il Piano Sanitario Nazionale tende a realizzare un sistema integrato di Assistenza e Sanità, coordinato fra Regioni ed enti locali. Obiettivo: realizzare il progetto nazionale per le persone anziane non autosufficienti.

Una tutela per i cittadini più fragili

Ho voluto toccare il tema della tutela della "non autosufficienza" perché in un Paese come l'Italia, orientato a polverizzare tutti i record in materia di "speranza di vita", sarà uno snodo centrale del nostro futuro. Tale da indurre a ridisegnare il sistema del welfare nazionale, con la preoccupazione di tutelare al meglio i cittadini in condizione di maggiore fragilità. Stimolando i sensi di un'accresciuta solidarietà nei confronti dei non autosufficienti, inducendo comportamenti lungimiranti di autotutela nei soggetti nelle condizioni di provvedere per tempo alla predisposizione di strumenti tali da ridurre al minimo le conseguenze di probabili impatti con la non autosufficienza nella terza e quarta età.

E questa della tutela della non autosufficienza - come ho appena detto - non è che una sezione del complesso capitolo della Sanità.

Secondo le previsioni divulgate dalla Ragioneria Generale dello Stato, nell'arco dei prossimi cinquant'anni il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Prodotto Interno Lordo crescerà del 30 per cento, passando dal 5,50 per cento dell'anno 2000 al 7,20 del 2050.

La componente demografica, rappresentata dall'invecchiamento della popolazione, è l'elemento di spinta del rapporto fra spesa sanitaria e Prodotto Interno Lordo. Fenomeno solo parzialmente contrastato dall'effetto di contenimento generato dall'aumento del tasso di occupazione e dal criterio di politica economica adottato ai fini dell'evoluzione del consumo "pro capite".

Il fenomeno della "Long Term Care"

Il rapporto steso dalla Ragioneria dello Stato evidenzia anche l'aggravarsi di un altro fenomeno: le spese per i casi di "Long Term Care". Che crescono ad una velocità certamente superiore - e di gran lunga - alle erogazioni destinate ai casi di "Acute Care".

Fatto che si spiega per le già accennate ragioni di tipo demografico e con la considerazione che il ricorso alla "Long Term Care" è tipico delle persone in età avanzata. Il differenziale di crescita fa salire dall'11 al 14 per cento la spesa dedicata alla "Long Term Care". Sempre nell'arco del cinquantennio 2000-2050.

L'Ania ha, sul tema delle "Long Term Care", due proposte. La prima, mutuata dall'esperienza tedesca - per la quale avremo a breve l'opportunità di sentire l'esposizione di autorevoli ed esperti relatori - comporta un prelievo sui salari e sulle pensioni dell'1,40 per cento. Su un reddito medio di 17 mila euro (33 milioni di lire, circa) significa un esborso di 233 euro (pari, in vecchie lire, a 450 mila lire). Supponendo che a tale importo concorra il datore di lavoro in misura del 50 per cento, significherebbe l'esborso della non impossibile cifra mensile di 10 euro.

Un'altra proposta dell'Associazione fra le Imprese Assicuratrici punta ad includere obbligatoriamente il rischio di non autosufficienza tra le coperture assicurative offerte dai Fondi pensione a contribuzione definita.

Posso aggiungere, tra i molti altri suggerimenti in merito, quello del ministro della Salute, Girolamo Sirchia, secondo il quale si deve attivare un fondo assicurativo personale, in rapporto al reddito.

Il patto fra Stato e Regioni sulla Sanità Pubblica

La stabilità iniziale della spesa sanitaria per i prossimi anni è connessa e dipende dal patto sancito con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001. Con il quale si fissano le risorse da destinare al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. Nei termini delle cifre che seguono:

- 71.271 milioni di Euro di spesa per il 2001
- 75.596 milioni di Euro per il 2002
- 78.564 milioni di Euro per il 2003
- 81.275 milioni di Euro per il 2004.

Gli eventuali disavanzi - lo ha disposto la legge n. 401, datata 16 novembre 2001 - dovranno essere coper-

ti dalle Regioni, con modalità che prevedono (a scelta degli amministratori regionali):

- misure di compartecipazione alla spesa sanitaria;
- variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale IRPEF o altre misure fiscali;
- altre misure, funzionali a contenere le spese sanitarie.

Sappiamo anche come la legge imponga, comunque, alle Regioni dei ferrei vincoli, mirati ad evitare disavanzi.

In che modo? Prescrivendo alla rete ospedaliera l'adozione di standard che contengono la dotazione media di cinque posti letto ogni mille abitanti.

Si noti - dopo le informazioni che avete avuto circa il fenomeno della non autosufficienza - che, di tali posti, l'1 per cento deve essere riservato alla riabilitazione o alla lunga degenza.

C'è anche un tetto ben preciso, da non oltrepassare, del 13 per cento per quanto riguarda la spesa farmaceutica.

Aggiungerei - meglio abbondare che rischiare di essere reticenti - che Governo e Regioni hanno definito quali debbano essere i cosiddetti "Livelli Essenziali di Assistenza", sintetizzabili nelle stringate e burocratiche definizioni:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

Ma non basta. Per fare in modo che le Regioni non si permettano di uscire dai binari di una metodologia omogenea, il Ministero della Salute ha definito gli elenchi di prestazioni "escluse", di quelle di cui possono essere beneficiari solamente una fascia limitata di utenti e di quelle prestazioni che esigono modalità più puntuali di erogazione.

Il ridimensionamento dell'intervento pubblico

Il quadro dell'impegno dello Stato ad assicurare i livelli essenziali di Assistenza con il proprio sistema sanitario è significativamente contenuto. Non è un eufemismo.

Il segnale - ed è qualcosa di più di un segnale - pare inequivocabile e gli italiani sono chiamati a prenderne atto.

Si è parlato, a più riprese, del ruolo sociale dell'assicurazione.

Se lo Stato ha predisposto precisi e non superabili impegni nell'erogazione delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, l'industria assicurativa ha l'opportunità di fare davvero un salto epocale.

Parlo, in primis, di un'uscita dalle strettoie di un consumo che oggi risulta davvero limitatissimo, quasi elitario. Con i presupposti accennati sarà possibile trasformare il ramo salute in qualcosa di effettivamente vicino al largo consumo. Se non consumo di massa.

Il Sistema Sanitario Nazionale italiano sta seguendo una evoluzione la cui dinamica generale risulta del tutto assimilabile - nonostante le varie e comprensibili differenze di impostazione sul piano della strategia, della politica e della "cultura" che possono ragionevolmente sussistere, in corrispondenza delle diverse evoluzioni storiche e realtà - a quella che si è affermata in altri Paesi dell'Unione Europea. E, in senso più lato e generale, nei Paesi più evoluti nel contesto dell'economia mondiale.

In termini certamente riduttivi, direi che quando si parla di Sanità, il problema di fondo da risolvere si incentra sulle ovvie necessità di mantenere un equilibrio tra una partecipazione dello Stato a tutela della vita dei suoi cittadini, il necessario rispetto di alcuni fondamentali fattori di limitazione alla spesa economica e al rapporto tra tale spesa e i risultati.

Obiettivi che vengono attualmente visti e valutati come "inderogabili", rafforzati da una considerazione: di questi tempi, ormai, le visioni cosiddette "liberiste" si confondono e si intersecano con i classici concetti dirigistici e statalisti.

Agli inizi del Terzo Millennio non troviamo più ostinati - perché di stampo conservatore - fautori del libero mercato "tout court". Né hanno diritto di cittadinanza i propugnatori, a senso unico, dell'applicazione delle teorie keynesiane, perché di area progressista.

Si propende semmai verso un liberismo mitigato, "libero mercato, ma mica tanto". O, in alternativa, si afferma un interventismo statale che tiene conto della necessità del confronto con un sistema economico plurimo, a più vie.

Il fatto è che - per quanto riguarda il nostro Bel Paese - non si è riusciti a capire come sia possibile andare avanti a gestire un Sistema Sanitario Nazionale che pare un pozzo senza fondo.

Dopo anni e anni di "sprechi" biblici, cui nessun governo è riuscito a porre un freno, si permane nell'incertezza persino su dove operare tagli di spesa.

Se un modello risolutivo e virtuoso è ancora da verificare, è possibile - tuttavia - delineare in qualche modo una linea di tendenza che mira a spostare l'asse dal pubblico al privato.

Con questo coinvolgendo, praticamente, capitali privati, forme di finanziamento e forme di gestione manageriale del tutto assimilabili a quelli delle aziende private.

Un impegno collettivo degli assicuratori

Risulta intuitivo comprendere come la combinazione di un quadro generale di tal fatta - che esprime la necessità di perfezionare tanto il collegamento di strutture di tipo privato con la popolazione dei cittadini, quanto la copertura del relativo impatto economico (a carico sempre dei cittadini), con un aumento generalizzato che è facile prevedere per la spesa sanitaria, connesso all'aumento della popolazione assistita e alle nuove e più costose tecnologie mediche - risulti di straordinario interesse per l'industria assicurativa. Tutti gli assicuratori, ritengo, si dovranno impegnare.

Ricordo un'indagine condotta dalla Arthur Andersen, utilizzando il metodo Delphi, agli inizi degli anni Novanta. Intervistato un rilevante campione di manager assicurativi europei.

Chi va a rileggere i risultati, scopre che non era alta la percentuale di chi pensava che il cuore dello sviluppo del decennio 1990- 2000 sarebbero stati i rami vita legati alla bancassicurazione. Come abbiamo visto tutti.

No. Gli amministratori delegati e i direttori generali delle compagnie europee intervistate dalla "force de frappe" della Arthur Andersen indicavano nell'area Salute (tanto per abbandonare la sfavorevole dizione "Malattie", tipica del gergo assicurativo e che proporrei di cancellare per sempre) il grande business del sistema assicurativo per gli anni Novanta.

Gli assicuratori italiani la pensavano pure a quel modo. Ma evidentemente i tempi "non erano maturi". Lo si è visto.

Gli anni Novanta hanno avuto - per quanto riguarda l'Italia - l'evoluzione che sappiamo.

Vorrà dire che saranno gli anni di avvio del Terzo

Millennio a verificare se si possano realizzare - in un contesto che deve tener conto della nuova politica del Sistema Sanitario Nazionale - obiettivi raggiungibili.

Gli assicuratori e i riassicuratori sono chiamati, oltre a dotarsi di strategie finalizzate a cogliere le opportunità che si prospettano, a trasformarle in occasioni di business e profitto.

Ovviamente passando attraverso la concreta dimostrazione di poter garantire agli assicurati un servizio integrativo di prestazioni sanitarie di qualità. Che consenta - oltre all'uscita dal tunnel della RC Auto come asserzione di un sistema non all'altezza - di vincere la sfida diabolica del rilancio dell'immagine dell'assicurazione.

Dite che è poco?

Sappiamo come tale immagine sia oggi non certamente ai primi gradini nella scala affettiva della comunità nazionale.

E mi astengo qui dall'addentrarmi nelle valutazioni del pubblico italiano circa il singolare universo delle polizze RC Auto.

Stando ai dati disponibili relativamente ai risultati del lavoro assicurativo nel particolare ramo "Malattie" (ma perché ci ostiniamo a nominarlo con una terminologia negativa? Gli anglosassoni lo chiamano "Health", "Salute". Non è peccato copiare un termine che contiene positività), consideriamo che la raccolta premi delle 100 compagnie operanti in Italia in tale ramo ha raggiunto i 1.342 milioni di Euro. Con una crescita del 6,90 per cento rispetto ai risultati dell'esercizio 2000.

Il ramo rappresenta il 4,50 per cento dei premi raccolti dall'intero mercato assicurativo italiano. E' da considerare - se le cose permangono allo stato attuale - un ramo quasi residuale.

Che comunque ha inflitto perdite alle compagnie. La "Combined Ratio" è stata di 102,10, le spese di gestione hanno inciso per il 25,70 e il rapporto sinistri a premi è stato del 76,40.

Il saldo tecnico è risultato negativo per 60 milioni di Euro (con lieve progresso rispetto all'anno 2000, che aveva chiuso con 62 milioni, sempre in negativo).

Considerati gli utili degli investimenti, il risultato del conto tecnico del lavoro diretto è stato negativo per 27 milioni di Euro. Tenendo conto del saldo della riassicurazione, il risultato complessivo risulta "in rosso" per 22 milioni di Euro, con una incidenza sui premi dell'1,80 per cento.

Il linguaggio delle cifre è sufficientemente esplicito e non ha quasi bisogno di commenti. Peggio di così.

Semmai vale la pena di addentrarsi in considerazioni quanto mai opportune circa la necessità, da parte dei sistemi sanitari, di adeguarsi ai cambiamenti che sono in corso. Adeguati all'evolversi dei bisogni effettivi, rispondenti alla attuale e futura configurazione socio-demografica del Paese.

Senza entrare nello stretto dettaglio, si può dire che il processo di invecchiamento progressivo della popolazione italiana, che si distingue per i livelli record quanto a "speranza di vita", presenta problematiche specifiche da risolvere.

Alle quali sono legate altrettante opportunità.

Basti pensare alla più volte richiesta necessità di costituire fondi assicurativi legati ai ripetutamente accennati rischi della "non autosufficienza".

In uno scenario del genere, risulta di enorme importanza riuscire a trovare soluzioni intelligenti e coerenti.

Mi riferisco alla urgenza, da parte degli assicuratori, di saper proporre nuovi prodotti, non necessariamente legati agli antichi stereotipi di "polizza sanitaria" quale ci siamo abituati a vedere circolare nel corso degli ultimi decenni.

Colgo, per esempio, un suggerimento di "Assinews" che in una recente pubblicazione propone di considerare la "Long Term Care" non solo come polizza Vita o abbinata a polizza Vita, ma come polizza Danni, senza la pretesa erronea di offrire una copertura al 100 per cento delle spese conseguenti allo stato di non autosufficienza.

Assinews chiede di riscoprire la "Temporanea da Malattia" che già si offriva cinquant'anni fa. E ribassare l'inverosimile elevata franchigia prevista per l'Invalidità Permanente da Malattia, con correlato aumento dei tassi.

Sono convinto che uno scatto di creatività e di coraggio contribuirà a far cogliere frutti rilevanti per gli assicuratori che vorranno proporre prodotti efficaci ed efficienti.

Posso accennare, per esempio, ai possibili sviluppi dei più validi ed innovativi concetti del "Managed Care", su cui costruire gli utili e i necessari volumi di affari.

Non disgiungibili dall'efficienza, dalla capacità di innovazione e dalla professionalità con cui dovranno muoversi le reti di vendita.

Non mi riservo, in chiusura, che un sintetico commento riguardante la riassicurazione.

Nonostante stiamo attraversando una congiuntura molto difficile e "tesa", visto che il 2001 può essere archiviato come l'"annus horribilis" del mercato riassicurativo planetario, da più palesi segni possiamo arguire che il sistema riassicurativo abbia saputo trovare energie nuove ed offrire addirittura spunti di rilancio nei vari settori di attività.

Se questa capacità di reagire può indurre a meraviglia chi non è addentro allo specifico settore, posso confermare - come "addetto ai lavori" riassicurativi - che il sistema ha mostrato una straordinaria capacità di attrarre l'afflusso di notevoli capitali e - al tempo stesso - prospettare agli investitori la possibilità di ottenere margini indubbiamente interessanti.

Confutando - con una risposta di tale portata - i facili profeti di sventura che prospettavano una situazione di crisi non reversibile.

Ritengo quindi che il mercato, considerato nella sua interezza e fatte salve le dovute eccezioni e particolarità, non porrà tempo di mezzo per rispondere in termini adeguati e apportare il suo fondamentale supporto, individuando i sottoscrittori di rischi dai quali - sulla base dei concetti appena accennati - potranno attendersi risultati di successo.

Lo conferma anche la nostra iniziativa di questi tre giorni, nei quali intendiamo affrontare - insieme a una pattuglia di autorevoli relatori - tutte le possibili prospettive dell'argomento "Sanità", proposte in un "contesto ambientale" che tutto vuol sentirsi dire tranne che di affrontare i certamente non trascurabili problemi che riguardano la terza e la quarta età. Un contesto che è percorso da quello che sembra essere un finora insopprimibile lapsus freudiano: ci riempie di spot e di sollecitazioni verso il giovanilismo a tutti i costi, di paradossi del fitness, del jogging, del climbing e degli sport estremi, rivolgendosi, da quello che dicono i dati, ad una maggioranza di pur aitanti ultrasessantenni.