

PRIMO PIANO

Raccolta spinta dalle unit linked

È di 77,7 miliardi di euro la raccolta complessiva registrata nel primo semestre dalle imprese assicurative italiane e dalle rappresentanze di imprese extra See. Secondo i dati diffusi ieri dall'Ivass, rispetto ai primi sei mesi 2014 c'è stato un incremento pari al 7,8%.

L'Ivass sottolinea come il dato complessivo mostri andamenti differenziati tra i comparti vita e danni: al forte aumento della raccolta premi vita pari a 61,6 miliardi di euro (+10,8% rispetto al primo semestre 2014) si contrappone la diminuzione della raccolta danni, che è pari 16,1 miliardi di euro (-2,6% rispetto al medesimo periodo dello scorso anno). In particolare, la crescita dei premi vita interessa le polizze unit linked, la cui raccolta raggiunge 17,8 miliardi di euro (+91,1%), mentre le polizze tradizionali pur continuando a registrare la raccolta più elevata (pari a 40,7 miliardi di euro), accusano una significativa flessione (-6,2% rispetto al corrispondente periodo del 2014).

La diminuzione della raccolta danni è riconducibile al ramo Rc auto (-7%), che vede continuare il proprio trend discendente avviato nel terzo trimestre 2012; gli altri rami, che rappresentano poco più della metà dei premi danni totali, registrano invece una moderata crescita pari a circa l'1,7%. Per leggere la news completa, clicca qui.

B.M.

IL PUNTO SU...

Rc Sanitaria tra obblighi e difficoltà interpretative

L'analisi dello stato attuale dei lavori parlamentari, con l'approvazione di alcuni emendamenti al testo del disegno di legge lo scorso 18 novembre, evidenzia un quadro di obblighi definito. Ma anche criticità strutturali ed economiche su cui intervenire per evitare il rischio, in alcuni punti, di inapplicabilità della norma

In data 18 novembre 2015 la Commissione *Affari Sociali* della Camera ha approvato alcuni emendamenti al testo del disegno di legge sulla responsabilità professionale medica, in discussione in Parlamento. Il testo che segue costituisce quindi una valutazione dello stato attuale dei lavori parlamentari, che tiene conto delle novità introdotte proprio nella sessione del 18 novembre e, più in generale, dell'evoluzione politica del sistema della Rc sanitaria verso una prospettiva di avvicinamento alla modalità dell'assicurazione obbligatoria, già presente nel nostro ordinamento in discipline diverse (come la Rc auto).



ART. 8 (OBBLIGO DI ASSICURAZIONE)

L'articolo a oggi approvato ribadisce l'obbligo (già previsto dal dl n. 90 del 24.6.2014, convertito con modifiche dalla legge 114 dell'11.8.2014) per le aziende sanitarie pubbliche e private operanti in regime autonomo o accreditato di contrarre coperture assicurative "o altre analoghe misure" per la responsabilità civile verso terzi conseguenti all'erogazione di prestazioni sanitarie (Rct), nonché verso i propri prestatori d'opera (Rco). Ciò con la precisazione che tale obbligo investe anche la pratica delle prestazioni sanitarie intramurarie e per telemedicina.

Per il medico professionista che svolga la propria attività ambulatoriale in proprio, e quindi fuori di una struttura sanitaria, permane l'obbligo di cui alla legge n.189 del 2012 (*legge Balduzzi*) e dalla legge n. 148 del 2011.

La norma precisa che l'esercente la professione sanitaria inquadrato in una struttura pubblica o privata, convenzionata o meno, deve contrarre una polizza che abbia a oggetto il rischio legato alla rivalsa disciplinata dal precedente articolo 7 ter, con oneri a proprio carico (comma 3).

(continua a pag. 2)



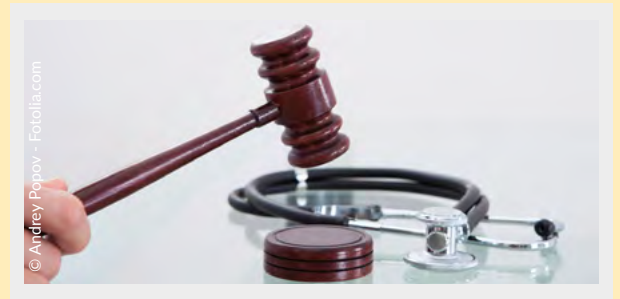
INSURANCE CONNECT su LINKEDIN

Clicca qui per iscriverti al gruppo

Clicca qui per seguire la pagina

(continua da pag. 1)

È fatto obbligo (comma 4) per tutte le aziende sanitarie di rendere pubblici (mediante comunicazione “sul proprio sito internet”) i dati della propria copertura assicurativa, quali il nome della impresa garante, l’indicazione stesa dei contratti, le singole clausole, ovvero le analoghe misure predisposte in alternativa alle coperture assicurative (fondi diretti interni e riserve patrimoniali). Questo onere di pubblicità, con ogni evidenza, dovrà dunque riguardare le disposizioni economiche della garanzia (massimali, franchigie) e quelle che regolano la disciplina contrattuale (esclusioni, regime temporale, e così via).



ART. 8 BIS (AZIONE DIRETTA DEL SOGGETTO DANNEGGIATO)

Molto rilevante la novità contenuta nell’art. 8 bis ove, con una formulazione che attinge al regime della Rc auto obbligatoria, il legislatore si propone di introdurre l’azione diretta contro l’impresa di assicurazione della struttura e degli esercenti la professione sanitaria.

Vediamo di seguito le principali disposizioni in tema:

1. **Legittimati attivi:** sono tali esclusivamente il “soggetto danneggiato”. Una locuzione così diretta lascia intendere che solo il paziente possa agire direttamente contro l’impresa di assicurazione. Non dovesse mutare la disposizione in sede parlamentare, dunque, si aprirà il conflitto interpretativo se tal facoltà possa essere estesa anche ai congiunti della vittima principale e, soprattutto, alle aziende sanitarie che agiscano in rivalsa. Resta fermo in ogni caso il diritto dell’azienda o del sanitario di chiamare in garanzia la propria compagnia.
2. **I commi 2 e 3** recitano che “non sono opponibili al danneggiato, per l’intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto né clausole che prevedano l’eventuale contributo dell’assicurato al risarcimento del danno”. “L’impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l’assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o ridurre la propria prestazione”.
3. Il testo approvato richiama, solo parzialmente, il limite posto già nella disciplina Rc auto per le eccezioni contrattuali non opponibili al terzo danneggiato (art. 144 comma II, Codice Assicurazioni Private). Tuttavia il testo omette di considerare che la disciplina assicurativa auto esclude la predisposizione di franchigie in capo all’assicurato con esclusione parziale quindi della copertura integrale su base volontaria, elemento che invece è assai diffuso nel sistema della assicurazione della Rc sanitaria. Il testo andrà dunque emendato nel senso di consentire la delimitazione non solo superiore (massimale) ma anche quella per così dire di base (franchigia).
4. **Il comma 4** prevede l’obbligo di citare nel giudizio risarcitorio (litisconsorzio necessario) assieme all’impresa di assicurazione, anche “l’azienda sanitaria, la struttura o l’ente assicurato ovvero l’esercente la professione sanitaria”.
5. **Lo stesso comma prevede un diritto** (generico e non circostanziato, né meglio regolato) dell’impresa di assicurazione di accedere alla documentazione clinica del fatto esistente presso la struttura assicurata.
6. **L’ultimo comma (il quinto)** prevede che il termine di prescrizione dell’azione diretta risarcitoria contro l’impresa di assicurazione sia pareggiato a quello dell’azione verso l’assicurato azienda o prestatore d’opera professionale. Norma in effetti in parte superflua, nella misura in cui si consideri che in ogni caso la prescrizione del diritto alla garanzia assicurativa è sospeso verso l’assicurato dalla data in cui quest’ultimo abbia validamente denunciato il sinistro (art. 2952 IV comma cc).



ART. 9 (FONDO DI GARANZIA PER I SOGGETTI DANNEGGIATI DA RESPONSABILITÀ SANITARIA)

È questa la norma che presenta le maggiori criticità strutturali, pratiche ed economiche e che, presumibilmente, dovrà ricevere una forte rivisitazione in sede emendativa onde evitare il rischio di una inapplicabilità pratica della disciplina che si vorrebbe introdurre.

La norma dovrebbe regolamentare la costituzione del “Fondo di Garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria”, già previsto da una norma programmatica contenuta nella L. n. 189/2012 (art. 3 comma 2).

Tale fondo (costituito presso la **Consap**) dovrebbe risarcire i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei seguenti unici casi:

- a. “il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall’esercente la professione sanitaria”
- b. nell’ipotesi in cui l’impresa assicurativa al momento del sinistro sia in stato di insolvenza, ovvero in liquidazione coatta amministrativa, o vi venga posta successivamente.

(continua a pag. 3)



(continua da pag. 2)

Non è chiaro, principalmente, come debba operare il fondo nell'ipotesi sub a). Non essendo stata prevista una disciplina che disponga un massimale minimo obbligatorio per legge (come per l'auto), è evidente che tale limite è ancora rimesso alla libera scelta dei contraenti assicurati.

Prevedere dunque che il Fondo debba garantire ove la polizza non copra è norma di fatto aperta (nella versione accreditata) a qualunque esposizione non preventivabile, in quanto il danno patito dalla vittima (nei casi gravi) molto facilmente supererà la somma stabilita dalle parti nel contratto non soggetta oggi ad alcun limite minimo obbligatorio.

Né certamente potrà costituire chiara e valida norma limite quella contenuta al comma successivo (il n. 3) ove è previsto che il Fondo "provvede al risarcimento del danno nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del Fondo stesso", rendendo di fatto la stessa garanzia a favore delle vittime del tutto aleatoria e discrezionale, con evidente rischio di disapplicazione pratica della disciplina intera.

Proprio la questione delle fonti finanziarie per la costituzione del Fondo resta la più astratta e, ancora oggi, non conciliabile con le funzioni attribuite al Fondo stesso.

Tale Fondo dovrebbe infatti essere implementato esclusivamente (in assenza di contributi statali) su contributi da determinarsi in percentuali sui premi incassati, versati dalle sole imprese di assicurazioni che siano autorizzate a operare nel ramo (e non, quindi, per l'intero comparto assicurativo).

È plausibile che tale Fondo non possa quindi proporsi come valido strumento di tutela finanziaria per le vittime di errori sanitari e nemmeno, come nella *ratio* della legge n. 189/2012 (cd *Balduzzi*), per coadiuvare la ricerca di valide ed idonee coperture assicurative per i sanitari professionisti.

In conclusione, si ritiene che il testo del quale si dà conto oggi sia destinato a mutare in porzioni sostanziali dell'attuale versione, anche se le indicazioni offerte costituiscono già un buon indice di quelle che sono le soluzioni adottate e gli indirizzi di politica economica che il Parlamento e il Governo intendono adottare per risolvere l'annosa questione della responsabilità sanitaria e della sua assicurazione professionale.

Filippo Martini,
Studio Mrv

INTERMEDIARI

Gli italiani e il risparmio, tra incertezza e consapevolezza

Secondo l'Osservatorio UnipolSai 2015, la crisi rimane impressa nei cittadini, convinti che avremo meno soldi a disposizione. Un Paese ancora cauto, ma più cosciente

Futuro economico instabile, desiderio di mantenere l'attuale tenore di vita, ma consapevolezza degli strumenti di accumulo disponibili e dei professionisti a cui rivolgersi. Questi i risultati dell'ultima ricerca dell'Osservatorio *UnipolSai 2015*, affidata a *Nextplora*, che ha indagato gli italiani e il risparmio.

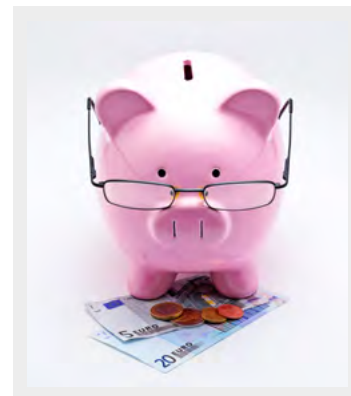
Di fondo, la crisi rimane impressa nella mente dei cittadini, nonostante i primi segnali di ripresa: nel secondo trimestre del 2015, la spesa delle famiglie è cresciuta del 0,4% (la più alta dal 2010), grazie all'aumento del potere d'acquisto (+0,2%) e a un minore ricorso al risparmio, la cui propensione è scesa di 2 decimi di punto all'8,7% (dati *Istat* settembre 2015).

Gli italiani sembrano essere ancora cauti: il 34% afferma che il futuro economico sarà sempre più incerto, e il 27% del campione è convinto che avremo meno soldi a disposizione. Un altro 21% si dimostra più ottimista, con un po' di attenzione al risparmio, e solo l'8% è convinto che bisognerà utilizzare forme di risparmio private.

Riguardo alle attese, il desiderio più inseguito è il mantenimento del tenore di vita attuale (33%) o di un livello sufficientemente adatto (20%); il 19% del campione vorrebbe essere in grado di aiutare i propri figli, e solo il 12% integra la propria pensione perché ritenuta troppo bassa.

Polizze vita e ricorso alla banca

Su questo fronte, le forme di risparmio conosciute sono prevalentemente le polizze assicurative sulla vita (54%), i fondi pensione (49%) e i fondi di investimento (44%). Chiudono il quadro generale i piani pensionistici individuali (41%), l'acquisto di immobili (34%) e i conti deposito (36%).



Per avere le informazioni necessarie, gli italiani si affidano principalmente alla propria banca (36%) e alla figura del proprio assicuratore (25%); il 16% utilizza i siti internet specializzati (16%), o il classico passaparola (12%), mentre ancora limitato è il ricorso ai siti web delle compagnie (4%), ai blog forum e ai social network (4%).

Laura Servidio

NEWS

Per il Premio Assiteca selezionate 24 finaliste

Il tema del convegno di quest'anno, che si terrà a Milano, è il welfare in azienda

Countdown per la sesta edizione del Premio **Assiteca**, *La gestione del rischio nelle imprese italiane*. Sono 24 le aziende finaliste che sono state selezionate per la cerimonia finale, quest'anno dedicata al welfare in azienda. Il convegno, in cui si terrà la premiazione, è in programma il 1° dicembre a Milano.

Dopo aver trattato la gestione del rischio rispetto ai temi della sicurezza sul lavoro, dei crediti commerciali, della *business continuity*, della *compliance* e dell'export, anche il tema di quest'anno ha riscosso notevole interesse. Nel progetto di ricerca, a cura di **Asam** (associazione per gli studi aziendali e manageriali dell'**Università Cattolica del Sacro Cuore**), sono state coinvolte infatti ben 231 imprese.

L'evento di dicembre sarà, inoltre, l'occasione per dibattere di un tema particolarmente caldo anche nell'agenda di Governo: "proprio in questi giorni - sottolinea **Alessia Maggiani**, direttore divisione employee benefits di Assiteca - il Senato ha proposto una serie di emendamenti alla legge di stabilità per azzerare il peso del fisco su tutte le prestazioni sociali erogate dai datori di lavoro in favore dei dipendenti e delle loro famiglie ed estendere le tipologie di servizi agevolati". E ha aggiunto: "chiaro obiettivo del governo è quello di incentivare la contrattazione aziendale, dando la possibilità di erogare una serie di servizi di utilità sociale, in alcuni casi integrando, in altri decongestionando e in altri ancora colmando l'assenza dell'offerta pubblica".

Tornando al premio, in ottica di maggior coinvolgimento e valorizzazione delle realtà locali, le categorie previste quest'anno sono più numerose: sia per le grandi imprese, che per le piccole e medie imprese, sono previste le sezioni territoriali Nord Ovest, Nord Est, Centro e Sud e Isole. In più si aggiungono le categorie speciali *Aziende Familiari* e *Community*, intendendo per queste ultime le più segnalate sul web. Il prestigioso riconoscimento, unico in Italia, è stato lanciato nel 2010 da Assiteca (primario gruppo italiano di brokeraggio assicurativo), per segnalare le *best practice* del nostro Paese. Ogni anno, sulla base di una ricerca volta a inquadrare il grado di preparazione delle imprese sul tema della gestione del rischio, viene indagato un ambito specifico in cui operano le aziende nostrane.

Renato Agalliu

PERITI

Loss adjustment, al via i master di Cineas

Iscrizioni aperte ai tre percorsi formativi pensati per guidare l'evoluzione della carriera del perito

Specializzato, in grado di avere un approccio multidisciplinare e di padroneggiare strumenti tecnologici evoluti. Secondo il consorzio universitario **Cineas**, la figura professionale del perito si sta evolvendo verso livelli manageriali con un ruolo chiave nella fase più critica: quella di gestione della crisi che segue il verificarsi di un incidente. Da anni Cineas ha creato un'area formativa dedicata al loss adjustment che si compone di tre livelli di specializzazione: *Loss adjustment basic on line* (7° edizione), *Loss adjustment advanced* (11° edizione) e *Expert loss adjuster* (3° edizione).

Il master on line fornisce gli strumenti teorici e pratici per intraprendere la professione: il corso prevede lezioni in aula e sessioni on line agevolando lo studio e ottimizzando tempi e costi per gli spostamenti.

Il master *advanced* si rivolge a professionisti che abbiano maturato una buona esperienza nel campo della fascia dei sinistri medi, e che vogliono approcciare anche la nicchia dei sinistri complessi.

Per questi due master le iscrizioni sono aperte fino all'8 gennaio 2016; sono previste anche quattro borse di studio: è possibile far richiesta entro l'11 dicembre 2015.

Il più avanzato dei tre master, *Expert loss adjuster*, rappresenta una sorta di *università* del loss adjusting. Il corso si rivolge a professionisti che intendano specializzarsi nella gestione dei sinistri di maggior complessità legati agli ambiti dei rischi tecnologici, della responsabilità civile prodotti e professionale, e della gestione dei sinistri del terzo millennio. Il master viene erogato, infatti, in sei moduli di tre giorni *full immersion* distribuiti in sei mesi (da ottobre 2016 a marzo 2017). Si favoriscono le opportunità di confronto tra studenti e con i docenti, si lavora su casi reali in aula e gli argomenti di approfondimento includono non solo aspetti tecnici, ma anche tematiche manageriali di gestione delle risorse e della conflittualità. Gli studenti sono immersi in un ambiente che facilita l'apprendimento e ogni opportunità viene sfruttata per la condivisione e lo scambio di esperienze professionali di alto livello; ad esempio, il momento della cena prevede la partecipazione di un ospite di prestigio che interviene con un commento qualificato sugli scenari evolutivi del settore assicurativo e del loss adjustment.

"I nuovi rischi, legati alla vulnerabilità dei sistemi complessi, - spiega l'ingegner Giuseppe Degradi, coordinatore del percorso Cineas per i periti - stanno acquisendo crescente attenzione da parte del mondo assicurativo. Coinvolgono, per esempio, tematiche come i cyber risk e i rischi reputazionali, che risulteranno sempre più cruciali in futuro dal punto di vista del business aziendale".

Beniamino Musto

Insurance Daily

Direttore responsabile: Maria Rosa Alaggio alaggio@insuranceconnect.it

Editore e Redazione: Insurance Connect Srl - Via Montepulciano 21 - 20124 Milano

T: 02.36768000 **E-mail:** redazione@insuranceconnect.it

Per inserzioni pubblicitarie contattare info@insuranceconnect.it