

PRIMO PIANO

Unicredit, si tratta su Pekao

Dovrebbe essere a buon punto la trattativa per la cessione di Pekao da Unicredit alla compagnia assicurativa Powszechny Zakład Ubezpieczeń (Pzu), tra i principali player assicurativi della Polonia. Il gruppo di piazza Gae Aulenti, che il prossimo 13 dicembre presenterà il nuovo piano industriale messo a punto dal ceo Jean-Pierre Mustier, ha messo sul tavolo una quota del 33% della propria controllata polacca: il 20% verrebbe rilevato direttamente da Pzu, partecipata dal governo di Varsavia, e il restante 13% finirebbe al Fondo polacco per lo sviluppo.

Secondo quanto affermato all'agenzia Pap del vicepremier e ministro delle Finanze polacco, Mateusz Morawiecki, il negoziato dovrebbe essere ormai entrato in una fase delicata e riservata. "Vediamo se con i nostri partner riusciremo ad arrivare a una conclusione entro quest'anno", ha auspicato Morawiecki, avvertendo però di non dare nulla per scontato perchè anche all'ultimo momento potrebbero ancora sorgere ostacoli. "Potrebbe sempre risultare che il prezzo non corrisponde alle nostre aspettative", ha affermato. Secondo i media locali Unicredit avrebbe intenzione di vendere l'intero pacchetto, pari a poco più del 40% delle azioni di Pekao.

Beniamino Musto

RICERCHE

A rischio il benessere delle famiglie italiane

Oltre la metà fatica ad arrivare a fine mese. E, se emerge una forte resilienza, soprattutto nelle donne, resta basso il ricorso alle assicurazioni. Presentati ieri, a Roma, i risultati dell'osservatorio del Forum Ania-Consumatori, dove rappresentanti del mondo accademico, economico, sociale e assicuratori concordano sull'importanza dell'educazione finanziaria

Il paziente migliora, ma è ancora malato. Questo lo stato di salute del welfare che emerge dall'Osservatorio sulla *Vulnerabilità economica delle famiglie italiane* e da un approfondimento dedicato alle capofamiglia donne presentato ieri a Roma e condotto dall'**Università degli Studi di Milano** e dall'istituto di ricerca **Eumetra**, per il **Forum Ania-Consumatori**.

Secondo l'indagine, giunta della terza edizione, l'indice di vulnerabilità è migliorato, diminuendo del 13% e tornando sui livelli del 2009, quando si iniziavano a cogliere i primi segnali della crisi.

Come spiegano le ricercatrici **Gabriella Calvi Parisetti**, vice presidente advisory board **Eumetra Monterosa** e **Daniela Vandone**, professore associato di economia dei mercati e degli intermediari finanziari dell'**Università di Milano**, le famiglie registrano una percezione di miglioramento: in sostanza, non si sta meglio, ma ci si è abituati a questo stato di cose.

Secondo l'analisi, tre italiani su cinque hanno problemi economici: il 40,1% delle famiglie dichiara di arrivare a fine mese con alcune difficoltà, il 13,3% con molta difficoltà, mentre il 7,9% degli intervistati non ce la fa proprio. Questo disagio si traduce in un 16,5% di famiglie che non è in grado di affrontare una spesa imprevista importante, e in un 37,2% che rinuncia a un'eventuale visita medica per ragioni economiche (era il 34,4% nel 2013).

UN UNIVERSO POCO "ROSEO"

Un aspetto importante è la maggiore vulnerabilità dei nuclei con capofamiglia donna (il 23% degli oltre 3mila intervistati), dove, oltre alle difficoltà legate a un reddito più basso, vi sono anche gli aspetti emotivi, legati alla relazione con i propri cari, non facili da gestire. "Qui - spiega **Gabriella Calvi Parisetti** - c'è un ritorno arcaico all'accantonamento delle monete e alla piccola programmazione delle spese: una modalità che tiene conto sia delle variabili economiche, sia di quelle affettive. La crisi non è affatto passata - afferma - però le donne hanno imparato a gestirla, dimostrando una resilienza molto forte". (continua a pag. 2)



INSURANCE REVIEW su **LINKEDIN**
Seguici sulla pagina cliccando qui

(continua da pag. 1)

Dall'indagine, emerge anche la rilevanza dell'area geografica di residenza: gli individui che abitano nel sud Italia e nelle isole hanno un valore dell'indice di vulnerabilità superiore agli abitanti del settentrione, a parità di condizioni socio-demografiche e finanziarie.

BASSO IL RICORSO ALLE POLIZZE

Altro aspetto rilevante sono gli shock esterni: il 24% degli intervistati ha subito la perdita del lavoro o una riduzione delle ore lavorative, il 13,4% del campione è stato interessato da malattie, decessi e invalidità nell'ultimo anno, il 7,5% ha vissuto una separazione, negli ultimi tre anni.

Su questo, le principali strategie di difesa adottate riguardano l'ottimizzazione dei costi e il ricorso a entrate aggiuntive. Viceversa, resta bassa la propensione delle famiglie italiane a ricorrere alle assicurazioni (solo il 25,4%), nonostante l'effettivo contributo degli strumenti finanziari per la gestione del rischio a ridurre le condizioni di vulnerabilità. E il dato più preoccupante è che, proprio le famiglie con poche risorse per autoassicurarsi e più esposte alle conseguenze patrimoniali del danno, sono quelle che non si assicurano.

CULTURA E OFFERTA: I PROBLEMI

Su questo tema si sono confrontati rappresentanti del mondo accademico, economico e sociale: **Giuseppe De Rita**, presidente **Censis**, **Francesco Belletti**, direttore **Centro Studi Internazionali Famiglia**, **Antonio Gaudio**, segretario generale di **Cittadinanzattiva**, **Margherita Flaminio**, **Stati Generali delle Donne** e **Luigi Di Falco**, responsabile vita e welfare di **Ania**.

Dal dibattito, è emersa l'importanza dell'educazione finanziaria che, soprattutto nei nuclei con figli, farebbe la differenza, come conferma Belletti, sottolineando il fatto che oggi le politiche familiari sono ancora "discontinue e dettate da logiche di emergenza".

Sul controsenso che vede un minore ricorso alle coperture, proprio da parte delle famiglie più vulnerabili, il responsabile Ania evidenzia un duplice problema: culturale e di offerta, che porta gli italiani a spendere 90 miliardi di euro l'anno in lotterie, contro i 140 miliardi, in 20 anni, dei fondi pensione. È giusto fare educazione finanziaria nelle scuole, sottolinea, ma anche le compagnie devono lavorare per semplificare offerta, condizioni e linguaggio: "dobbiamo essere più proattivi e disegnare prodotti maggiormente adeguati".



DEFINIRE LE COMPETENZE

Il sistema è in crisi, spiega De Rita, laddove sconta due contraddizioni: da un lato, vi è "un sistema universalistico che non funziona più, eccessivamente burocratizzato e incapace di rispondere ad una domanda individuale"; dall'altro, una gestione privata che cerca di sopperire all'inefficienza sanitaria, "ma che va regolata e controllata". Su questo doppio binario, insiste Di Falco, bisogna fare quello che già è stato fatto nella previdenza, stabilendo cosa viene garantito dal sistema pubblico e cosa affidare all'integrazione privata e, soprattutto, "definendo controlli, presidi e autorità".

UNA SCARSA FIDUCIA

La vulnerabilità è anche legata alla sfiducia che gli italiani hanno, non solo verso le compagnie, ma anche nei confronti dell'inefficienza statale. Questo sta provocando una pericolosa emigrazione interregionale, avverte Gaudio, che ha portato, in Calabria, a una mobilità sanitaria verso il nord Italia del 34% dei residenti, con uno spostamento di 400 milioni di euro. Inoltre, dei 35 miliardi di fondi elargiti dallo Stato per la prevenzione, le Regioni ne spendono appena il 4% e, anche sul fronte e-health, il 70% delle cartelle cliniche resta cartaceo, in attesa del fascicolo elettronico. Tutto ciò provoca sfiducia e impone una revisione delle politiche del Paese: "manca una visione olistica e lungimirante", conferma Gaudio, che esorta, anche nel caso della riduzione fiscale, a non operare per compartimenti, perché, "se da una parte si tutela, dall'altra si bombarda".

EDUCAZIONE FINANZIARIA E INFORMAZIONE

A concludere i lavori, il padrone di casa, **Pier Ugo Andreini**, presidente del **Forum Ania-Consumatori**, il quale sottolinea che i temi chiave per ridurre i costi del welfare e dare prodotti adeguati ai bisogni delle famiglie, sono previdenza e prevenzione. "A dominare - afferma - è l'incertezza. A questa, però, si contrappone una nuova generazione dalle grandi potenzialità, che dobbiamo educare al rischio, come fattore positivo, e alla conoscenza". Per farlo, ribadisce, è necessario focalizzarsi su due aspetti: "l'educazione finanziaria, dove siamo ultimi in Europa, e un'informazione chiara, semplice, trasparente e sistemica". Da cui potranno scaturire i necessari interventi del Governo. "In questo senso - conclude Andreini - lo Stato deve agire secondo la logica del futuro, adottando una detassazione fiscale, non in ottica di assistenzialismo, ma nel segno di una sana impostazione economica".

 SALUTE & SANITA'

A partire da questo numero, *Insurance Daily* fornirà aggiornamenti periodici in tema di sanità, tutela del paziente e diritto alle cure dei cittadini. I successivi approfondimenti si focalizzeranno sui diversi aspetti della problematica: dalla *malpractice* sanitaria/medicina difensiva, al ruolo delle compagnie di assicurazione e casse di assistenza nel coadiuvare la sanità pubblica, alla possibilità di migliorare il proprio stile di vita grazie a strumenti tecnologici sempre più sofisticati. La rubrica sarà curata da Paola Luraschi, consulente con esperienza ventennale maturata in ambiti nazionale e internazionale.

Ddl Gelli: l'opportunità di evolvere

L'esperienza americana dimostra che la gestione del rischio, condivisa tra struttura sanitaria e operatori, migliora i risultati e riduce la probabilità di sinistri

L'accelerazione dell'iter di conversione in legge del ddl sostenuto da **Federico Gelli** (deputato e Responsabile Sanità del Pd) in tema di responsabilità professionale del personale sanitario ha suscitato, e sta suscitando, clamore e timori nel settore sanitario. Tra i soggetti maggiormente interessati dalle novità vi sono le strutture sanitarie (pubbliche e private) che, legittimamente, hanno espresso direttamente o per il tramite di associazioni (**Aiop - Associazione italiana ospedalità privata**, in primis) le loro perplessità nei confronti di una normativa ricca e articolata.

Una sintesi di tali perplessità è stata riportata in un articolo apparso su *Insurance Daily* del 10 Novembre *u.s.* in cui viene sintetizzato il contenuto del recente convegno *Disegno di legge Gelli. Cambiano le regole della responsabilità sanitaria: impatti sul sistema* organizzato dalla sezione Giovani Lazio dell'Aiop. Tale sintesi evidenzia tutte le preoccupazioni di un settore quello sanitario, abituato a "difendersi" da richieste di indennizzo e da denunce di (presunti o reali) danni causati da imperizia di operatori sanitari.

Tra i punti del ddl Gelli che fanno più dibattere il settore vi sono la difficoltà per le strutture sanitarie di acquistare una copertura assicurativa (che diverrà obbligatoria) a fronte di una offerta assicurativa ridotta ed onerosa, oltre alla percezione diffusa che il ddl abbia la finalità non dichiarata di "aiutare" i medici alleggerendone le responsabilità a discapito delle strutture sanitarie.

Un contesto di negatività

Appare paradossale che una normativa che si pone come primo intento quello di porre un freno alla medicina difensiva, ristabilendo equilibrio nel ruolo medico-paziente susciti una reazione "difensiva" forte e decisa degli operatori del settore. In realtà la normativa, con lo scopo di tutelare il cittadino-paziente, avvia un importante percorso di efficientamento del settore sanitario in cui l'Italia è rimasta indietro rispetto al panorama globale. Strutture sanitarie ed operatori del settore che accoglieranno il cambiamento senza pregiudizio e con proattività non potranno che beneficiarne. Tra le ragioni della reazione del settore, si rileva il contesto socio-culturale ed economico in cui si inserisce la nor-

mativa. Una delle con-cause della medicina difensiva, cui appunto si vuole porre freno, è il perdurare di una condizione economica difficoltosa e di un contesto politico instabile. Se da un lato i cittadini-pazienti hanno sempre meno denaro per affrontare spese sanitarie avvalendosi del sistema sanitario privato, la sanità pubblica ha ridotto nel tempo efficienza, copertura e qualità dei servizi, in conseguenza dei tagli che i diversi governi hanno applicato ai finanziamenti della sanità. Il proliferare di società e professionisti la cui attività prevalente è il supporto ai cittadini nella richiesta di risarcimento danni per errori sanitari, ha catalizzato il malcontento dei cittadini-pazienti creando una contrapposizione tra medico e paziente. Oltre a questo aspetto, va rilevato che la gestione del rischio sanitario è stata fino a oggi *regulatory driven*, ossia realizzata prevalentemente in risposta a una esigenza normativa. Ciò si traduce in atteggiamento "difensivo" di medici e strutture.

Proattività vs difensivismo

Ulteriori elementi di interpretazione del cambiamento normativo si possono trarre dall'osservazione delle realtà oltreoceano, in cui l'*enterprise risk management* è in primis strumento di ottimizzazione strategica e in cui la gestione del rischio clinico è una naturale conseguenza dell'efficienza gestionale.

In particolare, da ciò si trae la ratio della corresponsabilizzazione delle strutture sanitarie per gli errori degli operatori che vi operano. Posto che l'errore umano (ivi incluso quello dei medici) è ineliminabile, le conseguenze di tale errore possono e devono essere minimizzate. Da un punto fattivo, la minimizzazione delle conseguenze di un errore del medico che opera in una struttura non può che essere demandata alla governance della struttura stessa. Questo motiva la corresponsabilizzazione delle strutture sanitarie, che non si traduce in deresponsabilizzazione dei medici rispetto alle conseguenze dei loro errori: il medico è tenuto a motivare la sua condotta individuale (causa dell'errore), mentre la struttura deve esplicitare la propria governance (i.e. processi, procedure e strumentazione) che ha un peso determinante nel condizionare le conseguenze di eventuali errori.

(continua a pag. 4)

(continua da pag. 3)

Il centro della questione, quindi, non è punire il responsabile di un errore ma bensì fare prevenzione minimizzando le conseguenze dell'errore stesso.

Una struttura sanitaria con un efficiente processo di *governance* non dovrà temere alcuna ripercussione negativa del ddl Gelli.

La responsabilizzazione delle strutture sanitarie, se correttamente applicata, dovrebbe quindi portare ad un sistema adeguato di *governance* aziendale, con significativa mitigazione dei danni derivanti da errori del personale sanitario. Di più, sempre l'osservazione di realtà di oltreoceano, evidenzia che l'approccio proattivo contrapposto a quello difensivo induce un beneficio in termini di efficienza e produttività delle strutture sanitarie. Nel caso del settore privato, questo può essere uno strumento efficace di ampliamento e sviluppo del business.

Una carente gestione del rischio

L'altro punto sollevato, legittimamente e correttamente, dal settore sanitario è la reticenza del mercato assicurativo a offrire coperture per Rc professionale sanitaria e l'eccessiva onerosità delle coperture esistenti. Considerando che le compagnie di assicurazione hanno tutto l'interesse a sviluppare il loro business, la mancanza generalizzata di disponibilità a entrare nel mercato non può che essere segnale della inadeguatezza della gestione del rischio sanitario (c.d. *clinical risk management*) previsto dalla normativa attuale, e quindi della necessità di introdurre un cambiamento. L'estensione della responsabilità alle strutture sanitarie costituisce un primo passo positivo in tal senso.

Il ddl costituisce un passo avanti nella gestione del sistema sanitario con evidenti ripercussioni positive di tipo economico e sociale. Va tuttavia rilevato che la norma, nella sua versione attuale, non riflette appieno la trasversalità dei temi connessi alla gestione del diritto alla salute. Se infatti il legislatore ha previsto una serie di novità concrete per la tutela del terzo danneggiato (i.e. intervenendo a danno avvenuto), poco è stato aggiunto a quanto già esiste per la prevenzione e gestione proattiva dei danni derivanti dal rischio sanitario.

Paola Luraschi,
strategic & business innovation advisor

COMPAGNIE

Gable Insurance in liquidazione

I contratti in corso cesseranno automaticamente di avere efficacia il 16 dicembre prossimo. Lo studio legale di Vaduz, Batliner Wanger Batliner è il liquidatore

È giunta quindi al capolinea l'avventura di **Gable Insurance**, che dopo molte difficoltà (di cui avevamo già parlato e i cui effetti lambivano anche il mondo del calcio italiano) è stata posta in liquidazione coatta dal tribunale del Liechtenstein, dopo che **PricewaterhouseCoopers**, amministratore straordinario della compagnia, aveva chiesto l'avvio della procedura fallimentare. La pietra tombale sui destini dell'impresa era stata deposta dai soci, che a inizio novembre avevano deciso di non procedere all'aumento di capitale necessario per superare la posizione debitoria.

La corte del Principato ha nominato come liquidatore lo studio legale di Vaduz, **Batliner Wanger Batliner** (www.bwb.li), al quale è possibile chiedere informazioni tramite la casella di posta elettronica aperta in questi giorni: gable@bwb.li.

Ivass, che ovviamente ha seguito la vicenda nel ruolo di autorità di vigilanza di un Paese in cui Gable era attiva, ricorda che i contratti in corso cesseranno automaticamente di avere efficacia decorse quattro settimane dalla data in cui è stata resa pubblica l'apertura della procedura di liquidazione (il 18 novembre scorso), e quindi il 16 dicembre prossimo. "In particolare - precisa Ivass - si richiama l'attenzione degli utenti già assicurati per la Rc auto con la citata impresa che dalle ore 00:00 del 17 dicembre 2016 i veicoli posti in circolazione sprovvisti di una nuova copertura Rc auto saranno soggetti alle sanzioni previste dall'articolo 193 del Codice della strada, ivi compreso il sequestro del veicolo".

In caso di sinistro con danni a terzi, avvenuto dopo il 16 dicembre, "i soggetti responsabili saranno patrimonialmente esposti all'azione di regresso delle imprese designate, le quali provvedono - continua l'Istituto -, per conto del Fondo di garanzia per le vittime della strada, al pagamento dei danni causati dai veicoli privi di copertura assicurativa".

Cliccando *qui* è possibile leggere il comunicato pubblicato sul sito dell'autorità di vigilanza del Liechtenstein (**Fma**), mentre è opportuno che i consumatori coinvolti in qualche modo con Gable Insurance chiedano chiarimenti e informazioni al contact center dell'Ivass al numero verde 800.486661, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 14:30.



Fabrizio Aurilia

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