

PRIMO PIANO

Lloyd's, Inga Beale verso l'addio

Rivoluzione in vista per i Lloyd's: Inga Beale, attuale ceo del mercato assicurativo londinese, lascerà l'incarico nel 2019. L'annuncio, arrivato venerdì con un comunicato stampa, non precisa ancora i tempi per l'addio. "È stata una decisione difficile – ha commentato Beale – e so già che, quando diventerà realtà, mi mancheranno l'energia, lo spirito innovativo e le competenze che ho potuto verificare in ogni giorno di lavoro".

Approdata ai Lloyd's nel 2014, Inga Beale è stata la prima donna al vertice del colosso britannico. In questi anni, come ricorda la nota, si è molto impegnata nell'adozione di nuove tecnologie che "hanno accelerato la modernizzazione e la digitalizzazione del mercato". Lascia i Lloyd's, prosegue la nota, "con una reputazione rafforzata, come uno dei più rispettati e autorevoli brand assicurativi del mondo".

"In questi cinque anni, Inga ha messo in moto una serie di cambiamenti volti a modernizzare il mercato, rendendolo più efficiente e inclusivo", ha ribadito Bruce Carnegie-Brown, chairman dei Lloyd's. "È stato un piacere lavorare con Inga – ha aggiunto – e la ringrazio per tutto il supporto che mi ha offerto".

Giacomo Corvi

+ SALUTE & SANITÀ

Sanità privata: crescono i volumi e i sinistri

Nonostante le prescrizioni della legge Gelli, le statistiche danno in crescita i casi di MedMal: segnale che il settore, seppure in fase espansiva, non ha modificato l'organizzazione in ottica risk based

I dati relativi alla sanità pubblica della nona edizione del *Report Med-Mal* di Marsh (nel seguito report) sono stati più volte sintetizzati e commentati, mentre è stata data scarsa evidenza alla nuova sezione dedicata alla sanità privata.

È necessario premettere che il report stesso rileva la scarsa significatività statistica del campione analizzato sia per numerosità delle strutture private (solo 33), sia per storicità e numerosità dei loro sinistri. Ciononostante, anche prescindendo da aspetti quantitativi di dettaglio, il report dà evidenza di un trend di inesorabile continua crescita dei sinistri MedMal nel privato. Trend ancor più evidente di quello, già rilevante, della sanità pubblica. Questo dato è estremamente significativo e, per capirne appieno le origini e le possibili conseguenze prospettiche, va letto e interpretato alla luce di considerazioni che rendano conto del contesto articolato e mutevole. Va in primis considerata la crescita della sanità privata pari, nel quinquennio 2013-2017, al 5,3% e destinata ad aumentare sempre più in futuro¹. Questo aspetto, oltre ad avere un ovvio effetto diretto di amplificazione del numero dei sinistri, ha una serie di impatti indiretti meno evidenti, ma estremamente significativi:

- le strutture private devono riuscire, nel breve periodo, a far evolvere il proprio modello strategico-gestionale-operativo, nonché gli standard di gestione del rischio, per adeguarli ai nuovi volumi di attività;

(continua a pag. 2)



¹ Rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute 2018

INSURANCE CONNECT
È SU LINKEDIN

Iscriviti al gruppo

Segui la pagina





(continua da pag. 1)

- La crescita avrà verosimilmente un impatto sulla tipologia di prestazioni che si allineeranno sempre più a quelle del sistema pubblico, includendo quindi attività a elevato tasso di sinistrosità *MedMal* storicamente meno presenti nel privato;
- il modello organizzativo della sanità privata prevede di norma un ampio ricorso a personale non dipendente e da questo ne derivano impatti significativi sia in termini di perimetro di responsabilità della struttura rispetto al passato², sia in termini di difficoltà a porre in essere una gestione efficace del personale stesso.

NON CI SONO PASSI AVANTI

Tali considerazioni assumono ancor più rilievo se si rammentano le indicazioni della *legge Gelli* (nel seguito *legge*) che rende

la struttura sanitaria responsabile contrattualmente in caso di sinistro derivante da errore sanitario avvenuto nella struttura stessa. È evidente la portata di tale previsione sulla sanità privata, caratterizzata da un elevato tasso di collaboratori non dipendenti dei cui errori la struttura non era responsabile prima dell'entrata in vigore della legge. Scopo principale della legge Gelli è, come ben noto, ristabilire l'alleanza terapeutica tra medico e paziente attraverso una maggior tutela del paziente e una chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità degli attori coinvolti (strutture sanitarie, operatori sanitari e compagnie di assicurazione).

La constatazione che nel pubblico e ancor più nel privato, trascorso più di un anno dall'entrata in vigore della Legge, non sia stata registrata alcuna battuta d'arresto nella crescita dei sinistri, è solo in parte imputabile al lasso temporale troppo breve per beneficiare degli impatti di modifiche all'organizzazione delle strutture per allinearle ad adeguati standard di gestione del rischio. Va infatti rilevato che la turbolenza politica di contesto e il conseguente rallentamento nell'emanazione degli ultimi decreti attuativi della legge (quelli, in particolare, riferiti alla componente assicurativa³) sembra avere indotto un atteggiamento *attendista* di talune strutture sanitarie.

In realtà la legge Gelli è pienamente operativa e prevede chiare responsabilità e oneri a carico delle strutture. La componente che deve essere definita dai decreti attuativi è limitata alla indicazione delle condizioni minime di taluni aspetti (quali ad esempio i parametri minimi per la sottoscrizione delle coperture assicurative, ovvero i requisiti minimali di gestione per le strutture in cosiddetta auto-assicurazione).

UNA SPINTA A MIGLIORARE L'ORGANIZZAZIONE

È evidente che il non avere ancora formalizzato tali requisiti minimali non esonera in alcun modo le strutture sanitarie dal rispetto delle prescrizioni della legge; prima tra tutte quella di cui all'articolo 1 che prevede la messa in opera di attività di *enterprise risk management*.

Ricordando che l'articolo. 9 stabilisce chiaramente che nella determinazione dell'ammissibilità della rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'operatore sanitario che ha causato un danno, già risarcito dalla struttura stessa, vengono considerate "situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria ...", ne consegue che in caso di sinistro la struttura, pubblica o privata, che non fosse in grado di dimostrare di avere messo gli operatori sanitari nelle condizioni operative ottimali determinate con approccio *risk based*, dovrebbe a tutti gli effetti sostenere l'onere complessivo dei sinistri.

Quindi, se è vero che la legge Gelli non stabilisce esplicitamente sanzioni dirette in caso di inadempienza di una struttura sanitaria, è di contro chiaro che la legge prevede una sanzione *indiretta* che si concreta nell'impossibilità della struttura di rivalersi sugli operatori sanitari che abbiano causato un danno già risarcito dalla struttura sanitaria.

Alla luce di quanto sopra è auspicabile che il sistema sanitario privato provveda quanto prima ad aggiornare il proprio operato per adeguare processi e procedure alla crescita attesa di volumi e che, nel fare questo, adotti un approccio *risk based* fondato su principi e metodologie di *enterprise risk management* che permetterebbe di acquisire al tempo stesso maggiore efficienza per competere nel mercato e gestione del rischio prevista dalla legge.

Paola Luraschi

² Si veda nel seguito per maggiori dettagli

³ Art 10 – Obbligo di assicurazione

RICERCHE

Salute, le donne amano informarsi su internet

Secondo un'indagine di Aon e Onda, il web è più consultato di medici specialisti e carta stampata

Riconoscere i sintomi di una malattia utilizzando le informazioni disponibili su internet. Una abitudine sempre più diffusa, a giudicare dai dati dell'ultimo studio che Aon e Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere (Onda) hanno dedicato al ruolo della tecnologia, nel rapporto delle donne con la loro salute. L'indagine è stata realizzata tra marzo e maggio su un campione rappresentativo di 722 donne.

Il web trionfa dunque come principale fonte di informazione sulla salute. Lo usa il 71% del campione, staccando di 21 punti percentuali il medico specialista (50%), mentre la carta stampata si ferma al 43%.

La tradizione resiste invece nella gestione delle visite mediche e della propria salute: l'85% del donne ha fatto ricorso alla prenotazione telefonica, esattamente come l'utilizzo delle app dedicate alla salute.

Tuttavia, sottolineano Aon e Onda, nessuna delle applicazioni utilizzate raggiunge da sola più del 45% del campione.

Tra le tipologie di applicazioni più diffuse, quelle maggiormente apprezzate consentono di consultare referti (utilizzata dal 36% del panel) e fissare appuntamenti per le visite (29%), quest'ultima a pari merito con la funzione contapassi (29%). Alto il livello di apprezzamento di chi utilizza i servizi attraverso gli smartphone: l'83% del campione giudica utile l'utilizzo di app per la consultazione dei referti, il 75% per la prenotazione di visite.

Contrastante, invece, il giudizio sull'app contapassi, considerata utile da poco più di una donna su due (54%). Le donne del campione hanno inoltre mostrato di sottoporsi regolarmente a controlli e visite mediche, senza differenze statisticamente significative fra chi afferma di avere una convenzione aziendale da chi non ce l'ha.

Tra le prestazioni diagnostiche maggiormente effettuate figurano gli esami del sangue (75%), le visite dal dentista (60%) e la visita ginecologica (55%). In questo contesto, secondo Luca Franzì De Luca, presidente di Aon Hewitt Risk & Consulting e vice-presidente di Aon, le aziende rivestono un ruolo centrale nella tutela della salute dei loro dipendenti.

"Il senso di responsabilità crescente è sia nella promozione del benessere psico-fisico delle comunità all'interno delle organizzazioni, sia in termini di prevenzione", ha commentato Franzì De Luca.

A.G.P.

COMPAGNIE

Uca Assicurazione, utile 2017 superiore ai 3,5 milioni di euro

In crescita i premi del lavoro diretto. Buono l'andamento dei primi sei mesi di quest'anno



L'assemblea degli azionisti di Uca Assicurazione ha approvato il bilancio dell'esercizio 2017, chiuso con un utile netto di 3.586.000 euro, "integralmente ricapitalizzato nella compagnia", spiega una nota. Nel dettaglio, i premi lordi contabilizzati esclusivamente di lavoro diretto sono stati pari a 34.586.632 euro, con un incremento del 3,10% rispetto al 2016, e sono così suddivisi: 30.969.101 euro (+5,16%) relativi al ramo tutela legale, da sempre core business della compagnia; e 3.617.531 euro riguardanti il ramo perdite pecuniarie. Il roe del bilancio 2017 è pari a 19,56%, mentre la *combined ratio* si attesta all'80,38%.

"Non possiamo che essere soddisfatti dei risultati ottenuti e degli incrementi registrati – ha spiegato il presidente di Uca, Luigi Gilardi (nella foto) – soprattutto alla luce del particolare contesto economico, risultati che sono frutto delle scelte operate dalla compagnia che ha strategicamente spinto la raccolta premi su rischi cosiddetti *preferiti* quali l'auto, il cui premio medio si attesta attorno ai 35 euro. Dunque una raccolta premi di massa ragguardevole e favorita dall'alta qualità dei prodotti in cui gli intermediari di Uca credono fermamente". Uca spiega che i primi sei mesi del 2018 segnano "un incremento premi in linea con le aspettative e con le previsioni; grazie alla centralità del rapporto ormai consolidato con molti intermediari oltre che alle nuove partnership con gruppi agenti di primarie compagnie – evidenzia il comunicato – Uca Assicurazione raccoglie i frutti della policy di assunzione selettiva e prudentiale messa in atto dalla compagnia già dal 2017".

Beniamino Musto

#55
giugno 2018

INSURANCE REVIEW

Strategie e innovazione per
il settore assicurativo

Insurance Review

Strategie e innovazione
per il settore assicurativo

La rivista che rende l'informazione specialistica
dinamica e immediata.
Uno strumento di aggiornamento e approfondimento
dedicato ai professionisti del settore.

Abbonati su www.insurancereview.it
Abbonamento annuale € 80,00 (10 numeri)

oppure scarica l'app **Insurance Review**



Puoi sottoscrivere l'abbonamento annuale nelle seguenti modalità:

- Compilando il form on line all'indirizzo www.insurancetrade.it/abbonamenti
- Inviando un'email a abbonamenti@insuranceconnect.it

Modalità di pagamento:

- On line con Carta di Credito all'indirizzo www.insurancetrade.it/abbonamenti
- Bonifico bancario Antonveneta IBAN IT 94 U 01030 12301 0000 0158 0865

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

Supplemento al 2 luglio di www.insurancetrade.it – Reg. presso Tribunale di Milano, n. 46, 27/01/2012 – ISSN 2385-2577