

PRIMO PIANO

Risparmio ancora in frenata

Resta in territorio negativo, seppur in misura più lieve, la performance dell'industria del risparmio gestito a giugno: secondo il periodico aggiornamento di Assogestioni, dopo il -6,9 miliardi fatto registrare a maggio, il settore lascia infatti per strada altri 579 milioni di euro. Il saldo da inizio anno si attesta ora a +9,3 miliardi di euro, mentre il patrimonio dell'industria si erode ulteriormente a 2.061 miliardi di euro. A pesare, probabilmente, anche l'incertezza che ha caratterizzato gli ultimi mesi, generando forti ondate di volatilità sui mercati

Ritrovano comunque il segno più le gestioni collettive, con una raccolta netta positiva a giugno per 979 milioni di euro: trascinano il risultato al rialzo soprattutto i fondi aperti (+990 milioni di euro), mentre i fondi chiusi lasciano per strada 11 milioni di euro. Prosegue, in particolare, l'esodo dei fondi obbligazionari che, dopo il -3,56 miliardi di euro di maggio, perdono a giugno altri 3,51 miliardi: da inizio anno, il saldo si rivela negativo per 12,7 miliardi di euro. Segno vive anche per le gestioni in portafoglio, anche se in misura meno eclatante rispetto al -4,3 miliardi di maggio: il settore vira in negativo per 1,5 miliardi di euro, portando la raccolta dall'inizio del 2018 a -1,3 miliardi di euro.

Giacomo Corvi

+ SALUTE & SANITÀ

Allineare sanità e salute a costo zero

Nel settore sanitario i servizi ausiliari drenano risorse che potrebbero invece essere utilizzate per rendere più efficaci le prestazioni. Una proposta introduce la possibilità di remunerare i medici secondo obiettivi di miglioramento della durata e della qualità della vita degli anziani

La non sostenibilità del nostro *Sistema sanitario nazionale* (Ssn), misurata da indicatori¹ che sono nella quasi totalità espressione di efficienza ma non sempre di efficacia delle cure, è da tempo ampiamente data per scontata da pressoché tutti gli interlocutori. Le concause principali sono il progressivo invecchiamento della popolazione e i crescenti costi di erogazione di prestazioni che spesso utilizzano risorse tecnologiche sempre più sofisticate e per questo onerose. La (unica) *soluzione* che viene proposta è il massivo ricorso all'assistenza sanitaria privata.

È evidente che una maggior disponibilità di fondi per la sanità pubblica sarebbe ovviamente benefica, e che la possibilità di accedere (anche) a prestazioni private rappresenterebbe un valore aggiunto per i cittadini, ma l'ineluttabilità di un servizio sanitario sempre meno capace di assolvere al compito di tutelare la salute dei cittadini non dovrebbe essere così scontata.

PUNTARE SUL SERVIZIO CORE

È importante in primis cercare di approfondire le ragioni che hanno determinato la situazione attuale. Ci viene in aiuto la *legge Gelli* che intende ristabilire l'alleanza terapeutica tra medico e paziente interrompendo il ciclo non virtuoso, che erode fondi del Ssn con il ricorso alla medicina difensiva a discapito della somministrazione di prestazioni che verrebbero, in un contesto diverso, considerate necessarie.

Per interrompere tale ciclo, verrà proposto un possibile modello gestionale che applica l'*Erm*² in senso stretto alla gestione del Ssn, intento spesso dichiarato ma alla prova dei fatti solo parzialmente realizzato.

Prendendo spunto dall'esperienza di Erm in altri ambiti aziendali, un primo elemento chiave è la formalizzazione del differente trattamento da applicare ai servizi core (in questo caso l'erogazione di prestazioni sanitarie) rispetto a quello dei servizi *ancillari* (nel nostro caso tutte le attività che attengono alla gestione delle strutture e degli strumenti sanitari funzionali all'erogazione di prestazioni sanitarie).

In entrambi i casi è necessario individuare livelli target di servizio e strumenti gestionali per raggiungerli, oltre che identificare parametri di monitoraggio (Kri/Kpi³). Nel seguito verrà proposta una soluzione per i servizi *core*.

(continua a pag. 2)

1 Ad esempio: le liste di attesa per le principali prestazioni o la spesa registrata per la sanità privata

2 Enterprise risk management

3 Key risk indicator – Key performance indicator



(continua da pag. 1)

MEDICI RETRIBUITI PER RISULTATI

È stato già evidenziato che i parametri adottati nelle statistiche ufficiali (dalla *Ragioneria generale dello Stato* in primis) non sono necessariamente indicatori di efficacia delle cure, e questo probabilmente in ragione del fatto che è difficoltoso oggettivare e misurare lo *stato di salute* di una comunità. Una proposta fattiva in tal senso viene data dalla *Fondazione Allineare Sanità e Salute*⁴ con un modello di gestione della sanità che *paga la salute*⁵. Elemento chiave è l'allineamento degli obiettivi degli operatori che costituiscono il sistema sanità complessivo a quelli del sistema stesso ossia:

- ottimizzazione della *produzione di salute* intesa come efficacia netta⁶ delle prestazioni finalizzate alla massimizzazione sia dell'allungamento che della qualità della vita dei cittadini;
- soddisfazione e fiducia dei cittadini/assistiti nel Ssn;
- equilibrio economico/sostenibilità del Ssn.

Il modello prevede un sistema remunerativo per medici e strutture sanitarie che riflette i tre obiettivi *sistemici* sopra indicati. In particolare la Fondazione propone, nel caso delle cure primarie, di modificare l'attuale struttura retributiva dei medici di base prevedendo una componente variabile ancorata, come da prassi manageriale di ogni altro settore di attività, al raggiungimento dell'obiettivo di massimizzare la sopravvivenza in vita dei propri assistiti garantendo loro la migliore qualità di vita possibile e avendo sempre a riferimento la loro soddisfazione. Da un punto di vista applicativo la proposta non è rimasta a livello di dichiarazione di principio: la Fondazione ha avviato i necessari protocolli per arrivare alla sperimentazione del modello proposto in alcune Asl. Il modello retributivo è sostanzialmente ultimato e prevede coefficienti di remunerazione che incentivino i medici a *produrre* molti anziani in buona salute. Più precisamente vengono determinati dei coefficienti di remunerazione progressivi che aumentano per ogni anno di vita addizionale di un paziente/cittadino. Tale ponderazione è determinata con criteri attuariali e prevede una crescita progressiva con l'invecchiamento della coorte di pazienti/cittadini. I coefficienti effettivi, a valle della sperimentazione, potrebbero poi essere aggiustati per tenere conto del livello di soddisfazione dei pazienti/cittadini per le prestazioni ricevute nonché per riflettere differenze demografiche e/o di contesto sociale/economico/geografico.

COME REPERIRE LE RISORSE

È evidente che tale modello può facilmente essere esteso alle strutture del Ssn, oltre che ai rimborsi che esso eroga alle strutture private convenzionate. Tali rimborsi sono allo stato attuale largamente basati su criteri di quantità e non connessi all'efficacia delle prestazioni erogate.

Ampliando ulteriormente il respiro dell'intervento, il modello potrebbe poi essere esteso alla ripartizione dei fondi sanitari nazionali tra le diverse regioni: si potrebbero prevedere coefficienti di aggiustamento premianti per regioni che facciano invecchiare di più la loro popolazione, in senso relativo, rispetto all'invecchiamento medio.

Un elemento che da subito potrebbe apparire critico è il potenziale disallineamento tra i budget disponibili per l'erogazione delle prestazioni e il costo delle prestazioni che i medici ritengono necessarie per massimizzare la salute (nell'accezione sopra indicata) dei loro pazienti. Anche in questo caso la Fondazione viene in supporto con le *Pillole*⁷ ossia con documenti che propongono, per numerose patologie croniche o comunque estremamente diffuse nel nostro Paese, protocolli sanitari alternativi. L'elemento comune alle *Pillole* è la constatazione (statistica) che un minor ricorso a medicinali/esami strumentali o di laboratorio per alcune patologie a favore di un maggior peso dato agli stili di vita e alla prevenzione mediante comportamenti virtuosi dei pazienti condurrebbe a un'allineamento tra l'indicatore di performance del core business sanitario e quella del Ssn nel suo complesso.

Vale infine la pena osservare che negli anni sono stati realizzati significativi presidi di controllo sanitario e amministrativo estremamente onerosi anche allo scopo di verificare che i fondi sanitari fossero impiegati secondo criteri di etica e di ottimizzazione del beneficio per il cittadino. Tali controlli, paradossalmente, consumano una quota crescente delle risorse del sistema senza produrre salute ma al solo scopo di controllare/contenere i limiti di un modello intrinsecamente conflittuale. È evidente che il modello che paga la salute sopra proposto ridurrebbe significativamente tali oneri. Si noti a tal proposito che negli Usa, dove i controlli sono notoriamente rilevanti, la spesa amministrativa e di controllo è ormai salita a più del 25% della spesa sanitaria totale⁸ e che a fronte di questo gli Usa hanno risultati molto insoddisfacenti dal punto di vista dell'efficacia complessiva e della soddisfazione dei pazienti/cittadini⁹.

Paola Luraschi

4 <https://fondazioneallinearesanitaesalute.org/>

5 <https://fondazioneallinearesanitaesalute.org/2018/01/12-1-2018-riforma-strutturale-la-sanita-pagare-la-salute-non-la-malattia/>

6 detraiti gli effetti avversi degli interventi

7 Le 'Pillole' sono schede di contenuto scientifico evidence based che hanno l'obiettivo di dare maggior valore all'assistenza medica primaria e specialistica di primo livello: Valore = Efficacia netta (in termini di salute) / Risorse (umane e materiali).

<https://fondazioneallinearesanitaesalute.org/pillole/pillole-buona-pratica-clinica-annata-in-corso/>

8 Himmelstein DU et al, Health Affairs 2014

9 rapporto efficacia/costi - Oecd Health Data 2015

NORMATIVA

Le asimmetrie contrattuali tra le imprese

Molte forme di rapporto codificato tra aziende vedono i contraenti posizionati su differenti piani di forza determinati dalle rispettive capacità economiche: in questi casi si possono determinare nei contratti delle clausole vessatorie che il legislatore tende a riequilibrare

Nel precedente articolo (vedi *Insurance Daily* n. 1348, 28 maggio 2018) sono state prese in considerazione le asimmetrie informative nei rapporti tra le imprese e i consumatori e, in particolare, ho esaminato la disciplina sulle clausole vessatorie e alcuni esempi di dette clausole presenti nei contratti assicurativi. Va rilevato, però, che l'asimmetria contrattuale può presentarsi anche nei rapporti tra le imprese e nei rapporti tra le imprese e i professionisti.

In questo articolo, mi occuperò dell'asimmetria contrattuale nei rapporti tra imprese, mentre nel prossimo articolo tratterò delle asimmetrie nei rapporti tra imprese e professionisti.

Nei rapporti tra le imprese si possono verificare molti casi nei quali un imprenditore si presenta in condizioni di dipendenza economica e, come tale, è il contraente debole rispetto all'impresa con maggior potere economico. Il caso più eclatante è quello relativo al contratto di subfornitura disciplinato dalla legge n. 192/1998. Questa norma prevede alcuni strumenti che hanno lo scopo di neutralizzare la disparità di potere economico nei rapporti tra committente e subfornitore. È prevista, a esempio, la nullità della condizione contrattuale che riservi al committente la facoltà di modificare unilateralmente uno o più clausole del contratto. È altresì prevista la nullità della clausola contrattuale che attribuisca ad una delle parti la facoltà di recedere senza un congruo preavviso. La stessa legge prevede, anche, la nullità dei patti attraverso i quali si realizza un abuso di dipendenza economica. Con una norma del 2001 (la legge n. 57), il legislatore ha poi modificato la disciplina in parola attribuendo anche all'**Autorità garante della concorrenza e del mercato** competenza allorquando accerti che un abuso di dipendenza economica abbia rilievo per la tutela della concorrenza e del mercato.

I contratti di franchising e di agenzia

Un altro caso nel quale il legislatore è intervenuto per tutelare il contraente debole nel rapporto tra imprese è il contratto di *franchising*. La legge n. 129 del 6 maggio 2004 prevede alcune disposizioni a tutela del franchisee tra le quali quella che obbliga, tra l'altro, il franchisor ad indicare espressamente l'ammontare degli investimenti e delle spese di ingresso che l'affiliato deve sostenere, le modalità di calcolo delle *royalties* e le condizioni relative al rinnovo, alla risoluzione del contratto e alla cessione dello stesso. In sostanza, queste disposizioni hanno lo



scopo di consentire al franchisee di conoscere preventivamente tutti i costi e i rischi connessi all'adesione al network. La legge prevede anche un periodo di riflessione a favore del franchisee, affinché si possa riequilibrare il rapporto negoziale nella fase precontrattuale.

Un altro contratto nel quale il legislatore (prima comunitario e poi nazionale) è intervenuto per tutelare il contraente debole è senza dubbio il contratto di agenzia. La normativa vigente è il frutto del recepimento della direttiva comunitaria n. 86/653.

Sono molteplici gli strumenti di tutela introdotti dal nostro legislatore in questo settore. L'articolo 1479 del *Codice civile* stabilisce, ad esempio, che il proponente deve mettere a disposizione dell'agente la documentazione necessaria relativa ai beni o servizi trattati, deve fornire all'agente le informazioni necessarie all'esecuzione del contratto e, in particolare, deve avvertire l'agente, entro un termine ragionevole, nel caso di un calo del volume d'affari. L'articolo 1746, comma terzo del *Codice civile*, poi vieta il cosiddetto patto del *star del credere*, che ponga a carico dell'agente una responsabilità anche solo parziale, per l'inadempimento del terzo. Un'altra disposizione rilevante a tutela dell'agente è quella prevista dall'art. 1751 del *Codice civile* che, insieme ad altre norme, tende ad equiparare la tutela dell'agente a quella del lavoratore subordinato. Tale articolo prevede, ad esempio, che, in caso di cessazione del rapporto, il proponente sia tenuto a corrispondere all'agente un'indennità equa al verificarsi di alcune condizioni. (continua a pag. 4)

(continua da pag. 3)

Di particolare importanza è la disposizione di cui al sesto comma dell'art. 1751 del Codice civile, secondo il quale sono nulle le clausole che derogano alla disciplina relativa alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il caso Renault

Un'altra fattispecie negoziale sulla quale un imprenditore si può trovare in condizioni di dipendenza economica rispetto a un altro imprenditore è il contratto di concessione di vendita, spesso indicato come contratto di distribuzione. In questo caso, un soggetto assume stabilmente l'incarico di curare la commercializzazione dei beni in una determinata zona per un fornitore/produttore a nome e rischio proprio.

In questo ambito la tutela maggiore al contraente debole è stata fornita dalla giurisprudenza, in particolare dalla Corte di Cassazione con una famosa sentenza del 2009 sul caso Renault. La vicenda aveva per oggetto una clausola che prevedeva la facoltà di Renault di esercitare il recesso da tutti i contratti di concessione di vendita. La Renault aveva esercitato il diritto di recesso e i concessionari che avevano investito molto, si erano trovati in gravi difficoltà economiche. Il tribunale di Roma e la Corte di appello di Roma avevano dato ragione alla Renault perché, avevano detto, che il giudice non può intaccare l'autonomia negoziale delle parti. La Cassazione, invece, cassò la sentenza della Corte d'appello, affermando che le modalità di esercizio dell'autonomia privata (nel caso specifico il recesso) possono essere sindacate dal giudice se abusive, ovvero contrarie al principio di buona fede previsto dal nostro Codice civile in combinato disposto con l'art. 2 della Costituzione sugli obblighi di solidarietà anche nei rapporti tra privati. La Cassazione affermò, in particolare, che la Renault avrebbe dovuto preventivamente informare i concessionari riconoscendo loro un'indennità.

In conclusione, sia il legislatore sia la giurisprudenza tutelano gli eventuali abusi che le imprese con maggior potere economico possono arrecare a danno di altre imprese.

Paolo Mariotti,
avvocato del Foro di Milano

RICERCHE

Mifid II e Idd, la priorità è la tutela del cliente

In termini di compliance, la product oversight governance sta richiedendo maggiori sforzi



Una conoscenza più approfondita della propria clientela, per garantire maggior tutela e trasparenza grazie all'offerta di prodotti mirati e attraverso modalità di vendita adeguate. Le disposizioni contenute all'interno di *Mifid II* e *Idd* costituiscono una grande opportunità per le banche e le compagnie,

che stanno adeguando i propri processi. In questi mesi, lo scenario è stato oggetto di un'analisi approfondita del primo stream di ricerca *Pog, Mifid II e Idd on air* del *Business compliance hub* promosso da *Cetif*, a cui ha partecipato un panel di 11 istituzioni bancarie e assicurative: *Allianz, Allianz Bank, Assimoco, Axa Assicurazioni, Banca Monte dei Paschi di Siena, Bnp Paribas Cardif, Bper Banca, Reale Mutua Assicurazioni, Ubi Banca, Unicredit e UnipolSai*. Alla ricerca ha partecipato attivamente anche *l'ivass*, in qualità di relatore istituzionale fornendo un prezioso contributo al confronto. È emerso che nel processo organizzativo e di compliance delle istituzioni, rientrano le attività di design e distribuzione dei prodotti che, acquisendo rilevanza pubblicitaria per la vigilanza, potranno essere oggetto di controlli sulla congruità e legittimità dei processi. Secondo tutte le istituzioni intervenute, la *product oversight governance* sta richiedendo una maggiore priorità d'azione; in particolare, si condivide la necessità di costituzione di un'unità responsabile della verifica di tutti i processi, incluso il monitoraggio in fase di vendita e dell'intero ciclo di vita del prodotto. Diventa inoltre necessario implementare varie tipologie di flussi informativi tra produttori e distributori, al fine di individuare eventuali collocamenti fuori target, e verificare la correttezza stessa del target individuato. Infine, sul tavolo delle istituzioni, ci sono anche la definizione delle implicazioni del servizio di consulenza, l'ottemperanza dei requisiti professionali di chi colloca i prodotti e degli organi di vertice, e gli obblighi di informativa al cliente sul prodotto e sui meccanismi di inducement e conflitti di interesse all'interno dei *Kid* e dei *Dip*.

A.G.P.

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