

PARABREZZA
ROTTO?

NON ASPETTARE



PRIMO PIANO

lais riforma il framework globale

Lo lais ha presentato ieri un coordinato set di riforme per migliorare la supervisione sui gruppi assicurativi internazionali e contribuire così alla tenuta finanziaria a livello globale. Il rinnovato quadro regolamentare si compone di un common framework che fissa nuovi standard per la supervisione e l'orientamento dei gruppi assicurativi a livello mondiale, fornendo un linguaggio comune alle autorità di vigilanza. In secondo luogo, viene introdotta una versione 2.0 dell'insurance capital standard: lo lais ha previsto, a partire da gennaio del 2020, un periodo di monitoraggio di cinque anni in cui i nuovi standard non attiveranno alcuna attività di vigilanza, ma saranno utilizzati in discussioni e rapporti confidenziali per giungere a un effettivo standard di capitale globale. Viene infine adottato un holistic framework per la valutazione e l'attenuazione del rischio sistemico nel settore assicurativo, basato su un migliorato set di misure di supervisione e su un test annuale di monitoraggio a livello globale. Riguardo quest'ultimo punto, lo Fsb ha deciso di sospendere l'identificazione degli assicuratori sistemici a livello globale a partire dal 2020: nel novembre 2020, sulla base dei risultati raggiunti dal nuovo framework, stabilirà se interrompere o ristabilire l'identificazione dei gruppi assicurativi sistemici.

G.C.

MERCATO

Ivass, ecco i nuovi trend di offerta

Soluzioni digitali e flessibili, con una crescente attenzione al cyber risk, alla salute, all'associazionismo e ai rischi legati agli eventi atmosferici: sono queste, secondo l'ultimo aggiornamento dell'Istituto di vigilanza, le caratteristiche principali dei prodotti presentati sul mercato nel primo semestre del 2019

Digitale e flessibile, personalizzabile secondo le esigenze del cliente, sempre più attenta alle nuove fonti di rischio che incombono sulla clientela. È questo l'identikit delle polizze presentate sul mercato nel primo semestre del 2019, stilato dall'Ivass nella sua periodica analisi dei trend di offerta dei prodotti assicurativi.

Giunto alla sua quinta edizione, il report si propone di offrire ogni sei mesi una panoramica approfondita delle principali linee di sviluppo dell'offerta assicurativa. Il primo elemento che balza all'occhio è senza dubbio quello della digitalizzazione. "I benefici e le potenzialità derivanti dall'innovazione tecnologica sono riconosciuti ormai da un crescente numero di imprese", si legge nelle battute iniziali del rapporto. Investire in nuove tecnologie, prosegue l'analisi, consente di raggiungere un duplice obiettivo: "automatizzare i processi aziendali e migliorare le interazioni con la clientela, per muoversi verso modelli di business sempre più orientati a comprendere i clienti e, personalizzando l'offerta, migliorare la customer experience anche attraverso innovative soluzioni di servizio". Le soluzioni si fanno dunque sempre più tecnologicamente avanzate, "rispondenti - dice l'Ivass - anche all'esigenza di coperture assicurative temporanee e on demand e in linea con le funzionalità via web e in mobilità oggi a disposizione di un'ampia platea di utenti".

UN'OFFERTA COMPONIBILE

Altro trend di sviluppo è quello della flessibilità, con soluzioni modulari che consentono di aggiungere nuove garanzie a quelle già previste dalla polizza. Gli ambiti di applicazione, come fa sapere l'Ivass, sono enormi: dalla mobilità alla vita digitale, passando per la responsabilità del capofamiglia e per i rischi connessi alle catastrofi naturali.

(continua a pag. 2)



© Farknot Architect - iStock

INSURANCE CONNECT
È SU YOU TUBE

Segui il nostro canale



You
Tube

PARABREZZA
ROTTO?

NON ASPETTARE



INSURANCE Daily

● VENERDÌ 15 NOVEMBRE 2019

N. 1643

Oltre 160 centri
in tutta Italia.

Scopri quello
più vicino a te!

www.glassdrive.it  800 01 06 06

GLASSDRIVE 
Un marchio Saint-Gobain

(continua da pag. 1)

Nell'ambito della mobilità, per esempio, l'Ivass sottolinea la crescita di soluzioni che offrono garanzie su una pluralità di mezzi di trasporto, arrivando a coprire anche gli spostamenti che avvengono in bicicletta o su veicoli in condivisione: una polizza, in particolare, aggiunge a queste garanzie anche il supporto legale in caso di lesioni della reputazione online, furti di identità e controversie con e-commerce. Il settore registra anche una maggiore diffusione di micro-polizze, soluzioni spesso rivolte ai giovani con l'obiettivo di, secondo l'Ivass, "avvicinarli alla cultura della protezione partendo da piccoli rischi, attraverso soluzioni assicurative semplici e facilmente accessibili per il costo contenuto".

CYBER RISK E SALUTE

L'offerta di mercato, prosegue il rapporto, risulta poi sempre più attenta alle nuove fonti di rischio e alle esigenze di una popolazione in rapida evoluzione.

Nel settore del cyber risk, tanto per citare un caso, l'Ivass riporta la commercializzazione di due nuove soluzioni che mirano a tutelare, da un lato, le famiglie contro il fenomeno del cyber-bullismo e, dall'altro, aziende e professionisti contro attività di hacking che possono minare seriamente lo sviluppo delle imprese.

Altro settore di sviluppo è poi quello della salute, elemento sempre più critico per una popolazione che invecchia rapidamente e deve confrontarsi quotidianamente con le carenze del sistema di welfare pubblico. A tal proposito, il rapporto cita la commercializzazione di "polizze che prevedono garanzie specificamente dedicate ad assicurati di età superiore al limite normalmente assicurabile di 70 anni". Cambiano poi le forme di sottoscrizione e consumo: nel semestre analizzato, per esempio, è stata avviata una nuova piattaforma di servizi in campo sanitario che vengono offerti alla clientela in abbinamento alle tradizionali soluzioni assicurative.

L'INNOVAZIONE NELLE POLIZZE PER L'AGRICOLTURA

Fra le nuove fonti di rischio non si può non citare il cambiamento climatico. Gli eventi atmosferici estremi stanno diventando sempre più frequenti e, con loro, crescono le minacce per il normale andamento economico del Paese. Il settore dell'agricoltura è forse quello più a rischio. E non è un caso che negli ultimi mesi siano state presentate sul mercato soluzioni che tutelano la produzione delle colture e degli allevamenti, spesso in abbinamento, come riporta l'Ivass, con "sistemi innovativi che sfruttano tecnologie satellitari". È il caso di una polizza parametrica, la prima nel suo genere, che tutela le aziende agricole impegnate nella coltivazione di pascoli, erbai e prati. La soluzione, si legge nel rapporto, "si basa su un innovativo metodo di telerilevamento sviluppato in collaborazione con un leader mondiale delle tecnologie satellitari che utilizza immagini dallo spazio per valutare e monitorare la produzione di foraggio sul territorio italiano": si tratta della prima polizza parametrica presente nel mercato italiano che non utilizza stazioni di rilevazione meteorologiche a terra e parametri climatici.

IL MERCATO DELL'ASSOCIAZIONISMO

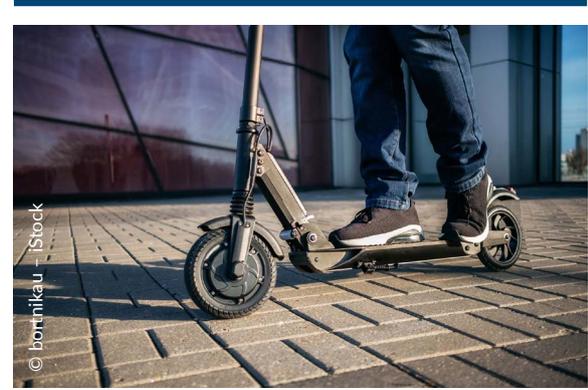
Crescono infine le soluzioni per il mondo dell'associazionismo, realtà particolarmente presente e attiva in Italia. "Specifiche soluzioni – si legge nel rapporto – vengono offerte al mondo del volontariato e al settore no profit per coperture che, ottemperando agli obblighi previsti dalla legge quadro sul volontariato n. 266/91, prevedono: garanzie infortuni e malattia, a tutela sia delle associazioni sia dei loro volontari durante lo svolgimento di attività per conto delle associazioni stesse; garanzie di responsabilità civile per la protezione del patrimonio".

Le soluzioni risultano altamente personalizzabili in base alle esigenze di copertura delle diverse realtà. Le principali garanzie sono comunque costituite da indennità da infortunio o malattia, responsabilità civile per danni a terzi e tutela legale.

UNO SGUARDO AL RAMO VITA

La chiusura del report è dedicata al ramo vita, mercato che si caratterizza per una minore vitalità rispetto al ramo danni. Nel periodo di riferimento si è registrato un calo del 36% nel numero di nuove offerte rispetto al primo semestre del 2018: al primo settembre 2019, risultano complessivamente censite 243 nuove soluzioni, equamente divise fra polizze individuali e forme collettive. Fra le soluzioni individuali, l'Ivass nota in particolare una ripresa delle polizze rivalutabili e un rallentamento della crescita di prodotti multiramo che combinano al proprio interno caratteristiche e peculiarità di soluzioni di ramo I e ramo III.

Stabili infine gli andamenti relativi a prodotti unit-linked, mentre nei primi sei mesi del 2019 non risultano essere stati commercializzati nuovi Pir assicurativi, probabilmente a causa delle modifiche normative che hanno comportato una sostanziale battuta di arresto per l'intero mercato dei piani individuali di risparmio.



Giacomo Corvi

PARABREZZA
ROTTO?

NON ASPETTARE



IL PUNTO SU....

Il diritto di risarcimento per le Asl

Pur non avendo titolo per agire in rivalsa, le aziende sanitarie hanno la possibilità di richiedere al responsabile dell'atto illecito il recupero dei costi sostenuti per le spese sanitarie erogate alla vittima

La questione inerente la legittimazione delle **Aziende Sanitarie Locali** (e, per la regione Lombardia, ai sensi della L.R. 11 agosto 2015 n°23, delle **Agenzie di Tutela della Salute**) – vale a dire degli enti pubblici ai quali è demandata la gestione della rete sanitaria nel proprio ambito territoriale – al recupero delle spese sostenute per la cura di soggetti vittime di fatto illecito, appare oggi di grande attualità e presenta interessanti profili giuridici che di seguito andremo, seppur succintamente, ad analizzare. Ogni azione illecita che determini un danno ingiusto deve essere punita o sanzionata. La punizione è propria del processo penale, la sanzione che sfocia nell'obbligo di risarcire il danno alla vittima è l'oggetto del processo civile.

Rimanendo nel contesto della giustizia civile, l'autore dell'illecito che abbia generato una lesione della salute alla vittima (e il suo assicuratore quando l'azione non sia dolosa e garantita da apposito contratto), deve rifondere i danni arrecati con la propria azione *contra legem*.

Può capitare che una quota del danno sia però già stata, per così dire, compensata da un soggetto terzo, come quando l'**Inail** copra una quota del danno biologico, oppure quando una azienda sanitaria pubblica abbia sostenuto esborsi per le spese di cura.

In questi casi il danneggiante potrebbe pagare una cifra inferiore al danno arrecato, perché il diritto della vittima si riduce proprio in ragione delle erogazioni ricevute dagli enti, pubblici o privati, preposti alla sua tutela. Non sarebbe quindi lecito pensare che chi generi il danno possa beneficiare di uno sconto nella misura in cui parte del danno sia stato ridotto per effetto del sistema pubblico e sociale di assistenza e indennizzo.

Il Ssn non è un assicuratore sociale

Il nostro ordinamento ha così ideato alcuni meccanismi di recupero per gli enti pubblici che abbiano erogato prestazioni di assistenza: così è per l'**Inail** in caso di infortunio sul lavoro, in forza dell'art. 1916 C.C., e analogamente per l'**Inps** quando versi somme a titolo di rendite o di costi sanitari per le lesioni più gravi.

Bisogna chiedersi se la possibilità di tale recupero si ponga anche per le Asl (e per le Ats) che abbiano sostenuto un costo per spese di cura sanitarie. Esiste insomma un meccanismo che consenta alla struttura pubblica di recuperare tali somme?



È questo un tema che spesso è stato al centro di contrasti anche interpretativi in seno alla giurisprudenza.

Un primo aspetto da prendere in considerazione è quello che riguarda la qualificazione giuridica dell'azione in discorso.

In relazione a ciò la Suprema Corte, all'interno della sentenza Cassazione civile, Sezione III, 16 ottobre 2017, n°24289, ha avuto modo di chiarire che, in ipotesi di prestazioni sanitarie rese dal Ssn in favore del danneggiato da un fatto illecito altrui, l'azienda sanitaria non può agire nei confronti del responsabile né in rivalsa né in surrogazione, atteso che, dopo l'introduzione del principio di gratuità delle prestazioni medesime e la fiscalizzazione del relativo finanziamento, per un verso non è più riconoscibile al Ssn la qualifica di assicuratore sociale, mentre, per altro verso, non esiste un diritto del danneggiato nel quale l'ente possa surrogarsi.

Per intenderci, la Asl (e la Ats) erogatrice non ha, secondo questo principio appena enunciato, meccanismi di recupero analoghi a quelli dell'**Inail**, non potendo agire in rivalsa.

Non c'è distinzione tra pubblico e privato

Al fine di recuperare i costi delle prestazioni, un'Azienda sanitaria locale (ed il medesimo discorso vale per una agenzia di tutela della salute) è tuttavia legittimata ad esperire nei confronti del responsabile l'azione ex art. 2043 C.C., stante, come si dirà, l'obbligo dell'autore dell'illecito di risarcire tutte le conseguenze dirette dello stesso, compresi i costi sostenuti dal Ssn per le cure mediche e l'assistenza sanitaria.

(continua a pag. 4)

PARABREZZA
ROTTO?

NON ASPETTARE



Oltre 160 centri
in tutta Italia.

Scopri quello
più vicino a te!

www.glassdrive.it 800 01 06 06

GLASSDRIVE
Un marchio Saint-Gobain

● VENERDÌ 15 NOVEMBRE 2019

N. 1643



© Ipopba - iStock

(continua da pag. 3)

Ovviamente, trattandosi di azione ex art. 2043 C.C., la parte attrice (e quindi l'azienda sanitaria) avrà l'onere di provare il fatto, l'illiceità della condotta, l'imputabilità del fatto al danneggiante, il dolo o la colpa del danneggiante, il nesso causale tra il fatto e l'evento dannoso, nonché il danno.

A tale ultimo proposito va segnalato che in un tale contesto non rileva la circostanza che il Ssn sia assistito dalla fiscalità generale e la conseguente gratuità delle cure per il danneggiato.

Ciò in quanto non ci si trova in un contesto surrogatorio (nel quale il presupposto è la perdita economica in capo alla vittima principale), bensì in un'ipotesi di danno diretto subito dall'Azienda sanitaria stessa.

Secondo la Suprema Corte, in particolare, non "assume rilievo la circostanza che il danneggiato si sia rivolto, per ottenere la necessaria assistenza medico sanitaria, a strutture private o pubbliche. Nel primo caso il danneggiante dovrà rimborsare al danneggiato gli esborsi sostenuti; nell'altro, nonostante il danneggiato non abbia sostenuto alcun esborso, il danneggiante sarà comunque tenuto a rifondere il costo delle prestazioni mediche e dell'assistenza sanitaria in favore dell'ente che le ha erogate" (Cassazione civile, Sezione III, 16 ottobre 2017, n°24289, cit.).

Si aggiunga che il danno in questione, oltre che diretto, è secondo la Suprema Corte anche prevedibile ai sensi dell'art. 1225 del Codice civile, e ciò in virtù del fatto che il danneggiante non può non sapere che il danneggiato sarà curato quantomeno dal servizio sanitario nazionale, essendo quest'ultimo un sistema generalizzato di tutela della salute di qualsiasi infortunato.

In definitiva, sebbene l'infortunato non debba sostenere alcun esborso, ciò non toglie che le prestazioni medico – sanitarie rese abbiano un costo oggettivo e che di tale costo possa essere chiamato a rispondere, secondo la clauso-

la generale della responsabilità aquiliana, il danneggiante.

Consegue che i costi dell'assistenza medica e delle prestazioni sanitarie eventualmente erogate dal Ssn al danneggiato devono essere risarciti dall'autore del fatto illecito, quali conseguenze dirette e prevedibili, al pari di come lo sarebbero le spese sostenute dal danneggiato per ricevere le cure necessarie in regime privatistico.

Sentenza più recente, ma per ora unica

Premesso tutto quanto sopra, e con la precisazione che la sentenza citata, pur rappresentando l'orientamento più recente, è attualmente l'unica che ha preso negli ultimi tempi una chiara e netta posizione sulla questione (contra si veda ad esempio Cassazione civile, Sezione I, 26 marzo 2003, n°4460, la quale, affermata la vigenza dell'art.1 della legge 3 dicembre 1931 n°1580, limitava la possibilità di rivalsa alle - per il vero residuali - ipotesi di onerosità, per il beneficiario, delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale), si può quindi concludere come segue:

- una Agenzia di Tutela della Salute può agire in via giudiziale, ai sensi dell'art. 2043 C.C., per il recupero delle spese sostenute per la cura di una vittima di fatto illecito (escluso l'ambito Rca giusta il disposto dell'art. 334 del Codice delle Assicurazioni Private);
- l'Agenzia di tutela della salute avrà l'onere di dimostrare tutti gli elementi propri di una tale tipologia di azione (illiceità del fatto, l'imputabilità del fatto al danneggiante, il dolo o la colpa del danneggiante, il nesso causale tra il fatto e l'evento dannoso, nonché il danno);
- il regime prescrizione – vale a dire il termine ultimo per potere esercitare l'azione recuperatoria – è quello quinquennale proprio della responsabilità extracontrattuale.

**Filippo Martini
e Jacopo Socci,
Studio Mrv**

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 14 novembre di www.insurancetrade.it – Reg. presso Tribunale di Milano, n. 46, 27/01/2012 – ISSN 2385-2577