

PRIMO PIANO

Ucraina, voli non assicurati

Diversi assicuratori e riasicuratori britannici hanno annunciato la temporanea sospensione delle coperture assicurative per i voli diretti in Ucraina, a partire da ieri, 14 febbraio. La scelta è chiaramente una diretta conseguenza della crescente situazione di tensione geopolitica della regione, che da settimane vive sotto la minaccia di un'invasione da parte dell'esercito russo.

Molte compagnie europee, e non solo, hanno deciso di evitare lo spazio aereo ucraino. L'olandese Klm ha già annunciato che fermerà i voli verso l'Ucraina e attraverso lo spazio aereo del Paese, e potrebbe essere presto seguita dalla tedesca Lufthansa. Secondo il monitoraggio Reuters del servizio di tracciamento dei voli, FlightRadar24, anche la British Airways nella sua tratta tra il Regno Unito e l'Asia ha deciso di evitare di sorvolare lo spazio aereo ucraino. Una scelta che non può non richiamare alla memoria il volo Malaysia Airlines 17. Partito da Amsterdam il 17 luglio 2014 e diretto a Kuala Lumpur, l'aereo malese fu abbattuto nei cieli dell'Ucraina orientale da un missile terra-aria Buk sparato dai ribelli separatisti filo-russi. Da allora alcune compagnie aeree hanno continuato a evitare lo spazio aereo dopo che si sono verificati altri abbattimenti di aerei militari. Per leggere la news completa, clicca qui.

Beniamino Musto

RISK MANAGEMENT

I dati a supporto del risk management sanitario

Negli ultimi anni nelle strutture sanitarie è aumentato l'orientamento verso l'uso delle tecnologie e la gestione del rischio. Questo sta favorendo le compagnie di Rc sanitaria nell'analisi e comprensione dei rischi così da garantire portafogli sempre più sostenibili

Sul grande tema della potenzialità dei dati raccolti grazie allo sviluppo del digitale, la domanda già da tempo non è più dove trovare le informazioni, quanto come utilizzarle affinché garantiscano insights corretti, coerenti e realmente utili. La questione, che riguarda oggi quasi tutti gli ambiti dell'attività umana, assume un valore nuovo e potenzialmente di svolta nella gestione del rischio sanitario. La visione della centralità del risk management che pervadeva già la logica della legge Gelli nel 2017, sembra aver trovato un'accelerazione negli ultimi due anni, nei quali la pandemia ha messo sotto tensione le strutture mediche mentre, in parallelo, è aumentato il livello di digitalizzazione interna, con una crescente interconnessione degli strumenti informatici e dispositivi medici di cui sono dotati i reparti.



La pandemia è stata un grande propulsore per il risk management sanitario: nel settore la gestione della crisi ha aumentato la consapevolezza della necessità di adottare soluzioni tecnologiche e digitali, un passaggio che in un corso normale degli eventi avrebbe forse richiesto qualche anno in più. Inoltre, il particolare contesto dell'ultimo biennio ha contribuito a far valutare alle strutture sanitarie la possibilità di una gestione proattiva del rischio, perché le ha introdotte nella logica di gestire un evento mai accaduto.

PUNTARE A RIDURRE GLI ERRORI PER PREVENIRE I DANNI

Da un diverso approccio all'uso delle informazioni e verso il risk management trae beneficio anche l'attività degli assicuratori. Le compagnie hanno il massimo interesse a conoscere la sinistrosità pregressa delle strutture sanitarie clienti, ad aumentare i dettagli sulle tipologie di danno e a profilare in maniera quanto più approfondita l'organizzazione nel suo complesso. (continua a pag. 2)

INSURANCE CONNECT
È SU LINKEDIN

Iscriviti al gruppo

Segui la pagina



(continua da pag. 1)

Saper analizzare le informazioni per restituire un'immagine quanto più realistica e profonda della situazione reale non è utile solo a fornire coperture adeguate ma anche ad affiancare gli assicurati nella strutturazione del risk management interno. **Giuseppe Carchedi**, group operations and analytics manager di **Sham – gruppo Relyens**, approfondisce questo punto di vista, centrale nell'approccio della mutua assicurativa: "l'assicuratore codifica abitualmente i dati relativi al danno reclamato, ma oggi è necessario comprendere meglio non solo la sinistrosità che si manifesta ma anche la possibilità di ridurre gli errori in generale per migliorare la sicurezza della struttura sanitaria. Al fine di avere una visione più completa del rischio latente, dell'evento e di quella che è la responsabilità effettiva, vanno approfondite tutte le informazioni: non è più sufficiente limitarsi ad analizzare i dati del danno reclamato, ma andare a individuare gli errori che si possono verificare indipendentemente dal fatto che si trasformino in sinistro. Evento, errore e sinistro sono tre elementi da analizzare separatamente per conoscere meglio l'attività, permettere una gestione del rischio e infine poter contenere le richieste di risarcimento".

Obiettivo ultimo dell'assicuratore dovrebbe essere di aiutare le strutture, attraverso la raccolta e l'analisi dei dati, nella valutazione del rischio complessivo; la riduzione degli errori "è un valore di per sé e non va necessariamente portata avanti solo nell'ottica di riduzione della sinistrosità. Allo stesso modo, è da evidenziare che non sempre il sinistro è determinato da un errore, ma può essere conseguenza, ad esempio, di specifiche aspettative del paziente rispetto al percorso di cura". Storicamente circa un terzo delle richieste di risarcimento non ha seguito poiché non vi è responsabilità medica.

AFFIANCARE LE STRUTTURE PER RENDERE IL RISCHIO PIÙ APPETIBILE

La disponibilità di big data e di modelli avanzati di data analytics non risolve da sola la questione. "Nel settore il processo è ancora in fase embrionale. Nella Rc sanitaria è necessario procedere a passo alla volta, mettendo a punto un sistema che preveda l'uso dei dati in possesso degli assicurati, reportistica automatizzata, metodologie definite, kpi precisi e un team dedicato all'analisi delle informazioni". In sintesi, si guarda a un superamento della logica di mero efficientamento degli aspetti operativi della struttura, per ragionare invece sulle informazioni utili a gestire meglio il rischio nel suo complesso. Il settore assicurativo può fare molto in questo senso, laddove le modalità di sottoscrizione incentivano, o meglio ancora supportano l'implementazione di processi di gestione del rischio.

Le informazioni e il rapporto diretto con la struttura sanitaria per la gestione del suo rischio sono fondamentali per la compagnia quando si parla di gestione efficiente del portafoglio. "Soprattutto in ambito di Rc sanitaria, è necessario avere la possibilità di guidare le performance del portafoglio in un'ottica di sostenibilità e continuità nel tempo. L'esperienza europea di Sham, in quanto mutua, è proprio quella di affiancare i soci analizzando le criticità e gli aspetti positivi della loro attività per implementare azioni correttive a tutti i livelli", sintetizza Carchedi.

Il fine ultimo dell'analisi dei dati deve essere, quindi, quello di avere le migliori informazioni utili a prendere delle decisioni. "Per le compagnie assicurative – continua Carchedi – significa dotarsi di competenze e strumenti adeguati, ma soprattutto di un approccio differente, creando una struttura robusta che abbia come obiettivo quello di dare informazioni semplici, veloci e corrette. I dati possono avere un impatto positivo sui processi decisionali quando il patrimonio informativo dell'azienda è coerente e supera la visione per compartimenti che è tipica delle gestioni a silos". Il passaggio da un'ottica settoriale a una globale è però tutt'altro che scontato.

VA AFFRONTATO IL GAP DELLE COMPETENZE

C'è poi un secondo ostacolo, di natura culturale, che riguarda le tecnologie: negli ultimi anni le potenzialità del digitale sono cresciute più in fretta delle competenze necessarie a un suo utilizzo diffuso e che permetta di ottenere livelli di analisi avanzati. Oggi, rispetto a qualche anno fa, la raccolta dei dati è più facile e diventa tangibile l'esigenza di saperli sfruttare per raccogliere conoscenza sul passato, presente e futuro dell'organizzazione. Questa consapevolezza rende necessario il ricorso a persone con competenze utili a sviluppare l'analisi: "le tecnologie, così come le competenze a livello aziendale, devono essere alimentate con l'inserimento di nuove figure professionali, che però hanno un'utilità concreta se possono operare in un contesto *data-oriented*. L'ambiente organizzativo deve essere preparato per cogliere il massimo dalle competenze in entrata: ecco quindi che si torna a parlare di fare *data literacy*, di sviluppare una cultura aziendale orientata al dato e di spiegare ai team il valore delle informazioni", conclude Carchedi.



Claims Made

Le coperture “a richiesta di risarcimento pervenuta” derivano dal sistema assicurativo anglosassone e presentano perciò caratteristiche che potrebbero essere giudicate in contrasto con la normativa italiana. La modalità di indennizzo, secondo cui il sinistro può essere avvenuto in un periodo precedente alla stesura della polizza, presenta per determinati rami dei vantaggi per le compagnie, così come per il cliente

Tipo di *trigger* (letteralmente, *miccia* o *grilletto*), che fa scattare l'operatività della copertura assicurativa nell'ambito delle polizze di responsabilità civile, definendone la validità temporale.

Nell'assicurazione che funziona su questa base, sono accettate come valide tutte le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta agli assicuratori (in inglese, l'espressione è *claims made*), durante il periodo di vigenza della polizza, indipendentemente dalla data in cui i danni cui si riferiscono si siano effettivamente verificati.

In pratica, l'attenzione viene spostata dal momento in cui l'evento dannoso si verifica, a quello in cui lo stesso emerge e viene denunciato alla compagnia assicuratrice.

Chi subisce il danno, infatti, non ne ha sempre contezza immediata: è possibile che trascorra del tempo prima che egli sia in grado di percepire di averlo subito e possa collegarlo a un particolare evento generatore, in modo da sporgere denuncia all'attore, al fine di ottenere il risarcimento che gli spetta.

Per definire il limite temporale della copertura su base *claims made*, è previsto un *limite di retroattività* o *garanzia pregressa* (in inglese, *retro limit*) per cui i danni verificatisi prima della data indicata a questo fine, seppure denunciati durante il periodo di polizza, non verranno accettati dall'assicuratore.

Qualora questo limite di validità temporale non fosse chiaramente indicato nel contratto, la copertura avrà una *retroattività illimitata* (*unlimited retro*), ovvero saranno valide tutte le denunce di sinistro pervenute durante il periodo di validità del contratto assicurativo. In pratica, una *unlimited retro* non considera alcun limite di tempo per l'accadimento dell'evento coperto.

È anche possibile prevedere un limite di retroattività che non preceda la data di effetto della polizza stessa, nel qual caso si parlerà di *retro inception*: l'assicuratore accetterà soltanto la denuncia di quei sinistri occorsi e denunciati nel periodo dell'assicurazione.

I limiti di retroattività e di ultrattività

Per ciascun sinistro, dunque, si distingueranno un *anno di accadimento* (l'anno nel quale il sinistro è effettivamente

occorso) e un *anno di denuncia* (l'anno nel quale la richiesta di risarcimento è pervenuta per la prima volta agli assicuratori).

È poi possibile prevedere un determinato lasso di tempo, oltre la data di scadenza della polizza, nel corso del quale sarà ancora possibile presentare la denuncia di sinistro alla compagnia. Si tratta del cosiddetto *periodo di ultrattività*, talvolta anche indicato come *garanzia postuma*, che prolunga il termine temporale entro il quale è possibile denunciare il sinistro (solitamente da un minimo di due a un massimo di 120 mesi, per le cosiddette *postume decennali*), dopo la scadenza della polizza stessa.

Può infatti accadere che un sinistro occorra poco prima della scadenza del contratto e l'assicurato potrebbe non avere il tempo necessario per denunciarlo. Se la polizza che segue non fosse munita di un periodo di retroattività (ad esempio, se si trattasse di una *retro inception*), la denuncia di questi sinistri non verrebbe accettata come valida dall'assicuratore in corso e neppure da quello precedente, essendo scaduto il periodo della polizza. Si renderà quindi necessario un ulteriore lasso di tempo che consenta all'assicurato di segnalare alla compagnia questi eventi dannosi e la loro denuncia sarà considerata valida, purché gli stessi non vengano presentati e accettati anche dall'assicuratore della polizza successiva.

Una rappresentazione grafica della validità temporale di una copertura su base *claims made* potrebbe essere riassunta come segue:



(continua a pag. 4)

(continua da pag. 4)

Le caratteristiche che frenano la diffusione in Italia

Dal momento che questo tipo di copertura nasce all'interno di un ordinamento giuridico assai diverso dal nostro, essa si discosta dall'impostazione tradizionale prevista dall'art. 1917 del codice civile (*Assicurazione della responsabilità civile*), che prevede che la garanzia sia operativa per fatti avvenuti durante il periodo di vigenza della polizza (*losses occurring*).

Inoltre, com'è facilmente intuibile, la *claims made* costituisce una forma di assicurazione piuttosto complessa, la cui applicazione può risultare ardua da comprendere perfino per gli addetti ai lavori, figurarsi per gli assicurati.

In Italia, dunque, questa clausola si è trovata al centro di molte discussioni, sfociate in diverse prese di posizione da parte dei tribunali di ogni ordine e grado, fino alla Corte di Cassazione. La magistratura ha lungamente avvertito la sua adozione da parte degli assicuratori, con varie giustificazioni. In particolare, essa sarebbe risultata:

- atipica, se non illegittima, perché contraria al disposto dell'art. 1917 c.c.;
- vessatoria, perché limiterebbe l'operatività del contratto a danno dell'assicurato (e sarebbe quindi soggetta alla sua espressa approvazione, ex art. 1341 del c.c.);
- essa, inoltre, violerebbe il disposto dell'art. 1895 c.c., coprendo avvenimenti la cui origine si colloca prima della stipulazione del contratto, eludendo così il principio indennitario su cui fonda l'intero apparato del sistema assicurativo;

In poche parole, la clausola risulterebbe *immeritevole di tutela* per il nostro ordinamento e danneggerebbe l'interesse dell'assicurato, inteso come parte debole nel processo di vendita del prodotto assicurativo. Ciò comporterebbe la nullità del suo contenuto e autorizzerebbe il magistrato, che dovrà giudicarne di volta in volta l'adeguatezza, a modificarne l'oggetto, ricostituendo lo spirito del disposto dell'articolo 1917 del codice civile.

La poca chiarezza nuoce al settore

La discussione è andata avanti per anni ed è tuttora in corso. Allo stato attuale, nonostante questa clausola abbia ricevuto l'imprimatur all'interno di alcuni provvedimenti legislativi (legge 31/12/2012 n° 247, recante la nuova disciplina dell'ordinamento della professione forense; legge n. 24/2017, nota come *legge Gelli*, *legge Concorrenza* n. 124/2017, recante disposizioni sull'ultrattività delle polizze

assicurative di responsabilità professionale), la questione investe ancora parecchi fronti per le compagnie.

È infatti possibile che sinistri ancora aperti riservino delle sorprese sulla loro risarcibilità, qualora la clausola non venga accettata dalla magistratura, con gravi conseguenze sull'ammontare delle riserve appostate. Inoltre, i trattati di riassicurazione di alcuni tipi di polizze impongono l'uso della *claims made*, il che potrebbe mettere a repentaglio la solvibilità della compagnia, se la stessa non fosse in grado di applicarla correttamente, in seguito alle diverse indicazioni del tribunale.

È quindi vitale che gli assicuratori ne facciano un uso attento, evitando che la magistratura possa dichiararla nulla, sostituendola di fatto con una *losses occurring*.

Il vantaggio dell'adeguamento dei premi

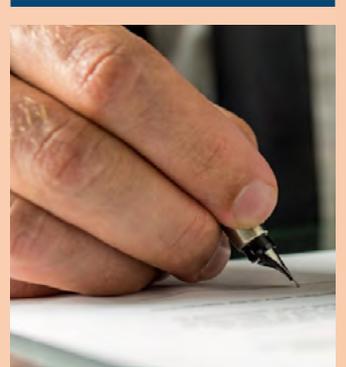
Com'è noto, infatti, lungi dal voler costituire una vessazione nei confronti dell'assicurato, la clausola *claims made* comporta una serie di vantaggi per tutti i soggetti coinvolti nel negozio assicurativo.

Essa ha infatti il merito di attualizzare la copertura, rendendo assai più semplice la denuncia di sinistri che, nell'ambito di rami che dispiegano la loro operatività in tempi anche molto lunghi (*long tail*), potrebbero essere presentati a compagnie che non esistono più, o che non operano più nel mercato di riferimento.

L'efficacia della copertura risulta inoltre svincolata dall'accertamento di circostanze che potrebbero non essere più facilmente riscontrabili o dalla vigenza, al momento dell'accadimento, di massimali non adeguati alla bisogna.

Per gli assicuratori, stante la dinamica dei sinistri per i rami in cui la clausola è utilizzata, essa soddisfa una serie di esigenze vitali per la loro sopravvivenza e permette loro di adeguare i premi di polizza all'effettivo parametro di spesa del momento in cui gli stessi vengono riservati e pagati, contribuendo in modo determinante a una maggiore certezza sui costi e sugli andamenti dei rischi assicurati.

Cinzia Altomare



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