

PRIMO PIANO

Ivass, Solvency II fa bene

Solvency II, finora, ha favorito le compagnie italiane. Lo ha rivelato il presidente di Ivass, Salvatore Rossi, in occasione della presentazione della guida alla nuova normativa, pubblicata dall'Istituto di vigilanza italiano. "Non possiamo ancora dare i dati quantitativi - ha precisato Rossi - ma qualche stima c'è e il passaggio da Solvency I a Solvency II favorisce le compagnie italiane". Qualche numero, comunque, si può già comunicare: alcune compagnie molto attive sul ramo vita passeranno "da un ratio del 140-150% anche fino al 350%, grazie soprattutto al fatto che il vecchio sistema sovrastimava il requisito di capitale".

Ma se sul primo pilastro (i requisiti quantitativi) le cose sono già buone, sul secondo e il terzo c'è ancora tanto lavoro da fare: per quanto riguarda la governance e la reportistica al mercato, le imprese dovranno ancora migliorare, a partire già dal 2017. La guida redatta da Ivass è uno strumento di educazione finanziaria e spiega, con linguaggio semplice e non tecnico, gli aspetti più complicati del nuovo regime di solvibilità. "È una guida scritta bene, che giornalisti e associazioni dei consumatori dovrebbero sempre tenere a portata di mano", ha commentato Rossi, annunciando anche che a metà dicembre l'Autorità aprirà un nuovo sito internet istituzionale con il contributo di Banca d'Italia.

Fabrizio Aurilia



IL PUNTO SU...

Il ritorno del decreto Gelli

Rc dell'operatore sanitario, autoassicurazione delle strutture, retroattività delle claims made e Fondo di garanzia sono stati ridisegnati nella versione del provvedimento approvato al Senato

SECONDA PARTE

La sezione più corposa del provvedimento, in termini di ampiezza disciplinare, è certamente quella dedicata ai profili assicurativi tanto per le strutture, quanto per i sanitari, quanto, infine, per la salvaguardia dei diritti dei danneggiati.

Non va dimenticato che uno dei profili (anzi, certamente il più celebrato) che hanno ispirato il provvedimento in argomento è quello legato alle criticità del comparto assicurativo della Rc sanitaria.

Tale criticità è andata via via ampliandosi negli ultimi anni, con fattori e marcatori di crisi sempre più evidenti in termini di costo delle garanzie sul mercato, riduzione del panel di imprese che esercitano il ramo con ampiezza di rischi e territoriale, e, infine ma non ultimo, con la forte delimitazione dell'oggetto della garanzia offerta o richiesta sul mercato, che si realizza in termini di ampiezza delle franchigie e delle esclusioni contrattuali, temporali o sostanziali.

Se la norma ideata e supportata in questi lunghi mesi nelle commissioni competenti ha dunque un obiettivo dichiarato, questo è certamente quello di contenere il fenomeno, molto percepito dalla classe medica, per così dire "di accerchiamento", tra richieste risarcitorie dei danneggiati e difficoltà di ottenere sul mercato idonee e competitive coperture del rischio patrimoniale del professionista sanitario, sempre più esposto alle azioni tanto dei pazienti, quanto delle strutture stesse che agiscono in rivalsa.

Così, le norme che, nel progetto di legge, disciplinano le varie componenti dell'assicurazione della Rc sanitaria sono numerose e molto articolate, al punto da risultare perfino macchinose in alcuni contesti.

L'AUTOASSICURAZIONE DELLE STRUTTURE

L'obbligo assicurativo per le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è ribadito nell'articolo 10 che, al tempo stesso, concede (come già la versione approvata alla Camera dei Deputati) la possibilità per le aziende sanitarie di dotarsi di "altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi", alludendo con ciò alla possibilità di derogare all'obbligo assicurativo, ritenendo nella propria componente finanziaria di bilancio la riserva tecnica per coprire il rischio di un esborso futuro destinato al danneggiato. *(continua a pag. 2)*



INSURANCE REVIEW su TWITTER
Seguici cliccando qui



(continua da pag. 1)

Questa forma (detta di *autoassicurazione*) consentirà dunque alla struttura di non assicurarsi ma di riservare (con la quota di bilancio destinata altrimenti a coprire il costo assicurativo), nel proprio esercizio finanziario, la quota presumibilmente destinata alla spesa per il singolo sinistro non coperto altrimenti da polizza assicurativa.

La novità più importante, a questo proposito, che si registra tra il testo della Camera e quello ora licenziato al Senato, sta nella previsione di una regolamentazione di queste riserve tecniche nel conto economico delle aziende, le quali dovranno (secondo quanto verrà determinato con decreto del ministero dello Sviluppo economico) prevedere nel proprio bilancio "un fondo rischi e un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati".

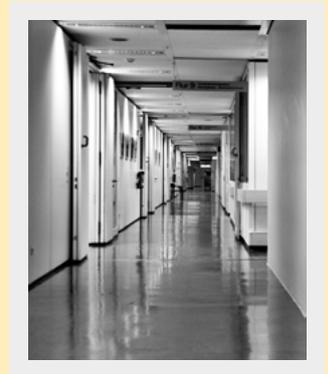
Verrà così a crearsi una contabilità finanziaria che dovrà essere monitorata altresì attraverso le comunicazioni rese obbligatorie all'Osservatorio nazionale istituito presso il ministero della Salute.

RETROATTIVITÀ NEI DIECI ANNI

Anche l'articolo 11 ha subito importanti variazioni rispetto al testo approvato alla Camera, con particolare riguardo alle condizioni minime che la garanzia assicurativa contratta dalle strutture e dai medici dovrà avere, in ragione del tempo della copertura.

In particolare è stato previsto che la polizza "deve prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza della polizza".

Tale disposizione amplia sensibilmente il termine così detto di retroattività per le polizze che siano regolate dal regime della clausola *claims made* (o *a prima richiesta*), vale a dire della condizione contrattuale che lega l'insorgenza del sinistro non alla commissione del fatto illecito ma, bensì, alla ricezione della prima richiesta danni da parte dell'assicurato, se tempestivamente denunciata in pendenza di copertura. (continua a pag. 3)



DoctorsDentist
www.doctorsdentist.it

NOVITÀ

POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE E PROFESSIONALE

Odontoiatria senza implantologia

Massimale per anno e per sinistro	Retroattività 0 anni**	Retroattività 1 anno	Retroattività illimitata
€ 1.000.000	€ 390,00	€ 552,50	€ 650,00
€ 2.000.000	€ 532,80	€ 754,80	€ 888,00
€ 3.000.000	€ 549,00	€ 777,75	€ 915,00

Odontoiatria con implantologia osteointegrata*

Massimale per anno e per sinistro	Retroattività 0 anni**	Retroattività 1 anno	Retroattività illimitata
€ 2.000.000	€ 609,60	€ 863,60	€ 1.016,00
€ 3.000.000	€ 901,20	€ 1.276,70	€ 1.502,00

N.B. Tariffa valida in assenza di sinistri negli ultimi 5 anni
durata anni uno in facoltà rinnovo
Gli importi comprendono consulenza e assistenza

GARANZIE COMPRESSE:

- Franchigia € 500,00 per i danni da implantologia e ai denti
- Nessuno scoperto
- Possibilità di controrendita allo Studio
- Perdite patrimoniali Direttore Sanitario per l'attività di carattere medico e/o odontoiatrico (Vedi C.A. ART.4)

*Per altre metodiche di implantologia quotazione a richiesta

**Per medici che hanno appena iniziato l'attività



(continua da pag. 2)

Questa modifica appare allinearsi al tracciato della recentissima sentenza resa sul tema dalle Sezioni Unite della Cassazione (n.9140 del 6 maggio 2016), la quale ha richiamato tutti gli attori della materia (legislatore in primis) a disciplinare una clausola che preveda una retroattività capiente dal punto di vista dell'efficacia di copertura e del rischio professionale.

Evidentemente la modifica tiene conto di tale invito, prevedendo un obbligo minimo di dieci anni di retroattività, in luogo della precedente formulazione che prospettava la "possibilità" di concordare una ripresa temporale antecedente di soli cinque anni.

FONDO DI GARANZIA A CONSAP

All'articolo 14, infine, si segnalano (in questo breve riassunto dei principali emendamenti apportati in Senato) alcune modifiche di rilievo finalizzate a implementare la disciplina di costituzione e di funzionalità del Fondo di Garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria.

In particolare, viene data maggior attenzione alla regolamentazione e alla gestione del fondo, affidato con apposita convenzione alla Concessionaria dei servizi pubblici assicurativi (Consap), soprattutto sotto il profilo della raccolta del contributo economico che dovrà alimentare la riserva di tale ente (non è prevista contribuzione a carico della spesa pubblica), che graverà per intero sulle "imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria".

Due le ipotesi (confermate) di intervento del fondo, che risarcirà i danni cagionati da responsabilità sanitaria quando: a) il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica e privata, ovvero dall'esercente la professione sanitaria, ovvero b) qualora la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica e privata, ovvero l'esercente la professione sanitaria, risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa, o vi venga posta successivamente".

Avv. Filippo Martini
Studio Mrv

La prima parte dell'articolo è stata pubblicata sul numero di Insurance Daily di lunedì 21 novembre 2016

MERCATO

Mobilità condivisa: Italia prima in Europa

Auto e biciclette in condivisione stanno rivoluzionando il modo di muoversi in città: ora gli operatori chiedono aiuto agli assicuratori

Bike sharing e car sharing piazzano l'Italia al primo posto in Europa. La mobilità condivisa sta prendendo piede nel nostro Paese, grazie anche agli accordi stretti tra settore pubblico e settore privato che ha deciso di investire, fiutando l'affare. Ora, però, devono muoversi anche gli assicuratori.

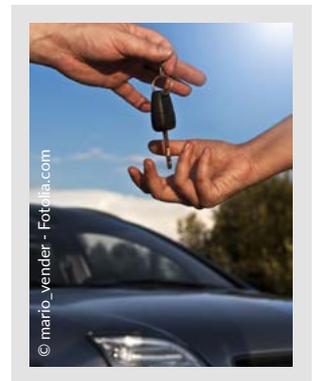
Sono più di 700 mila gli utenti dell'auto condivisa: solo tra Milano e Roma si trova il 60% delle vetture. Il bike sharing invece conta oltre 13.700 bici e 200 comuni in cui il servizio è attivo.

Questi sono solo alcuni numeri presi dal primo rapporto nazionale dell'Osservatorio nazionale sulla sharing mobility, promosso dal ministero dell'Ambiente e dalla Fondazione per lo sviluppo sostenibile, presentato in Campidoglio a Roma nel corso della prima Conferenza nazionale della sharing mobility.

Guardando alla distribuzione geografica del fenomeno, nel 2015, su tutto il territorio nazionale, sono stati fatti circa 6,5 milioni di noleggi. Milano è la città più coperta, e anche la più interessata alla mobilità condivisa: secondo il rapporto, circa 60 mila milanesi utilizzano con frequenza i servizi di car e bike sharing. In generale, il nord dell'Italia è più coinvolto. La bici pubblica al nord pesa per il 64% dei servizi e 81% dei mezzi condivisi, contro il 14% del centro e il 22% del meridione. Per quanto riguarda il car sharing, dei 5.764 veicoli censiti nel luglio scorso, il 34% è a Milano, che conta 370 mila iscritti, seguita da Roma (il 26% e 220 mila utenti), Torino (16% dei veicoli) e Firenze (11%).

Per continuare a crescere, l'economia della mobilità condivisa, dovrebbe seguire un roadmap tracciata dall'Osservatorio. Occorre un aggiornamento del quadro normativo e cinque proposte sono state lanciate dagli operatori del settore: in primis, occorre un aggiornamento delle normative tecniche; le città devono promuovere la mobilità condivisa con le proprie politiche; le assicurazioni devono aiutare il settore; il Governo deve garantire incentivi e programmare nuovi investimenti.

L'Osservatorio, infine, segnala che tra le persone che utilizzano la sharing mobility, il 47% ha ridotto l'uso dell'auto privata, il 25% ha rinunciato alla seconda auto di famiglia e l'11,4% ha persino venduto l'unica automobile che possedeva.



Fabrizio Aurilia

INTERMEDIARI

Idd, pietra angolare o fardello?

Per capire l'impatto della direttiva sugli intermediari assicurativi e sulla tutela del consumatore, Uea ha riunito giuristi ed esperti in un convegno a Roma. Preoccupati dall'ennesima norma, per un settore già molto disciplinato, così come della disparità tra i diversi soggetti distributori

Un'opportunità di dare forma e sostanza al concetto di consulenza o un ulteriore peso regolamentare e sanzionatorio? Attorno a questo interrogativo si sono riuniti nei giorni scorsi, nella capitale, giuristi ed esperti assicurativi, in occasione del convegno Uea, *Il recepimento della Idd per tutelare il mercato e i consumatori*.



Ci si chiede quanto il nuovo quadro normativo sarà capace di ricondurre, all'interno di un alveo di regole, chiare e uguali per tutti, i diversi soggetti che compongono la filiera della distribuzione assicurativa, e come tutto questo riuscirà a tradursi concretamente in una reale, e non solo formale, tutela del consumatore. In linea generale, la direttiva 97/2016, nota con l'acronimo *Idd*, contiene temi che, a seconda di come verranno recepiti negli ordinamenti nazionali, possono cambiare radicalmente l'assetto della distribuzione assicurativa. "Nel panorama europeo - conferma **Roberto Conforti**, presidente **Uea** - vi sono differenze anche molto rilevanti a livello di gestione, funzioni e obblighi posti in capo alle reti, così come differenti sono i meccanismi che regolano i rapporti tra intermediari e mandanti".

La normativa, secondo il presidente, non è stata pensata per la realtà italiana e, per questo motivo è fondamentale capirne i postulati, coglierne le istanze sottese e prefigurarne i possibili scenari, per poterne interpretare il dettato.

Compagnie e distributori: servono entrambi

Secondo **Henri Debruyne**, presidente e ceo del **Medi**, il principale rischio della direttiva è la ridondanza regolamentare, e il pericolo di avere l'ennesimo quadro normativo solo formale, ma foriero di ulteriori obblighi per gli intermediari; senza parlare del probabile impatto sui rapporti con le imprese mandanti.

La *Idd*, spiega **Pierpaolo Marano**, dell'**Università Cattolica** di Milano, si riferisce ai *manufacturer*, ricomprendendo sia le compagnie che gli intermediari assicurativi, ribadendo che, per fornire all'assicurato la polizza più idonea per le sue specifiche esigenze, è fondamentale il ruolo di entrambi. "Significa - sottolinea Marano - che i prodotti devono essere ideati per rispondere a specifiche esigenze di specifici target, e che gli intermediari devono, da un lato, veicolare flussi informativi per la corretta profilazione dei clienti e, dall'altro, offrire per ogni prodotto un'adeguata consulenza". Ed è proprio questo

principio fondamentale che bisognerà capire come sarà applicato a quei soggetti che distribuiscono polizze in via accessoria rispetto alla loro attività principale, quali le agenzie di viaggio, i concessionari auto, le public utility e tutto il mondo on line.

Le polizze non sono deterrenti

Qui si inserisce uno dei temi che hanno contraddistinto, negli ultimi anni, l'azione di Uea, per la quale resta centrale la funzione sociale dell'intermediario professionale. Come ricorda il consigliere, **Filippo Gariglio**, le polizze non sono deterrenti, bensì contratti complessi, scritti in un linguaggio spesso incomprensibile, che il consumatore medio non può comprendere senza la mediazione di un professionista istruito e costantemente informato e formato allo scopo.

Con riferimento a coloro che costruiscono campagne pubblicitarie sul concetto di intermediazione professionale, come inutile aggravio per il cliente, il consigliere della **Corte di Cassazione**, **Marco Rossetti**, ribadisce che la direttiva sottolinea il dovere di colmare le asimmetrie informative che caratterizzano il rapporto tra produttori-distributori di assicurazioni e cliente finale. "Ma - si interroga il presidente Uea - come questo obbligo si possa assolvere *flaggando* pagine e pagine di contratti e informative, resta per noi un assoluto mistero".

I soggetti che sfuggono alle regole

A conclusione del convegno, Conforti lancia un messaggio molto forte alle authority, sul tema della disintermediazione, con esplicito riferimento ai promotori mutualistici. Il presidente sottolinea infatti che la tutela del libero mercato può esistere solo in presenza di regole certe e condivise, e di controlli stringenti e puntuali a cui una pluralità di soggetti sfuggono. Il riferimento è ai comparatori e alle società di mutuo soccorso, laddove se la *Idd* mira ad imporre un quadro normativo unico per tutti quelli che si occupano di assicurazioni, vi sono migliaia di soggetti che vendono quote di società, le quali garantiscono prestazioni sanitarie in cambio di una provvigione. Queste, sottolinea Conforti, "sono in tutto e per tutto polizze assicurative", tuttavia coloro che le distribuiscono non sono tenuti a rispettare "infiniti obblighi di informazione, formazione e adeguatezza, non sono soggetti allo stesso impianto sanzionatorio, non offrono agli assicurati le stesse garanzie in termini di professionalità e solvibilità, e le società che rappresentano non sono tenute ad appostare adeguate riserve a copertura dei sinistri, a rendere pubblici i loro bilanci e - conclude - non vengono controllate da **Mise**, **Agcm** e **Ivass**, quasi godessero di una apposita franchigia".

Laura Servidio

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