

PRIMO PIANO

Munich Re conferma i target

È iniziato col piede giusto il 2017 di Munich Re. Il gruppo ha infatti chiuso il primo trimestre dell'anno con un utile netto a 554 milioni di euro, in crescita rispetto ai 430 milioni registrati nello stesso periodo del 2016. In aumento anche il risultato netto operativo, che si attesta a 952 milioni di euro e segna un incremento del 31% su base annua (726 milioni di euro). Numeri che consentono a Munich Re di confermare l'obiettivo di un utile annuo compreso fra i 2 e i 2,4 miliardi di euro. Ottimismo anche sul fronte del fatturato che, secondo i target fissati dal gruppo, dovrebbe attestarsi fra i 48 e i 50 miliardi di euro. "Siamo molto soddisfatti dei risultati ottenuti, e siamo pienamente in linea con gli obiettivi che ci siamo posti per l'intero anno", ha commentato Jörg Schneider, cfo di Munich Re.

Nonostante le perdite causate da catastrofi naturali, attestatesi a 156 milioni di euro, il ramo riassicurativo registra le performance migliori: il risultato netto si ferma a 466 milioni di euro, con ottime prestazioni nei prodotti vita e salute. "Chiudiamo un trimestre soddisfacente, nonostante la crescita significativa delle perdite derivanti dalle major losses", ha spiegato Schneider. "Un risultato - ha aggiunto - reso possibile dai buoni risultati ottenuti negli investimenti".

Giacomo Corvi

WELFARE

Una nuova antropologia assicurativa

L'edizione 2017 del "Rapporto sul neo-welfare" di Assimoco, presentato ieri a Milano, si è focalizzata sulla difficoltà delle nuove generazioni di italiani a inserirsi a pieno titolo nella vita adulta: mancano reddito e prospettive per il futuro. Per ora continua il sostegno "fai da te": nel 2016 le famiglie hanno trasferito ai figli 38,5 miliardi di euro. Ma lo studio osserva anche una chiara richiesta di risposte assicurative da parte dei genitori. A patto che siano prese in carico da consulenti preparati e affidabili

Sono diversi anni ormai che due fenomeni preoccupanti gettano un'ombra sul futuro del nostro Paese: la grande fuga all'estero dei giovani che non trovano opportunità di carriera in Italia, e la progressiva diminuzione della natalità. Problemi noti da tempo e piuttosto complessi. Un primo passo per iniziare ad affrontarli consiste nel creare le condizioni affinché le giovani coppie possano diventare genitori, senza dover andare a cercare altrove condizioni di vita che dovrebbero essere garantite da un Paese civile: salari adeguati, asili nido accessibili, flessibilità oraria per poter stare vicini ai propri figli. Per intraprendere questo cammino occorre immaginare un nuovo sistema di welfare per la famiglia, ripensando alle modalità con cui garantire un buon meccanismo di protezione sociale alla luce delle grandi trasformazioni in corso. È quello che da quattro anni prova a fare Assimoco attraverso il Rapporto sul neo-welfare, che ieri è stato presentato in anteprima a Milano, e che dopodomani verrà illustrato alla Camera dei Deputati.

NON È UN PAESE PER GIOVANI

L'indagine 2017 ha un titolo eloquente: *Proteggere e accompagnare i figli nella vita adulta: una questione di cooperazione*. È stato il direttore generale di Assimoco, **Ruggero Frecchiami**, a inquadrare il tema spiegando che "il cuore del problema va riscontrato in politiche sociali che da sempre favoriscono la protezione dei padri rispetto a quella dei figli, con una spesa elevata per il sistema pensionistico e poche risorse per le famiglie e per le esigenze di cura dei figli lungo il loro intero ciclo di vita". Un sistema che, come osserva giustamente Frecchiami, non è più sostenibile "visti i mutamenti che hanno inciso fortemente sul modello tradizionale di famiglia, generando numerose tipologie di nuclei: allargati, monogenitoriali, ricomposti". (continua a pag. 2)



INSURANCE REVIEW su TWITTER
Seguici cliccando qui



(continua da pag. 1)

MILLE EURO AL MESE PER DIVENTARE ADULTI

Il rapporto, realizzato da **Ermeneia**, ha voluto indagare a fondo i rapporti e le relazioni familiari tra generazioni, accendendo un faro, in modo particolare, sulla correlazione tra il passaggio alla vita adulta e la formazione di nuovi nuclei familiari. "Una società che non supporta concretamente queste due fasi - ha sottolineato Frecchiami - ha poche chance di svilupparsi in maniera armoniosa". E una delle condizioni importanti per diventare autonomi è, in primis, quella di avere un reddito continuativo da lavoro. Oltre il 60% degli italiani colloca questo reddito tra i 1.000 e i 2.000 euro netti al mese, ma, pur di avviarsi concretamente al lavoro, il 19% dei giovani si accontenta anche di 1.000 euro netti al mese, dato che allontana di molto l'immagine di choosy che negli anni scorsi si è voluto appiccicare addosso alle nuove generazioni di italiani.

IL WELFARE FAI DA TE

Il rapporto ha intervistato e analizzato tre campioni rappresentativi nazionali, costituiti dai capifamiglia tra i 18 e i 60 anni (idealmente, i genitori), dai giovani di età compresa tra i 18 e i 34 anni (i figli) e dalle persone tra i 61 e i 75 anni (i nonni). Dai risultati emersi, spicca la persistenza di uno scambio significativo di aiuti reciproci tra le diverse generazioni, connesso al tradizionale accudimento prolungato dei figli, alla debolezza delle politiche sociali rivolte ai giovani e alle famiglie e all'impatto della crisi. Numeri alla mano, lo scambio di aiuti economici, nella direzione genitori-figli ammonta a 30,5 miliardi di euro nell'anno 2016, e sale a 38,5 miliardi se si sommano gli aiuti ricevuti dai nonni, bisnonni o da altre persone anziane. Esiste poi lo scambio di aiuti non in denaro, ossia di cibo, vestiti, device tecnologici, ma soprattutto servizi di assistenza e di sostegno quotidiano, che possono interessare più del 60% dei giovani intervistati, secondo quanto questi ammettono di aver ricevuto dai genitori. Questo trend va osservato alla luce del complessivo quadro europeo: l'età media di uscita dei giovani dalla famiglia risulta pari a 30,1 anni, contro una media europea di 26,1: l'Italia è in buona compagnia, con la Grecia (29,4 anni) e con la Spagna (29,0 anni), ma contemporaneamente lontana dalla situazione della Germania (23,8 anni) e ancora di più da quella della Svezia (19,7 anni).

C'È VOGLIA DI CONSULENZA

Alla luce di questo scenario, occorre fare una riflessione su come organizzare il passaggio culturale in corso. Secondo il presidente di Ermeneia, **Nadio Delai**, "ci sono elementi che stanno cambiando l'antropologia assicurativa degli italiani". L'indagine, infatti, ha evidenziato anche che esiste una propensione significativa a investire una quota dei risparmi familiari in favore della protezione dei rischi dei figli e della promozione della loro autonomia tramite la sottoscrizione di piani di accumulo di capitale. Nel dettaglio, si guarda a un maggiore investimento in polizze di previdenza integrative (sempre in favore dei figli) per coprire i periodi di lavoro precario oppure per l'eventuale disoccupazione (35,9% della popolazione italiana tra 18 e 60 anni) oppure nel riscatto degli anni di laurea dei figli (32,3%), o ancora in polizze di assicurazione per proteggere gli eventuali periodi di disoccupazione dei figli (32,6%). Secondo Delai il sistema assicurativo è un colonna portante del concetto di neo-welfare. "C'è una richiesta di consulenza che entra nel merito. Le persone - ha osservato - sono alla ricerca di soluzioni assicurative, a patto che un professionista esperto le aiuti e le indirizzi, analizzando le proprie aree di fragilità da proteggere e studiando soluzioni capaci di sostenere il futuro dei propri figli". Questa, tenenza, ha sottolineato Delai, è emersa in modo molto chiaro per almeno un terzo del campione di indagine.

Beniamino Musto



  **INSURANCE CONNECT su YOU TUBE**
Seguici cliccando qui

 IL PUNTO SU...

Acque ancora mosse per la claims made

Nonostante la legittimità della clausola sia stata definitivamente confermata con l'inserimento nella legge Gelli, nuove sentenze riaprono la questione della sua compatibilità con il sistema normativo italiano, nel caso in questione per un supposto vantaggio dato all'assicuratore

La oramai antica controversia sulla legittimità e sulla ammissibilità nell'ordinamento della clausola assicurativa delimitativa della disciplina temporale della copertura (altrimenti diffusamente nota come *claims made*) non pare avere pace, né approdo in un orientamento condiviso.

Non sono bastati anni di complesse e diversificate decisioni rese a ogni grado di giurisdizione; neppure sono serviti scritti dottrinali dai più diversificati contenuti; nemmeno un principio dalla valenza nomofilattica resa dalla nota decisione delle Sezioni Unite della Cassazione nella decisione n. 9140 del 2016, e neanche, da ultimo, il pronunciamento cogente del legislatore (art. 11 della legge n. 24 del 2017, altrimenti nota come *legge Gelli-Bianco*).

La teoretica della contrarietà ideologica e interpretativa alla clausola in argomento trova nuova linfa, un po' inaspettatamente, in due recenti decisioni *gemelle*, appena pubblicate dalla Corte di Cassazione (sez. III, nn. 10506 e 10509, entrambe del 28 aprile 2017, pres. Travaglino, rel. Rossetti) le quali si propongono nuovamente di spargliare una realtà che appariva solo da poco pacificata.

Le due decisioni affrontano l'annosa questione della legittimità (ora riletta in chiave di meritevolezza, attingendo al pronunciamento di cui alla citata sentenza n. 9140/2016) di una clausola *claims made* che aveva portato a escludere la copertura assicurativa sul presupposto che la prima richiesta danni (e la conseguente denuncia dell'assicurato) fossero intervenuti successivamente alla cessazione della polizza per il naturale decorrere del termine di estinzione del contratto.

I nuovi dubbi sulla legittimità della clausola

La decisione (che porta all'affermazione di illegittimità della clausola e alla conseguente validità della copertura a discapito dell'estinzione intervenuta del vincolo contrattuale) si basa su una massima a dir poco sorprendente:

“La clausola c.d. *claim's made*, inserita in un contratto di assicurazione della responsabilità civile stipulato da un'azienda ospedaliera, per effetto della quale la copertura esclusiva è prestata solo se tanto il danno causato dall'assicurato, quanto la richiesta di risarcimento formulata dal terzo, avvengono nel periodo di durata dell'assicurazione, è un patto atipico immeritevole di tutela ai sensi dell'art. 1322, comma secondo, c.c., in quanto realizza un ingiusto e sproporzionato vantaggio dell'assicuratore, e pone l'assicurato in una condizione di indeterminata e non controllabile soggezione”.

A detta dei giudici del collegio, le ragioni di illegittimità della clausola risiederebbero in ben tre considerazioni:



1. In primo luogo, la clausola *claim's made* che escluda le richieste postume appare immeritevole di tutela, in quanto attribuisce all'assicuratore un *vantaggio ingiusto e sproporzionato*, senza contropartita. Tale clausola infatti ridurrebbe il periodo effettivo di copertura assicurativa, dal quale resterebbero verosimilmente esclusi tutti i danni causati dall'assicurato nella prossimità della scadenza del contratto. È infatti praticamente impossibile che la vittima d'un danno abbia la prontezza e il cinismo di chiederne il risarcimento *illico et immediate* al responsabile.

2. In secondo luogo, la clausola *claim's made* che escluda le richieste postume appare immeritevole di tutela, in quanto pone l'assicurato in una posizione di indeterminata soggezione rispetto all'altra.

3. In terzo luogo, la clausola *claim's made* che escluda le richieste postume appare immeritevole di tutela in quanto può costringere l'assicurato a tenere condotte contrastanti coi superiori *doveri di solidarietà* costituzionalmente imposti.

Tale argomentare ci pare anacronistico e frutto quasi di un preconcetto ideologico di contrarietà a prescindere, e di aversità epidemica alla clausola pur di larghissimo uso commerciale.

Ne sia esempio il seguente passaggio logico della decisione: “La clausola in esame infatti, elevando la richiesta del terzo a “condizione” per il pagamento dell'indennizzo, legittima l'assicuratore a sottrarsi alle proprie obbligazioni ove quella richiesta sia mancata: con la conseguenza che se l'assicurato adempia spontaneamente la propria obbligazione risarcitoria prima ancora che il terzo glielo richieda (come correttezza e buona fede gli imporrebbero), l'assicuratore potrebbe rifiutare l'indennizzo assumendo che mai nessuna richiesta del terzo è stata rivolta all'assicurato, sicché è mancata la *condicio iuris* cui il contratto subordina la prestazione dell'assicuratore”. (continua a pag. 4)

(continua da pag. 3)

Questo passaggio (come le tre considerazioni che precedono) tradiscono l'assenza di ogni volontà di comprendere l'essenza stessa della condizione in argomento.

Una decisione in contrasto con l'indirizzo accolto

La clausola claims made, proprio come affermato dalla stessa sentenza n. 9140/2016, consente di sposare il momento dell'insorgenza della controversia con l'esistenza di una copertura di attualità e si distingue per questa ragione dalla diversa struttura della *loss occurrence*.

Pretendere che una clausola claims made copra tanto il periodo retroattivo alla stipula della polizza quanto quello successivo alla sua estinzione, di fatto genera un'incongruenza tanto più insostenibile quanto illogica, facendo assieme scempio della stessa volontà negoziale delle parti e del rapporto sinallagmatico tra premio versato e rischio assunto.

La clausola claims made nasce per la copertura del rischio passato e si pone in antitesi alla struttura di cui all'art. 1917 c.c. avendo oggi pienezza normativa di validità e persino, oramai, tipicità nel riconoscimento che il legislatore ha voluto attribuirgli, con buona pace dei suoi indefessi detrattori.

Le sentenze qui riferite appaiono così anacronistiche e persino contrarie a principi normativi, ove si consideri che l'articolo 11 della recentissima legge Gelli ha ammesso e definitivamente sdoganato la clausola claims made prevedendo esclusivamente un obbligo di adeguata retroattività, senza alcuna necessità di un'estensione postuma, a eccezione della ipotesi di cessazione definitiva della attività professionale.

Si ritiene dunque che queste decisioni, estranee anche per data di estensione antecedente alla promulgazione della legge, non possano più trovare adesione pratica nel mondo assicurativo e interpretativo che verrà, tanto nel contesto specifico disciplinare della legge Gelli (la responsabilità sanitaria) quanto in ogni altra disciplina di assicurazione della Rc professionale, alla luce della chiara indicazione normativa ben estendibile per analogia a ogni diversa disciplina della Rc professionale nel nostro ordinamento.

**Filippo Martini,
Studio Mrv**

RICERCHE

Sanità digitale a due velocità

Secondo una ricerca del Politecnico di Milano, gli investimenti nelle strutture sanitarie si contraggono, mentre medici e pazienti sono sempre più on line. Telemedicina e business intelligence le prossime frontiere

L'innovazione digitale nella sanità italiana avanza a rilento e, nel 2016, ha registrato un leggero calo degli investimenti, con una spesa complessiva di 1,27 miliardi di euro, in diminuzione del 5% rispetto al 2015. Un risultato ben lontano dagli standard dei Paesi europei avanzati. Secondo l'*Osservatorio innovazione digitale in sanità* del Politecnico di Milano, i principali ostacoli sono i ritardi normativi, la mancanza di risorse economiche e la difficoltà nella formazione del personale. Leggermente migliori le performance delle aziende private, che hanno investito soprattutto nella digitalizzazione delle cartelle cliniche: l'80% delle strutture offre il download dei referti via web, e il 61% la possibilità di prenotare prestazioni via internet. Sempre più propensi all'on line sono invece medici e pazienti. Il 51% degli italiani nel 2016 ha utilizzato almeno un servizio web in ambito sanitario (+2% rispetto all'anno prima), in particolare per informarsi sulle strutture e per prenotare visite ed esami. Le innovazioni tecnologiche considerate di maggiore impatto sull'assistenza sanitaria, secondo i pazienti intervistati, sono i social network e i servizi di telemedicina, seguiti dai dispositivi *wearable* e dalle app per la salute. La propensione al digitale cresce anche tra i medici: circa la metà utilizza applicazioni e WhatsApp per comunicare con i pazienti. Entrambe le categorie concordano nel ritenere la telemedicina un ambito di sviluppo prioritario: un'idea che sembra condividere anche il Ssn, che nel 2016 ha investito in questo ambito 20 milioni di euro (contro i 13 milioni dell'anno precedente). La soluzione più diffusa attualmente è il teleconsulto tra enti ospedalieri o dipartimenti, prassi per una struttura su tre, mentre altri servizi, come la tele-riabilitazione e la tele-assistenza, sono per ora confinati a sperimentazioni, e sono presenti rispettivamente nel 10% e 8% delle aziende. Altra area strategica è quella di big data e business intelligence, per cui l'anno scorso sono stati investiti 15 milioni di euro (+5% rispetto al 2015). Se le principali fonti di informazioni sono i database amministrativi, sfruttati nel 78% delle strutture, sono ancora poco diffuse le applicazioni di business intelligence che raccolgono dati da social media o dispositivi *wearable*. Faticano a diffondersi anche le soluzioni di big data & analytics: solo nel 15% dei casi esaminati i dati provenienti dalle cartelle elettroniche e dai registri degli studi clinici vengono utilizzati per scopi di ricerca.



Chiara Zaccariotto

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

Convegno

24 MAGGIO 2017

MILANO | 9.00-14.00

Hotel Sheraton Diana Majestic, Viale Piave 42

COSÌ CRESCE IL RAMO VITA

Chairman Maria Rosa Alaggio

Direttore di Insurance Review e Insurance Trade

- 09.00 - 09.30 - Registrazione
- 09.30 - 09.50 - **L'evoluzione del Ramo Vita**
Edoardo Palmisani, principal di The Boston Consulting Group
- 09.50 - 10.10 - **Polizze e consumatori: aspetti contrattuali**
avv. Maurizio Hazan, Studio Legale Taurini & Hazan
- 10.10 - 10.30 - **Il Ramo Vita tra nuovi prodotti e capacità distributive**
Alberto Vacca, chief executive officer of Life Entities & chief investment officer di Aviva Italia (video)
La distribuzione in agenzia. *Maurizio Tuttobello, responsabile distribuzione canale agenti e broker di Aviva Italia*
La distribuzione in banca. *Mario Guarnone, responsabile distribuzione canale banche e promotori finanziari di Aviva Italia*
- 10.30 - 10.50 - **Il ruolo della tecnologia**
Luigi Vassallo, direttore centrale Ict e organizzazione di Sara Assicurazioni
- 10.50 - 11.10 - **L'esperienza di Cattolica Assicurazioni**
Fabio Bastia, direttore vita e previdenza Gruppo Cattolica Assicurazioni
- 11.10 - 11.30 - Coffee break
- 11.30 - 11.50 - **Gli italiani e la previdenza**
Sergio Corbello, presidente di Assoprevidenza
- 11.50 - 13.00 - TAVOLA ROTONDA
Strategie di sviluppo del Ramo Vita: problematiche e opportunità
Fabio Bastia, direttore vita e previdenza Gruppo Cattolica Assicurazioni
Marco Brega, direttore vita di Vittoria Assicurazioni
Anna Deambrosis, direttore welfare di Reale Mutua
Pier Guido Durini, presidente del Gruppo Agenti Helvetia
Luca Lanzoni, chief information officer di Hdi
Alessandro Masatti, direttore finanziario di Assimoco
- 13.00 - 14.00 - Pranzo

Iscriviti su www.insurancetrade.it

Scarica il programma completo