

PRIMO PIANO

Generali vende in Irlanda

Generali ha annunciato stamattina di aver raggiunto un accordo per cedere a Zurich Insurance Europe e Zurich Insurance Company, entrambe parte del gruppo Zurich, il suo business danni in Irlanda e Irlanda del Nord. La transazione riguarda le attività gestite attraverso la branch irlandese e britannica di Generali Spagna sotto il marchio RedClick. Il deal avrà un valore di 337 milioni di euro, soggetto ad aggiustamenti al perfezionamento dell'operazione. Il gruppo ha inoltre comunicato che Generali Spagna manterrà "51 milioni di euro di capitale in eccesso attualmente allocato alle relative attività irlandesi". L'operazione, subordinata alle consuete autorizzazioni delle autorità regolamentari competenti, dovrebbe generare una plusvalenza per il gruppo Generali che sarà definita al closing. Trascurabile l'impatto sull'eps normalizzato, mentre l'indice di solvibilità dovrebbe migliorare di un punto percentuale. La transazione, come si legge in una nota stampa, "è coerente con l'impegno di Generali di focalizzarsi sui mercati assicurativi core, dove il gruppo detiene già una scala significativa e una presenza di primo piano ed è inoltre pienamente allineata al piano strategico Lifetime Partner 27: Driving Excellence". Prosegue così lo shopping di Zurich. La società, come noto, ha raggiunto un accordo con il cda di Beazley per rilevare le attività dell'assicuratore britannico per una cifra di 10,8 miliardi di dollari. A fine febbraio ha sottoscritto un'intesa per acquisire ClearView Life Assurance, compagnia vita in Australia.

G.C.

NORMATIVA

Oblio oncologico e obblighi informativi nei prodotti danni

Dopo l'approvazione della legge n. 193 del 2023, l'intervento di Ivass ha modificato i Regolamenti 40 e 41, rispettivamente in ambito distribuzione e prodotti. Il risultato, secondo l'analisi dell'avvocato Andrea Bullo, non centra l'obiettivo di chiarezza informativa, annacquando anche il "fine etico" del provvedimento

PRIMA PARTE

La legge n. 193 del 2023, recante *Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche*, ha introdotto il cosiddetto diritto all'oblio oncologico, per tale intendendosi "il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi di cui alla presente legge". In questo prisma, la legge si propone il "fine di escludere qualsiasi forma di pregiudizio o disparità di trattamento" e, a tal fine, reca disposizioni in materia di parità di trattamento, non discriminazione e garanzia del diritto all'oblio delle persone guarite da patologie oncologiche.

Ai fini che ci occupano, viene in rilievo l'articolo 2 della legge, il cui comma dispone che "ai fini della stipulazione o del rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi nonché nell'ambito della stipulazione di ogni altro tipo di contratto, anche esclusivamente tra privati, quando, al momento della stipulazione del contratto o successivamente, le informazioni sono suscettibili di influenzarne condizioni e termini, non è ammessa la richiesta di informazioni relative allo stato di salute della persona fisica contraente concernenti patologie oncologiche da cui la stessa sia stata precedentemente affetta e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta... Le informazioni di cui al presente comma non possono essere acquisite neanche da fonti diverse dal contraente e, qualora siano comunque nella disponibilità dell'operatore o dell'intermediario, non possono essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali".

OBBLIGO DI INFORMATIVA E NULLITÀ DELLE CLAUSOLE

Il seguente comma 2 dispone a sua volta che "in tutte le fasi di accesso a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, ivi compresi le trattative precontrattuali e la stipulazione o il rinnovo di contratti, le banche, gli istituti di credito, le imprese di assicurazione e gli intermediari finanziari e assicurativi forniscono alla controparte adeguate informazioni circa il diritto di cui al comma 1, di cui è fatta



© Mariann Szöke - Pixabay

espressa menzione nei moduli o formulari predisposti e utilizzati ai fini della stipulazione o del rinnovo dei predetti contratti”.

Il comma 3 statuisce che “nei casi di cui ai commi 1 e 2 non possono essere altresì applicati al contraente limiti, costi e oneri aggiuntivi né trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei contraenti a legislazione vigente”.

Il seguente comma 6 stabilisce che “nei contratti concernenti operazioni e servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi nonché negli altri contratti di cui al comma 1, stipulati successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge, la violazione delle disposizioni di cui ai commi da 1 a 5 determina la nullità delle singole clausole contrattuali difformi rispetto ai principi di cui al comma 1 e di quelle a esse connesse e non comporta la nullità del contratto, che rimane valido ed efficace per il resto. La nullità opera soltanto a vantaggio della persona fisica contraente ed è rilevabile d’ufficio in ogni stato e grado del procedimento”.

In sintesi, l’art. 2 della legge prevede:

- al comma 1, il **generale divieto**, applicabile a qualunque tipologia contrattuale tra privati, di chiedere, acquisire o utilizzare, in sede di stipula o rinnovo, informazioni attinenti le patologie oncologiche della controparte “quando, al momento della stipulazione del contratto o successivamente, le informazioni sono suscettibili di influenzarne condizioni e termini”;
- al comma 2, un **obbligo di informativa**, a carico delle imprese e degli intermediari, del “diritto” di cui al comma 1 (che in realtà è un divieto), da fornirsi “in tutte le fasi di accesso a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, ivi compresi le trattative precontrattuali e la stipulazione o il rinnovo di contratti”;
- al comma 3, il **divieto di discriminazione** normativa o tariffaria legata a patologie oncologiche pregresse.

L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE E IL PROVVEDIMENTO DI IVASS

La sanzione sostanziale per la violazione delle disposizioni che precedono parrebbe essere la nullità selettiva delle specifiche clausole dipendenti da tali elementi, che ne determinerebbe la sostituzione con clausole standard e con salvezza della restante copertura assicurativa: nullità, deducibile dalla sola persona fisica assicurata in ogni stato e grado del giudizio.

L’attuazione delle disposizioni di cui sopra è devoluta, per quanto concerne l’ambito assicurativo, a un provvedimento assunto dall’Ivass sentito il Garante per la privacy.

L’Ivass, sentito il Garante, ha dato attuazione alla legge con il Provvedimento n. 165 del 15 gennaio 2026, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 26 gennaio 2025, introducendo modifiche ai Regolamenti Ivass 40 e 41 del 2018, rispettivamente in ambito distribuzione e prodotti.

LE MODIFICHE AI REGOLAMENTI 40 E 41

Il nuovo art. 56-bis del Regolamento 40 impone ai distributori di fornire al contraente “le informazioni sull’esercizio del diritto all’oblio oncologico e sulla conclusione del trattamento attivo per patologie oncologiche previste dall’articolo 2, comma 1 della legge 7 dicembre 2023 n. 193 e dai relativi decreti attuativi, dandone indicazione all’interno del Modulo unico precontrattuale (Mup)”, e ciò sia ai fini della stipulazione di un contratto di assicurazione (comma 1) sia in caso di rinnovo del contratto, “nei casi in cui tali informazioni non sono state precedentemente fornite, nonché nei casi in cui sono richiesti nuovamente dati di carattere sanitario”.

Il medesimo articolo vieta ai distributori: di acquisire dal contraente o tramite qualunque altro canale le informazioni riguardanti eventuali patologie oncologiche pregresse, nonché di utilizzarle, se ne abbiano comunque avuto conoscenza; di introdurre



è su X

Seguici cliccando qui



limiti, costi e oneri aggiuntivi, né trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei contraenti e assicurati a legislazione vigente; di utilizzare tali informazioni, qualora già acquisite, per la valutazione del rischio dell'operazione o della solvibilità del contraente.

Il seguente art. 56-ter obbliga invece i distributori a cancellare le informazioni circa le patologie oncologiche pregresse di cui siano già a conoscenza entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione attestante l'avvenuto oblio oncologico.

Nelle modifiche al Regolamento 41, ove l'istituto ha specificamente introdotto l'obbligo d'inserire l'informativa sull'oblio oncologico anche nei Dip aggiuntivi (oltretutto dei prodotti d'investimento e in quelli rientranti nei rami vita), dei rami danni e Rc auto (art. 29, comma 12-ter testo novellato del Regolamento). A norma dell'art. 3 del provvedimento, è fatto obbligo alle imprese e agli intermediari di adeguarsi alle disposizioni di cui sopra entro 15 giorni dalla pubblicazione del medesimo provvedimento sulla Gazzetta Ufficiale, avvenuta in data 26 gennaio 2026. Il termine per l'adeguamento è dunque scaduto il 10 febbraio scorso.

PREMINENZA ALL'OBLIGO INFORMATIVO

Esaurita la premessa normativa, risulta di tutta evidenza che, in sede di regolamentazione attuativa, sia totalmente scomparso qualunque riferimento all'inciso, contenuto nell'art. 2, comma 1 della legge, relativo alla concreta attitudine della patologia oncologica a influenzare, in termini discriminatori, termini e condizioni del contratto. Tale omissione è evidente sia in ambito distribution (Reg. 40), sia prodotto (Reg. 41): in entrambi i casi, l'istituto ha assegnato una preminenza esclusiva all'obbligo informativo, trascurando del tutto lo scopo antidiscriminatorio del divieto di utilizzo dei dati in discorso nella sua concretezza. Opzione, questa, che potrebbe in qualche modo giustificarsi in ambito distributivo (stante l'ampiezza del ventaglio di prodotti che potrebbero essere sottoposti al cliente) ma che, invece, pare concettualmente inconciliabile con quei prodotti assicurativi che restano prevedibilmente insensibili alle informazioni in argomento, quali le polizze ascritte al ramo danni e Rc auto.

Sennonché, l'orientamento dell'Ivass non sembra essere il frutto d'una svista, ma di una precisa scelta regolamentare.

Andrea Bullo,

tesoriere della Società Lombarda degli Avvocati Amministrativisti (Solom) e consigliere della Commissione di Diritto Assicurativo dell'Ordine degli Avvocati di Milano

La seconda parte dell'articolo sarà pubblicata su Insurance Daily di martedì 10 marzo

Per approfondire su www.insurancetrade.it:

• [Ivass emana il provvedimento di attuazione della legge sul diritto all'oblio oncologico](#)

RICERCHE

Il peso delle patologie croniche sulla spesa out of pocket

In Italia più di un malato su tre costretto a tagliare le spese per curarsi: lo rileva l'ultimo Osservatorio Sanità di UniSalute

Per sostenere i costi legati al trattamento delle malattie croniche, sempre più italiani si trovano costretti a tagliare le spese. È ciò che rileva l'ultimo Osservatorio Sanità promosso da UniSalute e realizzato da Nomisma, secondo cui negli ultimi 12 mesi il 37% delle persone affette da questo tipo di patologie ha rinunciato a vacanze, cene fuori o acquisti importanti. Nel 40% dei casi l'esigenza di tagliare le spese in favore della cura e del monitoraggio delle malattie croniche è dovuta alla necessità di effettuare regolarmente delle visite specialistiche. Essendo molto spesso non rimandabili, tali cure, a cui si legano esami specifici e l'acquisto di farmaci relativi, arrivano ad avere un'incidenza molto significativa sul budget: più di un terzo di coloro che devono sottoporsi a controlli e cure (il 38%) si è rivolto almeno in parte alla sanità privata per visite e prestazioni relative.

Non tutti i malati cronici però dispongono delle risorse necessarie per garantirsi controlli e cure adeguate. Il 13% del campione ha dichiarato di aver ridotto il numero delle visite negli ultimi 12 mesi, soprattutto a causa degli elevati costi delle prestazioni (40%). In molti (46% di chi ha svolto meno esami) si sono anche lamentati degli elevati tempi d'attesa, altro fattore disincentivante.

Tra le cronicità più diffuse figurano l'ipertensione arteriosa, di cui il 44% del campione afferma di soffrirne in prima persona o di avere un familiare stretto che ne è affetto, l'osteoporosi e l'artrosi (32%), il diabete (28%) e le malattie cardiovascolari (27%). Queste e altre tra le patologie croniche più diffuse sono diagnosticate in genere dopo i 40 anni: ciò è vero nell'88% dei casi per osteoporosi e artrosi, nel 76% per ipertensione e malattie del cuore e nel 72% per il diabete.



Beniamino Musto

MERCATO

Puglielli, tante opportunità nella silver economy

Promotore di un progetto di cohousing agricolo a Roma per i cittadini più anziani, l'agente illustra a Insurance Daily le numerose potenzialità di business che l'invecchiamento della popolazione può generare per imprese assicurative e fondi pensione: l'offerta di mercato sta crescendo, ma serve forse uno sforzo in più, anche dal punto di vista normativo e fiscale, per favorire lo sviluppo del settore

Si è tenuta lo scorso 16 febbraio a Roma, presso la sala *Laudato Si'* del Campidoglio, la presentazione ufficiale del progetto CARE, iniziativa di cohousing rurale promossa dalla **Cooperativa Agricola Sociale Agricoltura Nuova**, in collaborazione con **Legacoop**, **Confcooperative**, **RomAgricola**, **Asso-Ceas**, **Fondazione CulturaSi** e **Urban Experience**, con l'obiettivo dichiarato di offrire alla popolazione più anziana e autosufficiente uno spazio residenziale condiviso incastonato nelle campagne della Capitale. Più nel dettaglio, il progetto si propone di garantire un'alternativa all'isolamento (purtroppo) tipico della terza età, e di promuovere forme di invecchiamento attivo attraverso quella che è stata definita una sorta di iniziativa di "rigenerazione umana", che possa consentire agli utenti di allinearsi ai ritmi di un ecosistema pensato per garantire un'assistenza funzionale alle esigenze di tutti.

Molti gli ospiti che hanno partecipato all'evento di presentazione del progetto, fra cui anche figure istituzionali come **Sabrina Alfonsi** e **Barbara Funari**, rispettivamente assessore alle politiche agricole e assessore alle politiche sociali del Comune di Roma, e **Claudia Pappatà**, consigliere comunale della Capitale. Fra i relatori anche un volto ben noto nel mondo dell'intermediazione assicurativa: **Carlo Puglielli**, storico agente di Roma a cui piace definirsi "polimandatario" in quanto titolare di tre agenzie nella Capitale che distribuiscono soluzioni assicurative di **Unipol Assicurazioni**, **UniSalute**,

Axa Italia, **Zurich Italia** e **Intesa Sanpaolo Protezione**. "Sono uno dei promotori del progetto – chiarisce subito in questa intervista a *Insurance Daily* – e nel corso del mio intervento mi sono soffermato soprattutto sull'importanza dei parametri Esg, in particolare per quanto riguarda la sfera sociale, e sul contributo che le assicurazioni e i fondi pensione potrebbero garantire a iniziative di questo genere".

Una misura di prevenzione

Secondo Puglielli, quella che abbiamo di fronte è una vera rivoluzione nell'ambito dell'offerta di servizi pensati specificamente per il mercato della terza età: "per quello che ne so – afferma – non esistono molti altri esempi di progetti di cohousing in zone agricole e rurali". Iniziative di questo genere si prestano particolarmente bene al territorio di Roma, il più grande comune agricolo in Europa, che presenta dunque spazi adeguati per lo sviluppo di forme di innovazione in ambito sociale. "Il nostro obiettivo è che questa iniziativa possa diventare un esempio per la realizzazione di progetti che sappiano sfruttare le caratteristiche del nostro territorio per offrire un servizio reale alla popolazione, e non più in chiave meramente speculativa come purtroppo è avvenuto fin troppo spesso negli ultimi anni", osserva Puglielli.

A ciò si sommano poi tutti i benefici che progetti di questo tipo hanno già dimostrato di poter generare per la popolazione. "La solitudine – osserva l'agente – è la prima causa di malattia. Offrire un'alternativa all'isolamento e ai modelli tradizionali di cura e assistenza è già per me una misura di prevenzione che può contribuire a migliorare la qualità della vita delle persone".

Il potenziale della silver economy

Parlare di misure di assistenza e prevenzione per la popolazione più anziana significa parlare di quella che è ormai nota come "silver economy". Secondo Puglielli, si tratta di "un settore in rapida espansione: penso che si rivelerà presto l'ambito di business in cui il mercato assicurativo potrà registrare la crescita maggiore nei prossimi anni". E ciò soprattutto in ragione di una popolazione che, come noto, in Italia sta invecchiando molto rapidamente. "Il tradizionale stato sociale non è più in grado di soddisfare tutte le esigenze dei cittadini, per cui – commenta l'agente – è arrivato il momen-



© Insurance Connect

Carlo Puglielli

to di un maggior coinvolgimento degli operatori di mercato, come possono essere appunto le assicurazioni e i fondi pensione, per sviluppare soluzioni che siano in grado di garantire la cura e l'assistenza di cui la popolazione ha bisogno".

Il mercato, a detta di Puglielli, sembra ormai preparato alla novità: "per quello che posso vedere, i cittadini mi sembrano ben consapevoli della sfida che si pone loro davanti". Quello che manca è forse uno sforzo maggiore di educazione che possa consentire di tradurre questa consapevolezza in iniziative concrete per gestire e superare le difficoltà della terza età". In questo contesto, dice, "il progetto CARE è un buon esempio di quello che si può fare in questo settore".

Un'offerta in decisa crescita

Anche l'offerta di mercato si sta piano piano allineando alle esigenze della popolazione. "Il catalogo prodotti delle compagnie sta crescendo, anche se sconta un po' ancora i limiti sulle soglie anagrafiche di assicurabilità e, in ogni caso, l'esigenza comprensibile delle imprese di mantenere i bilanci in attivo", commenta Puglielli. "Molto negli ultimi anni è stato fatto nell'ambito del welfare aziendale, anche grazie a un trattamento fiscale di favore, però credo che sia arrivato il momento di un ulteriore sviluppo del mercato, capace di offrire soluzioni a una fetta sempre più ampia della popolazione".

Anche gli intermediari sono pronti a fare la loro parte. "Agenti e broker devono rivendicare in questo momento la loro competenza nella distribuzione di simili soluzioni, grazie a una preparazione adeguata all'analisi dei bisogni della clientela e al collocamento di soluzioni complesse come le polizze malattia: credo che serva una maggiore unità di intenti a livello sindacale per assegnare a ciascuno il suo ruolo in un mercato che presenta notevoli potenzialità di crescita", commenta Puglielli.

La spinta della normativa

Il mercato offre dunque grandi opportunità di business. "Quando parliamo di silver economy, parliamo in buona sostanza della generazione dei baby boomer, ossia coloro che oggi detengono il maggior potere economico, con redditi da pensione più che soddisfacenti e patrimoni solidi", osserva Puglielli. Tutto sta adesso nel riuscire a definire un'offerta che possa rispondere in maniera ancora più efficace ai bisogni di questa specifica fascia della popolazione.

Molto, secondo Puglielli, potrebbe arrivare da una produzione normativa e fiscale che sia in grado di favorire l'incontro fra domanda e offerta. Negli ultimi anni è stato fatto



moltissimo in questo ambito. Puglielli cita il recente via libera al cosiddetto decreto Pnrr, che ha posto i fondi sanitari integrativi sotto la supervisione della Covip. "Si tratta per me di un passaggio significativo, perché regola per la prima volta un settore che era stato un po' lasciato finora alla libertà del mercato", osserva Puglielli. Adesso è arrivato il momento di fare qualche passo in più. Innanzitutto, osserva, "introdurre un meccanismo di portabilità anche dei capitali versati nei fondi sanitari, come già oggi avviene nei fondi pensione: mi auguro che la Covip, ora che ha assunto i doveri di vigilanza sul mercato, possa valutare una simile opzione". E poi, conclude, "predisporre forme di tassazione agevolata per chi aderisce a questi sistemi di welfare privato, visto che chi sottoscrive per esempio un fondo sanitario libera di fatto tempo e risorse che il sistema sanitario nazionale può impiegare per chi invece non ha le possibilità economiche per stipulare una simile soluzione".

Giacomo Corvi

Per approfondire su www.insurancetrade.it:

- [Ania: ecco il contributo dell'assicurazione per rispondere all'inverno demografico](#)
- [Invecchiamento, va cambiato l'approccio alla protezione](#)

INSURANCE DAILY

Direttore responsabile: Maria Rosa Alaggio alaggio@insuranceconnect.it

Editore e redazione: Insurance Connect Srl – Via Montepulciano, 21 – 20124 Milano

T: 02.36768000 email: redazione@insuranceconnect.it

Per inserzioni pubblicitarie contattare: info@insuranceconnect.it

Supplemento al 9 marzo di www.insurancetrade.it – Reg. presso Tribunale di Milano, n. 46, 27/01/2012 – ISSN 2385-2577