



EDITORIALE

Finanza nel rispetto delle regole

Sembrano così lontani i tempi in cui, dopo la crisi del 2008, si moltiplicavano convegni e dibattiti che richiamavano all'urgenza di recuperare la fiducia dei consumatori stabilendo regole condivise e valide per tutti. Non bastava fissare codici di comportamento finanziario a cui banche e intermediari dovevano attenersi con più rigore rispetto al passato, ma era indispensabile, si diceva, che le regole fossero estese anche al di là dell'Oceano, proprio dove era scoppiata la bolla creata da speculatori senza scrupoli. Oggi viviamo uno scenario sull'orlo del baratro, con scricchiolii che arrivano dalla Grecia, dall'Italia e dall'Europa tutta. Ma il tema delle "regole" è un albero sempre verde: dove c'è un problema serve una regola. Se questo sembra quanto mai urgente sui mercati finanziari, esiste però oggi una priorità ineludibile: che le norme siano rispettate. Perché di questo passo finiremo per stupirci di come possa esserci, ancora per molto, un'economia da regolamentare.

*Maria Rosa Alaggio,
direttore Insurance Trade
e Insurance Magazine*

GIURISPRUDENZA

Il concorso tra causa umana e causa naturale

Con la sentenza 21.07.2011 n. 15991, la Suprema Corte si discosta, in materia di responsabilità professionale medica e concorso di cause tra colpa medica e stato pregresso del paziente, dalle conclusioni stabilite nel gennaio 2009 dalla medesima Corte

La **Suprema Corte** è nuovamente intervenuta nell'ambito della responsabilità civile medica su una tematica molto complessa quale quella del concorso tra **causa umana** (colpa medica) e **causa naturale** (stato patologico pregresso del paziente).

La sentenza 21.07.2011 n. 15991 (Relatore Dott. Travaglini), è particolarmente interessante, in quanto il Supremo Collegio ha scientemente ritenuto di discostarsi dalle conclusioni a cui era pervenuta la medesima Sezione Terza della Corte di Cassazione nel gennaio del 2009 (Cass. 16.01.2009 n. 975, Relatore Dott. Calabrese).

In tale occasione, infatti, era stato chiaramente statuito che qualora la produzione di un evento dannoso (quale ad esempio la morte di un paziente) fosse stata eziologicamente riconducibile alla: "concomitanza della condotta del sanitario (causa umana) e del fattore naturale (caso fortuito) rappresentato dalla situazione patologica del soggetto deceduto (la quale non sia legata all'anzidetta condotta da un nesso di dipendenza causale)", il Giudicante avrebbe dovuto: "procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause, onde attribuire all'autore della condotta dannosa la parte di responsabilità correlativa, così da lasciare a carico del danneggiato il peso del danno alla cui produzione ha concorso a determinare il suo stato personale". (continua a pag. 2)



Marco Rodolfi, Studio Martini Rodolfi Vivori

BREVI DA WWW.INSURANCETRADE.IT

Fonsai-Unipol, spunta l'ipotesi insider trading

La procura di Milano mette sotto osservazione il dossier Unipol-Fonsai. Potrebbero partire già nei prossimi giorni gli accertamenti su presunte anomalie dovute al rialzo del titolo Premafin tra la fine del 2011 e le prime settimane del 2012, quando Unipol ha ufficializzato l'interesse alla fusione con il gruppo assicurativo della famiglia Ligresti. Al momento non è stato formulato alcun reato, anche se il sospetto è che dietro l'impennata si celi l'ipotesi di insider trading. Il pm Luigi Orsi già un anno fa aveva aperto un fascicolo su Fondiaria-Sai/Groupama.

"Per il 2012, puntate su Ing, Axa, Prudential e Allianz"

Il consiglio viene da Credit Suisse, che ha stilato una classifica dei titoli assicurativi in cui credere nel 2012. Il podio è spettato ad Ing, Axa, Prudential e Allianz. Ma si consiglia comunque prudenza: "Visto che è detentore significativo del debito sovrano dell'Euro Zona, la performance del comparto assicurativo resta legata agli sviluppi economici e politici dell'Europa", ha spiegato la banca. Tuttavia, opportunità interessanti non mancano, a patto di considerare: "la qualità del franchising, la costanza di rendimento finanziario, lo stato patrimoniale e le prospettive economiche".



Seguici anche su Facebook alla pagina di Insurance Connect e su Twitter @insurancetrade



In pratica, quando ci si trovi nell'incertezza, di fronte all'impossibilità dell'accertamento della causa (o delle cause) che ha (hanno) prodotto l'evento lesivo, la Suprema Corte: "anzichè accollare l'intero peso del danno all'uno o all'altro soggetto" ha scelto, attraverso il criterio equitativo di cui all'art. 1226 c.c, di: "lasciare a carico del danneggiato il peso del danno alla cui produzione ha concorso a determinare il suo stato" (pregresso patologico) e di: "imputare all'altro (ndr. il medico) il peso del danno la cui produzione può avere trovato causa nella condotta negligente sua" (Cass. 16.01.2009 n. 975). Tali conclusioni, tuttavia, non sono state per nulla condivise dalla medesima Suprema Corte nella decisione del luglio del 2011.

Il precedente orientamento, avendo trasportato alla fase dell'accertamento del nesso di causalità materiale l'eventuale rilevanza degli stati pregressi del danneggiato (che invece devono essere valutati in sede di causalità giuridica) sarebbe infatti stato errato. Il nesso di causalità materiale tra la condotta illecita (o inadempiente) del medico e l'evento dannoso o sussiste o non sussiste, non vi sono terze ipotesi, tantomeno in via equitativa.

Sia sotto il profilo della responsabilità contrattuale che di quella extracontrattuale, laddove la condotta del medico sia idonea alla determinazione (anche solo parziale) dell'evento pregiudizievole lamentato, e si prospetti una questione circa l'incidenza di una causa naturale: "non possono che aversi due alternative: o è certo che il fattore naturale sia tale da escludere del tutto il nesso di causa, oppure si deve ritenere che il danneggiante/debitore non abbia fornito la prova della causa non imputabile, con conseguente riconducibilità, in termini di responsabilità tout court, della lesione della salute o della vita alla condotta colpevole".

Non ci sono terze vie che possano condurre ad un "frazionamento della responsabilità, da compiersi addirittura in via equitativa". Diverso è il discorso circa la rilevanza degli stati pregressi della vittima sotto il profilo delle conseguenze dannose del fatto illecito (il c.d.danno conseguenza). Una volta risolto il problema della responsabilità (dell'imputazione dell'evento di danno), lo stato di salute pregresso del paziente dovrà essere necessariamente preso in considerazione dal Magistrato in relazione all'individuazione/quantificazione delle singole conseguenze pregiudizievoli sul piano della causalità giuridica (ex art. 1223 c.c.).

In particolare, l'analisi (da condurre con rigoroso rispetto delle evidenze probatorie del caso concreto) delle conseguenze dannose dell'evento dovrà essere svolta: "in termini di se e di quanto di differenze in negativo che il fatto lesivo - ormai definitivamente imputato al debitore - abbia cagionato in capo alla vittima, tenuto conto delle sue condizioni precedenti all'evento pregiudizievole e degli stati in cui si sarebbe venuto a trovare se l'evento in parola non fosse intervenuto".

L'obbligo risarcitorio dell'autore della condotta (o dell'inadempimento) non deve ricomprendere in pratica anche le conseguenze dannose determinate dal fortuito, come tale inteso la pregressa situazione patologica del danneggiato non eziologicamente riconducibile a negligenza, imprudenza e imperizia del sanitario.

*Marco Rodolfi
Studio Martini Rodolfi Vivori*



ISCRIVITI GRATUITAMENTE AL SITO WWW.INSURANCETRADE.IT PER ACCEDERE A CONTENUTI DEDICATI AGLI ISCRITTI. POTRAI RICEVERE ANCHE LA NEWSLETTER ED ESSERE SEMPRE AGGIORNATO SUGLI EVENTI ORGANIZZATI DA INSURANCE CONNECT

Seguici anche su Facebook alla pagina di Insurance Connect e su Twitter @insurancetrade



MERCATO

Creditor Protection cosa cambia con le liberalizzazioni

Robert Gauci, amministratore delegato e direttore generale di Alico Italia, compagnia del Gruppo MetLife, commenta le novità introdotte dal governo Monti

Poche parole. Ma ricche di ambizione. Così il governo Monti è intervenuto nel mondo delle assicurazioni sui mutui attraverso il recente pacchetto di liberalizzazioni. Il decreto varato dal Consiglio dei ministri obbliga le banche e gli intermediari che condizionano l'erogazione del finanziamento alla stipula di un contratto di assicurazione sulla vita a sottoporre al cliente almeno due preventivi di due differenti gruppi assicurativi.



Robert Gauci

Un intervento da leggere nell'ottica di un maggiore stimolo alla concorrenza, con annessi benefici in termini di risparmio per i clienti. Solo poche settimane fa l'Isvap aveva emanato un regolamento, che entrerà in vigore dal 2 aprile 2012, che prevede il divieto per le banche di assumere contemporaneamente il ruolo di erogatrici dei mutui, venditrici e beneficiarie delle polizze a essi legate.

"Le liberalizzazioni sono un primo passo verso una maggiore trasparenza del mercato - commenta **Robert Gauci, amministratore delegato e direttore generale di Alico Italia, compagnia del Gruppo MetLife** -. Ovviamente non ci sarà alcuno stravolgimento da un giorno all'altro ma le scelte del governo imprimono un'accelerazione a un processo in corso già da diverso tempo".

MetLife ha esperienza internazionale nell'offerta di prodotti assicurativi e di risparmio. Con oltre 90 milioni di clienti in più di 50 Paesi, rappresenta uno dei più importanti operatori indipendenti nel settore del Creditor Protection, le polizze che tutelano i titolari di mutui nel caso in cui eventi imprevedibili impediscano all'assicurato di restituire il debito.

Il gruppo è in Italia dal 1994 e, grazie alla sua esperienza, Gauci è in grado di fare un confronto con realtà vicine alla nostra. "L'evoluzione del Creditor Protection - sostiene l'ad di Alico - è stata molto più rapida qui che in Francia. Quindici anni fa tutti guardavano con sospetto ai prodotti Cpi. Oggi sono addirittura i clienti a richiedere preventivi per assicurare i loro mutui".

E proprio alla Francia sembrano guardare le disposizioni di Monti. Nel 2010 l'allora ministro dell'Economia transalpino, Christine Lagarde, oggi presidente del Fondo monetario internazionale, realizzò una riforma capace di scuotere il mercato e dare agli acquirenti maggiore libertà di scelta.

"Importante non è solo la legge - chiosa Gauci - ma l'educazione del mercato alla trasparenza. Chi vende bene non può che trarre beneficio dalle liberalizzazioni. Tutto gira attorno al concetto di trasparenza. L'assicurazione non deve apparire agli occhi del cliente come un costo ma come un'opportunità. Una leva che contribuisce al rilancio dell'economia. Il consumatore ha bisogno di consapevolezza in quello che acquista e di fiducia nei confronti del venditore".

Fabio Forlano

MARKETING

La vendita sensoriale

Mentre la vendita **tradizionale** assicurativa si basa principalmente sull'illustrazione delle caratteristiche della polizza (tecniche e costi), quella **sensoriale** si concentra sulla persona e sulle emozioni stimolando le sensazioni soggettive quale elemento cardine del processo di acquisto. In un mercato dove la battaglia sul prezzo e sulle garanzie è unico l'elemento differenziante, bisogna spostarsi verso la "vendita sensoriale".

E' ovvio che tale vendita non potrà prescindere dalle caratteristiche tecniche del prodotto e dalla capacità di offrire un servizio consulenziale al fine di trovare le migliori soluzioni per il nostro cliente. E allora come facciamo a suscitare emozioni nella vendita di prodotti assicurativi che di emozionante hanno ben poco?

Partiamo dall'analisi del processo di acquisto. Quando riceviamo uno stimolo (la visione dell'ultimo smartphone), i sensi coinvolti trasmettono al nostro cervello percezioni che, elaborate, determinano emozione. In realtà il processo di acquisto è un po' più complesso. Se riceviamo uno stimolo da un oggetto che suscita desiderio di possesso, il nostro cervello comincia subito ad elaborare le motivazioni di acquisto (il cellulare che oggi possiedo non legge la posta, ha il vetro rotto, spesso perde il segnale ecc.). E' facile a questo punto, per il venditore, sganciarsi da prezzo e fare leva sulle necessità emozionali dell'acquirente. E se si tratta di polizze? Bene qui il gioco è molto semplice. Chi propone contratti assicurativi deve cercare di toccare le stesse leve che tocca un venditore di beni di largo consumo. In pratica deve trasformare la vendita in sensazioni. Lavorare sulle reali necessità di prevenzione, benessere, successo, distinzione che la polizza proposta riesce a soddisfare. Non parliamo di morte, ma di vita felice, non parliamo di malattia, ma stato di salute, non parliamo di pensione ma di opportunità di fare quello che abbiamo sempre desiderato fare ma non siamo mai riusciti a fare per mancanza di denaro e di tempo.

Trasmettiamo positività perché ricordiamoci: l'assicuratore ci permetterà di vivere meglio.

Leonardo Alberti, trainer della scuola di Palo Alto, consulente di direzione strategica commerciale in ambito assicurativo, docente nelle aree vendite e management



MERCATO

“Al Governo chiediamo il coraggio di proseguire con la liberalizzazione delle assicurazioni”

Il Network lombardo assicuratori lancia tre proposte sull’Rc Auto e le polizze legate ai mutui

Il **Network lombardo assicuratori**, nato durante la campagna elettorale per le elezioni comunali di Milano, è sceso in campo a fianco del Governo Monti. Il gruppo vicino al Partito Democratico, di cui fanno parte Francesco Bizzotto, Nicola Cattabeni, Massimo Cingolani, Emiliano Ortelli, Giuseppe Russo e Radames Viola, ha dato il suo sostegno alle liberalizzazioni volute dal nuovo Primo Ministro. Perché, spiegano: “al Paese servono organizzazioni politiche ben articolate e radicate – tanto nei territori quanto nelle realtà produttive – centrate sulla partecipazione, sulla proposta e sul reciproco rispetto”.

Anche il settore assicurativo, sottolineano i rappresentanti del network, deve aprirsi alla concorrenza. Per questo, il gruppo ha apprezzato soprattutto due proposte lanciate anche dall’associazione durante gli incontri organizzati nei mesi scorsi. In particolare, il network ha dato parere positivo sulla proposta di **limitare i risarcimenti in denaro per i danni alle vetture in caso di incidenti**, e su quella che prevede di concedere **sconti a chi accetta di installare una scatola nera sulla propria macchina**. Entrambe queste riforme, infatti, rappresenterebbero un valido strumento per limitare il numero delle truffe. E la diffusione delle scatole nere aiuterebbe anche a combattere il fenomeno delle polizze false, sempre più frequenti. Ma il network chiede al Governo più coraggio, in modo da introdurre al più presto tre ulteriori novità, citate in un documento diffuso in questi giorni. Nel testo, si legge che l’associazione propone di introdurre:

- **La confrontabilità delle polizze RCA**, che presuppone uno standard di base definito dall’Isvap. Preveda la scatola nera e sia quotato dalle compagnie senza possibilità di deroghe. Per garantire che almeno un’offerta sia certificata e valutabile dal consumatore.

- **La concorrenza nella distribuzione RCA**. Il previsto obbligo di confronto delle tariffe, finalizzato a favorire la concorrenza, deve necessariamente avere come riferimento il testo standard base di cui sopra, e dare coerente attuazione all’analogo decreto Bersani (che prevede la facoltà del plurimandato). In via transitoria siano resi possibili rapporti commerciali tra agenzie di gruppi diversi, come lo sono già fra sub agenzie e broker.

- **Polizze legate ai mutui concessi dalle banche**: è essenziale che l’articolo sia integrato con il richiamo della operatività del disposto dell’Isvap n. 2946 del 6 dicembre 2011 (“Disposizioni in tema di conflitto di interesse degli intermediari assicurativi – Modifiche al regolamento Isvap n. 5 del 16 ottobre 2010”).

Emanuela Meucci



ESPERIENZE

L’antifrode si impara: il caso di Reale Mutua

Due uffici speciali e una scuola di formazione per gli addetti alla rete: Nicola Murano, responsabile antifrode della compagnia, parla delle iniziative del Gruppo

L’Ania e le imprese sostengono da sempre che il prezzo delle polizze calerebbe se i furbetti, nonché i professionisti della truffa, fossero smascherati e puniti adeguatamente. Per questo le compagnie sono costantemente impegnate per combattere il male oscuro del settore assicurativo: le frodi. Oltre alle banche dati ogni impresa si sta dotando di armi proprie per vincere questa guerra.

“**Reale Mutua e Italiana Assicurazione** – esordisce **Nicola Murano, responsabile antifrode, rivale e supporto tecnico del Gruppo** – hanno organizzato la struttura di prevenzione e contrasto alle frodi con due uffici: un ufficio specifico di Milano, chiamato **Aree Speciali** dove confluiscono i sinistri per i quali abbiamo necessità di sgravare la rete liquidativa locale, e poi quello propriamente delegato unicamente all’attività antifrode”.

Ma non basta perché dall’inizio 2011 è attiva anche una scuola di formazione che provvede all’aggiornamento, investendo nella competenza e nella conoscenza degli addetti alle reti. I risultati di questi investimenti si vedono.

“Nel 2011 – continua Murano – abbiamo gestito circa 350 querele solo per sinistri. A queste vanno ad aggiungersi le querele per falso documentale, altro problema che tocca non solo noi ma tutto il comparto assicurativo”.

I numeri confortano il gruppo e l’estensione delle attività di controllo, sottolinea Murano, ha permesso di agire su altri due fenomeni meno conosciuti: “Nel ramo danni abbiamo scoperto casi di incendi dolosi che avrebbero potuto toccare costi di svariati milioni di euro. E poi nel ramo finanziario delle cauzioni: di recente abbiamo intercettato un’attività illecita estesa su tutto il territorio nazionale, coinvolgendo anche le procure e la Guardia di Finanza: da nord a sud – conclude Murano – le frodi abbondano in tutta Italia”.

Fabrizio Aurilia