



EDITORIALE

Tutelare paziente e medico

Assicurare le strutture sanitarie è un rischio che nessuna compagnia vuole accollarsi. Troppi, e troppo onerosi, i contenziosi che vedono coinvolti il paziente, il medico e la struttura sanitaria. Con conseguenze, tra l'altro, che prevedono risarcimenti stratosferici, visto che in gioco c'è la salute, e molto spesso la vita, del cittadino.

Per il settore assicurativo l'Rc sanitaria rappresenta una piaga da cui tenersi lontani per scongiurare un destino segnato dal fallimento, come accaduto di recente a una compagnia italiana.

Non stupisce, quindi, che nel nostro Paese si aprano spazi di mercato per compagnie di assicurazioni straniere, a volte dall'identità e solidità improbabili, che sottopongono la nostra sanità, così come tutti gli italiani, al rischio di coperture "fasulle".

Il quadro che ne esce sottolinea l'urgenza di formulare una disciplina che regoli il rapporto tra paziente e medico. E che, soprattutto, sia in grado di conciliare tutela per il paziente e maggiore sicurezza nelle scelte e nelle decisioni del medico.

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

GIURISPRUDENZA

L'assicurazione della Rc sanitaria

La tutela a favore degli utenti del servizio sanitario privilegia il valore della funzione di protezione della sanità. Ma il medico deve poter agire in un sistema che delimiti il confine tra valutazione obiettiva e scientificamente sostenuta di un suo errore tecnico e presunzione di colpa

*A cura di Filippo Martini,
Studio Martini Rodolfi Vivori*

La disciplina giuridica della responsabilità civile da colpa medica ha subito nell'ultimo decennio una vera e propria rivoluzione dei principi che regolamentano l'istituto, al punto che possiamo oggi affermare che la materia abbia, nel panorama generale della responsabilità professionale, un proprio profilo delineato e caratterizzato da elementi di assoluta particolarità.

Verso la fine degli anni novanta la Cassazione cominciò ad affermare che il rapporto che si instaura tra paziente e medico o struttura sanitaria avesse natura contrattuale, in ragione proprio del "contatto sociale" che si crea con

oggetto la prestazione sanitaria caratterizzata da alto grado di diligenza tecnica (Cass. N. 589/1999).

L'inquadramento della prestazione sanitaria in un contesto contrattuale, astraendolo quindi dalla disciplina della colpa aquiliana, ebbe immediate conseguenze in termini di onere della prova e di prescrizione del diritto al risarcimento del danno.

Sotto il primo profilo, oggi il paziente che lamenti una responsabilità del medico è sufficiente che dimostri in giudizio il "contatto" con la struttura sanitaria (o col singolo professionista), riferendo di averne tratto un pregiudizio alla salute, senza più doverne dimostrare la colpa. (continua a pag. 2)



Filippo Martini - Studio Martini Rodolfi Vivori

BREVI DA WWW.INSURANCETRADE.IT

S&P scettica sulla fusione fra Unipol e il Gruppo Ligresti

Nuovi guai per il gruppo Ligresti. Standard&Poor's, dopo aver tagliato il rating a Unipol, ha bocciato anche la fusione a quattro tra, Milano Assicurazioni, Premafin, Fonsai e appunto Unipol. L'operazione potrebbe portare a un nuovo declassamento, se l'aumento di capitale non sarà considerato sufficiente dai mercati.

Intanto Unicredit ha frenato sulla partecipazione alla ricapitalizzazione di Fonsai. "Non abbiamo preso nessuna decisione, né abbiamo discusso di questa eventualità", ha spiegato l'amministratore delegato di Piazza Cordusio Federico Ghizzoni.

Indagine dell'Antitrust sul cartello dell'Rc auto

L'esecutivo va all'attacco delle compagnie di assicurazione. "Il Governo è intervenuto presso l'Ania per approfondire e porre rimedio alla situazione di aumento generalizzato registrato dai premi assicurativi Rc auto e ha effettuato una segnalazione all'Antitrust per attivare una verifica sull'eventuale esistenza di intese o operazioni restrittive della concorrenza tra le compagnie di assicurazione", ha rivelato il ministro dello sviluppo Corrado Passera. Spetterà all'Autorità Garante della Concorrenza verificare se gli aumenti dipendono dall'esistenza di un cartello creato dalle compagnie, come credono le associazioni dei consumatori, o dalla frequenza delle truffe, come sostiene l'Ania.

TAVOLA ROTONDA

Domani 20 gennaio a Milano si terrà la prima tavola rotonda organizzata da Insurance Connect dal titolo:

"Liberalizzazioni nel settore assicurativo, vera concorrenza?"

Interverranno:

Massimo Treffiletti, Area Sinistri Auto Ania;
Paolo Panarelli, d.g. Consap, **Giuseppe Mornata**, servizi informatici Ania, **Maurizio Hazan**, Studio Legale Taurini & Hazan. Dalla prossima settimana il video dell'evento su www.insurancetrade.it



Il convenuto, medico o struttura, dovrà provare invece che il danno lamentato dal paziente non sia riferibile ad un proprio inadempimento ovvero che non possa essere messo in relazione causale con il proprio operato (Cass. n. 1538 del 26.1.2010; Cass. n. 3520/2008; Cass. SSUU n. 577/2008).

Sul piano della prescrizione del diritto al risarcimento del danno, la natura contrattuale del rapporto fa sì che l'azione giudiziale possa essere intrapresa dal paziente insoddisfatto anche dieci anni dopo l'assunto errore medico, o addirittura di più se si considera che il dies a quo per la decorrenza della prescrizione non è quello in cui è commesso l'errore, bensì quello in cui il paziente abbia evidenza oggettiva del danno (Cass. SSUU 11.1.2008 n. 581).

L'aggravamento della posizione processuale del medico e della struttura sanitaria - nel contesto civilistico - è completato con la giurisprudenza della Corte in tema di accertamento del nesso causale tra l'azione (o l'omissione) che si assume colpevole ed il danno alla salute in capo al paziente, arrivando a dettare regole in parte difformi dai principi generali della colpa.

Infine, nella stessa attività di accertamento istruttorio in tema di colpa medica, la giurisprudenza della Cassazione ha degradato il livello di probabilità sufficiente a condannare il sanitario alla semplice possibilità, ove invece per condannare in sede penale un medico occorre che sia raggiunta una prova sul nesso causale "oltre ogni ragionevole dubbio" (Cass. N. 584/2008).

Di fatto la colpa del sanitario può persino essere affermata quando non sia possibile stabilire un grado accettabile di relazione causale tra l'errore ed il danno, nel senso che il rischio della incertezza probatoria deve ricadere sul soggetto obbligato alla prestazione sanitaria e non sul paziente (Cass. N.1538/2010). Il quadro è completato con l'osservazione che i tribunali dello Stato nell'ultimo decennio hanno via via sensibilmente innalzato i livelli equitativi di risarcimento del danno alla persona (e quindi anche da medical malpractice).

La scelta della giurisprudenza di fornire un tale alto livello di tutela a favore degli utenti del servizio sanitario è giustificata con la necessità di privilegiare il valore del bene primario della salute e la funzione di protezione della sanità, ma non vanno ignorate le ricadute del sistema in termini anche socio economici.

Se da una parte è incontrovertibile il diritto di tutela previsto a favore del paziente, dall'altra il medico deve poter agire in un sistema prevalentemente di sicurezza, nel senso che sia ben delineato il confine tra valutazione obiettiva e scientificamente sostenuta di un suo errore tecnico e presunzione di colpa.

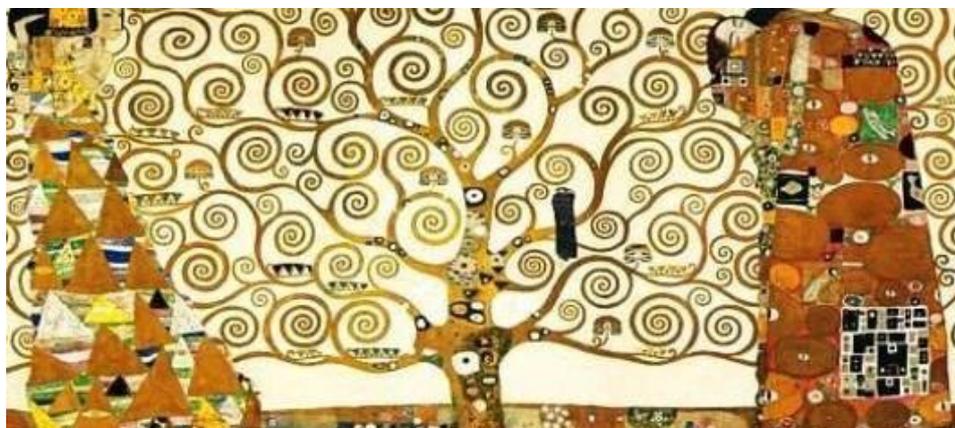
Un indice dell'assenza di tale equilibrio nel nostro sistema è dato talvolta dalla difficoltà di reperire oggi sul mercato strumenti assicurativi della rc del sanitario ad ampio raggio, con tutele soddisfacenti e fornite da un mercato dall'offerta variegata e dal costo competitivo e sostenibile. Il ramo assicurativo della responsabilità civile sanitaria, invece, è stato esposto a profondi mutamenti che hanno interessato tanto la qualità dell'offerta (sempre più limitata e ridotta sotto il profilo delle garanzie offerte, per oggetto, esclusioni e limiti), quanto sotto il profilo dei costi sempre meno sostenibili dall'utenza, sia essa una grande struttura o un singolo professionista.

Un libro per conoscere e interpretare la disciplina

In un volume recentemente pubblicato dal titolo "**L'assicurazione nella responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria**" (collana "Medicina e Diritto") gli autori tracciano una guida alla moderna tecnica assicurativa per la copertura della colpa medica ed al tempo stesso forniscono uno strumento di approccio alle principali tematiche giuridiche che attengono il rapporto assicurativo e l'obbligazione di garanzia dell'impresa che eserciti nel ramo. Il moderno operatore e mediatore assicurativo oggi deve distinguere i contenuti tecnici delle principali clausole presenti nella contrattualistica del settore e riconoscerne la disciplina interpretativa anche della giurisprudenza. Non manca nel testo un utile raffronto tra il mercato assicurativo nazionale e quello di altri importanti Paesi continentali ed extraeuropei. Il volume, improntato ad un linguaggio tecnico ma comunque pratico e chiaro, vuole dunque essere rivolto all'utente del mondo assicurativo, ovvero al contraente della garanzia per la propria rc sanitaria (medico oppure struttura nosocomiale) che vogliano approfondire alcuni aspetti legati alla contrattualistica del ramo, ovvero alle principali tematiche complesse della tecnica assicurativa moderna e tipica del settore.



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



Gustav Klimt, The tree of life

RAMO VITA

Continua il trend negativo per il Vita

Da gennaio a novembre 2011 la raccolta ha subito un calo del 28% rispetto al 2010. Il 70% dei premi proviene da sportelli bancari e postali

Le ultime rilevazioni dell'**Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici** (Ania) confermano, per il Ramo vita, quel trend negativo che prosegue inesorabile fin dalla seconda metà del 2010. Nel mese di novembre dello scorso anno, i premi per nuove polizze raccolti in Italia dalle imprese di casa nostra e dalle rappresentanze di imprese extra-UE sono stati pari a 3,8 miliardi di euro, comprensivi dei premi unici aggiuntivi. Un calo di oltre il 22% rispetto allo stesso mese del 2010.

Complessivamente, da gennaio a novembre 2011, l'ammontare dei nuovi premi emessi ha raggiunto quota 49,2 miliardi di euro, il 28% in meno rispetto ai volumi raggiunti nel periodo corrispettivo dell'anno precedente, quando il dato oscillava oltre i 59,4 miliardi. In termini assoluti, le nuove polizze/adesioni sono state 2,8 milioni, delle quali almeno 277mila forme pensionistiche indipendenti (+13.3%).

Tra le statistiche da segnalare c'è quella che indica un 14% di imprese, rappresentative dell'11% del mercato in termini di premi, che a novembre ha registrato una raccolta migliore all'analogo periodo dell'anno precedente. È di circa la metà dei soggetti in campo (48%), invece, la percentuale delle imprese che ha saputo fare meglio della media generale.

Nel dettaglio delle singole tipologie, i premi afferenti alle nuove polizze **Vita tradizionali** - Ramo I (che rappresentano sempre l'82% del settore) calano del 19,5%. Una discesa più drastica si registra, invece, per le **Capitalizzazioni** - Ramo V: -53,8% in confronto alla stima di novembre 2010. I **prodotti linked** - Ramo III, che praticamente costituiscono la totalità della nuova produzione residua, perdono il 26,7% sul 2010. Per ciò che concerne i **fondi pensione aperti**, infine, la flessione si è attestata sul 14,1%. Cresce, dal canto suo, il **ramo Malattia** a lungo termine, che però viaggia su numeri infinitesimali rispetto agli altri. Anche nel 2011 il contratto a premio unico resta la modalità di versamento preferita dagli assicurati. Le rilevazioni parlano del 57% di polizze stipulate e del 95% di premi versati in questo modo. L'importo medio dei premi unici si aggira sui 29.400 euro a fronte dei 1.150 euro dei premi annui e dei 3.500 euro dei premi ricorrenti.

In riferimento ai canali distributivi, la gran parte della nuova produzione (85%) deriva dalla raccolta effettuata mediante reti finanziarie. Nello specifico, gli sportelli bancari e postali raggiungono volumi superiori al 70% del totale realizzato da inizio anno, seppure in calo di quasi un terzo rispetto al 2010. Negativo, ma in termini percentuali inferiori (-20%) anche il tasso di variazione delle reti agenziali, sia nel mese di novembre che da inizio 2011. I promotori finanziari, poi, hanno distribuito il 12,6% dei nuovi prodotti, con una contrazione del 38,2% su base annua.

La ripartizione dei premi per canale evidenzia, infine, come le reti finanziarie abbiano collocato quasi esclusivamente premi unici mentre le reti assicurative raccolgono anche una quota significativa di premi periodici.

Fabio Forlano

MERCATO

Emergenza fino al 2013

Euler Hermes prevede un 2012 con difficoltà di finanziamento, crescita delle insolvenze, diminuzione delle esportazioni

Il 2012 sarà ancora un anno nero per l'economia mondiale. A rilevarlo uno studio dell'assicuratore crediti **Euler Hermes**, che ha tracciato un quadro negativo soprattutto per quel che riguarda l'Euro Zona. A livello globale, la crescita si fermerà al 2,7%, contro il 3% del 2011 e aumenteranno le insolvenze delle imprese. Gli Stati del Vecchio Continente dovranno fronteggiare un andamento negativo. A eccezione della Germania, che dovrebbe crescere dello 0,8% contro il 3% del 2011, tutti gli altri Paesi faranno i conti con un rallentamento delle proprie economie. Si va dal -2,7% della Grecia al -1,9% del Portogallo e al -0,2% dell'Italia. "Il calendario politico avrà un impatto sull'attività, fra l'attendismo preelettorale e il riadeguamento successivo della politica economica", ha aggiunto il capo economista di Euler Hermes **Ludovic Subran**. Per superare l'emergenza si attenderà il 2013, quando la crescita in Europa potrebbe risalire fino all'1,2% grazie alla riduzione del debito degli Stati. Secondo lo studio, resta alto anche il rischio-Paese. Il 60% dei 240 Stati e territori inclusi nello studio presenterà ancora un rischio significativo ed elevato: in media cresceranno del 3% anche le insolvenze a livello globale. Questo fenomeno sarà particolarmente significativo in Europa (+12%), con un picco soprattutto nei Paesi Mediterranei (+19%). Il presidente del Directoire di Euler Hermes **Wilfried Verstraete** ha spiegato infine che "in Europa, una domanda depressa, la diminuzione degli sbocchi all'esportazione e le difficoltà di finanziamento incontrate dalle imprese contribuiranno egualmente a una difficile convalescenza, richiedendo una particolare vigilanza sulla gestione dei crediti commerciali".

Emanuela Meucci





PRODOTTI

“Cancellazione eventi”, per gli imprevisti che funestano le cerimonie

La polizza prevede risarcimenti per il rinvio del matrimonio, per i ritardi degli ospiti e persino per gli attacchi terroristici verificatisi in un raggio di 50 miglia

Una buona compagnia di assicurazioni deve rimanere al fianco dei propri clienti in ogni situazione. Anche nel giorno del loro matrimonio. Con questo obiettivo, **Aon** ha messo a punto un prodotto specifico, la polizza “Cancellazione eventi”, per rimborsare chi è costretto ad annullare o rinviare le nozze per cause indipendenti dalla propria volontà.

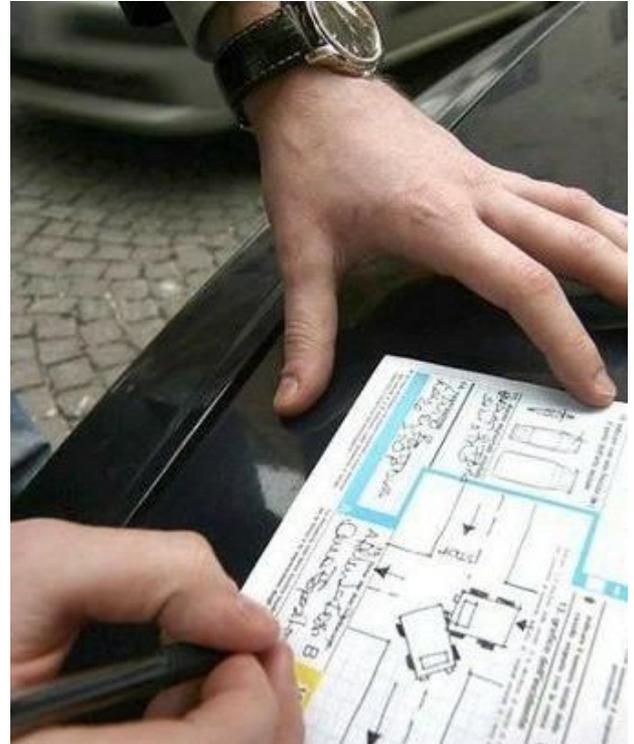
La copertura risarcisce tutte le perdite nette accertate di cui non sia responsabile né l'intestatario della polizza, né terze persone a cui può essere estesa l'assicurazione, come genitori e parenti degli sposi. Inoltre garantisce un indennizzo in caso di annullamento del viaggio di nozze, mancato sgombero del luogo in cui si è tenuto l'evento e richieste di risarcimento da parte dei proprietari o dei gestori di sale ricevimento e ristoranti.

La polizza assicura anche un risarcimento nel caso in cui la cerimonia venga rimandata o cancellata a causa della morte o di malattia grave di una delle persone a cui è stata estesa la copertura, a patto che l'ospite in questione abbia meno di 70 anni. Lo stesso discorso vale anche nel caso in cui il fatidico sì debba aspettare a causa del ritardo degli ospiti, ma solo a patto che il loro arrivo nella località in cui si sarebbe dovuto tenere l'evento sia stato pianificato con largo anticipo.

Per le spose più esigenti, che vogliono mettersi al riparo da ogni rischio, è prevista anche una polizza contro gli attacchi terroristici, acquistabile sia nella versione base, che prevede il risarcimento solo in caso di attacchi realmente verificatisi in un raggio di 50 miglia dal luogo del matrimonio ed entro i 50 giorni che precedono il “sì”, sia in versione estesa, che assicura il rimborso anche nel caso in cui vengano lanciate minacce considerate attendibili dalle autorità del luogo.

Una copertura che si può rivelare fondamentale per chi sogna un matrimonio “esotico”, celebrato in un Paese straniero affascinante ma non sempre sicuro.

Emanuela Meucci



Axa sperimenta un nuovo sistema antifrodi

Liquidazioni più veloci grazie alla piattaforma **Detica NetReveal**

Axa ha siglato con **Bae Systems Detica** un accordo che permetterà alla compagnia di assicurazione di usare una nuova piattaforma digitale per prevenire le frodi nelle denunce per danni. **Detica NetReveal**, questo il nome del servizio, permette ai liquidatori di monitorare e identificare chiaramente attività sospette e di accedere rapidamente ai dati del cliente per analizzarli, in modo da ridurre i tempi necessari per i risarcimenti.

"Tutte le società assicuratrici devono prestare particolare attenzione alle frodi nelle denunce e Detica NetReveal ci fornirà metodi efficaci di riduzione del rischio - prevenendo e scoprendo un numero maggiore di denunce fraudolente, migliorando i livelli del servizio clienti e consentendo a Axa di disporre di organizzazioni più efficienti per la gestione delle denunce. Ossia, investigheremo meno casi, aumenteremo l'efficienza con cui operiamo ed eviteremo che i clienti onesti debbano vedere nei premi pagati le conseguenze di denunce fraudolente. Dopo aver valutato i preventivi ricevuti in seguito alla nostra richiesta a livello globale, abbiamo selezionato Detica NetReveal per fornire a Axa Group una soluzione di prevenzione delle frodi nelle denunce di danni che ci permetterà di concentrarci sulle denunce chiaramente fraudolente e quindi aumentare la qualità del servizio che offriamo, al tempo stesso garantendo notevoli contenimenti dei costi di indennizzo", ha spiegato Pierre Brigadeau, direttore ufficio denunce del gruppo Axa.

