

WELFARE I freni allo sviluppo

Sanità integrativa: un decollo mancato

Il settore stenta a crescere e una quota elevata della spesa ricade sulle spalle delle famiglie. Ecco perché e quale può essere il ruolo delle compagnie.

Roberto Bagnoli

Disinteresse delle istituzioni, alcune questioni fiscali da chiarire, una scarsa convinzione da parte delle compagnie, che in questo settore potrebbero giocare un ruolo da protagoniste. L'assistenza sanitaria integrativa in Italia fatica a decollare, con la conseguenza che un'elevata quota della spesa ricade direttamente sulle tasche dei cittadini. E lo scenario è destinato a peggiorare ulteriormente a causa del processo d'invecchiamento demografico che caratterizza il nostro Paese. L'andamento e le prospettive del settore sono state al centro di un seminario su *Sviluppo della sanità complementare: utilizzo dello strumento assicurativo*, organizzato da Assoprevenienza nell'ambito di *Assicurazioni e sistema Italia*, il convegno organizzato il 24 maggio scorso a Milano dal *Giornale delle Assicurazioni* in collaborazione con l'Aiba; l'incontro è stato moderato da **Laura Crescentini**, coordinatore tecnico di Assoprevenienza.

«L'economia italiana è da tempo in crisi, e come tutti gli altri settori di esclusiva competenza pubblica anche il nostro sistema sanitario nazionale ne è stato colpito», sostiene **Paolo Vinci**, avvocato e docente di diritto sanitario all'università di Milano Bicocca, «a tal punto che, pur rivestendo una fondamentale importanza per tutti i cittadini e a fronte di ingenti stanziamenti, non può rispondere alle esigenze assistenziali. Un'altra fonte di preoccupazione è la crescita dell'età media del Paese: l'Italia, infatti, è terza nella classifica mondiale per il più alto tasso di anzianità. La necessità d'integrare l'intervento statale è divenuta quasi indispensabile; regolamentare e attuare forme integrative di sanità significa utilizzare uno strumento che non inficia in alcun modo il Servizio sanitario nazionale, ma ser-

ve esclusivamente a integrare e arricchire la possibilità di fruire di prestazioni e servizi, investendo in forme solidaristiche risorse private raccolte su base negoziale o volontaria».

Out of pocket «In Italia la spesa sanitaria pagata dai cittadini è pari a 25 miliardi di euro, circa un quarto di quella totale», spiega **Federico Spandonaro**, docente di economia all'università di Roma Tor Vergata e coordinatore del *Rapporto sanità* del Ceis (Centro per gli studi internazionali sull'economia e lo sviluppo), «e oltre il 90% rimane a carico diretto dei cittadini, la spesa cosiddetta *out of pocket*: quest'ultima rappresenta una quota fra le più elevate del mondo. In questo settore esiste quindi un evidente bisogno di un secondo pilastro di *welfare*, ovvero una sanità integrativa capace di riportare questa quota di spesa nell'ambito dei meccanismi solidaristici o quanto meno mutualistici, migliorando a un tempo efficienza ed equità del sistema sanitario. Il vero problema è che, rispetto all'assistenza sanitaria integrativa, non si è davvero cambiato atteggiamento culturale: il settore evidentemente non è considerato rilevante e bisogna fare un serio sforzo per convincere le forze politiche sulla necessità di svilupparlo, come anche sul fatto che non si tratta di trovare nuove risorse, ma di modificare la spesa esistente. Perché il settore decolla è poi necessario mettere mano ai regolamenti, senza perdere di vista la *ratio* generale; su questo punto, l'elemento attualmente più controverso rimane quello del limite minimo del 20% previsto per le cure dentarie e l'assistenza a persone non autosufficienti. Al di là degli aspetti tecnici, la ragione del dispositivo era e rimane quella di incentivare la copertura delle aree di bisogno dove è maggio-

re l'impatto sui bilanci delle famiglie: quindi, di nuovo la ragione è sia di efficienza sia di efficacia del sistema di *welfare*».

L'aspetto fiscale Il regime fiscale dei fondi sanitari integrativi presenta alcuni punti da chiarire. «I contributi versati possono essere dedotti dal reddito entro i 3.615,20 euro», spiega **Fabio Marchetti**, docente di diritto tributario alla Luiss di Roma, «nel caso dei lavoratori dipendenti, la deduzione spetta nello stesso limite per quelli del datore di lavoro e del lavoratore: per questi ultimi, inoltre, è necessario che siano versati a enti o casse che hanno esclusivamente fine assistenziale che operino per almeno il 20% delle prestazioni complessivamente erogate negli ambiti d'intervento stabiliti dal ministro della Salute (cure dentarie e assistenza socio-sanitaria alle persone non autosufficienti, *ndr*). Nel caso di mancata deducibilità dei contributi versati, le spese sanitarie sostenute si considerano rimaste a carico del contribuente: anche se sono state rimborsate danno quindi diritto alla detrazione d'imposta del 19%. Le prestazioni dei fondi sanitari integrativi possono essere erogate in denaro, come rimborso delle spese mediche sostenute o pagamento in luogo dell'iscritto», prosegue Marchetti, «oppure in natura, come quelle in caso di non autosufficienza. Le prime hanno natura risarcitoria e sono escluse quindi da ogni prelievo fiscale, mentre sono imponibili le somme erogate a titolo sostitutivo di redditi, per esempio alcune diarie. È necessario chiarire, però, come si inquadrano le prestazioni sanitarie o assistenziali nel caso di non autosufficienza: se cioè hanno natura risarcitoria (e come tali non tassate, *ndr*) oppure sostitutiva dell'assegno periodico».





Workshop

Al seminario, moderato da Laura Crescentini, coordinatore tecnico di Assoprevidenza, su «Sviluppo della sanità complementare: utilizzo dello strumento assicurativo», organizzato da Assoprevidenza nell'ambito di Assicurazioni e sistema Italia, il convegno organizzato il 24 maggio scorso a Milano da *Giornale delle Assicurazioni* e Aiba, hanno partecipato, nella foto, da sinistra, Giampaolo Crenca, presidente del Consiglio degli attuari, Fabio Marchetti, docente di diritto tributario alla Luiss di Roma, e Demetrio Houlis, presidente di Emapi.



Problemi tecnici Il comparto pone rilevanti problemi tecnici per le imprese assicuratrici. «Al nostro interno abbiamo costituito un gruppo di lavoro che si sta dedicando al tema dei fondi sanitari integrativi», spiega **Giampaolo Crenca**, presidente del Consiglio nazionale degli attuari. Che cosa sta facendo questo team? «In particolare sta predisponendo specifiche linee guida che servano a dare indicazioni agli attuari su come operare in questo settore, con particolare riferimento al calcolo delle tariffe e alla predisposizione dei bilanci tecnici. Sia per i fondi sanitari autogestiti, sia per quelli convenzionati con un'impresa assicuratrice è fondamentale monitorare nel corso del tempo gli importi erogati e la relativa frequenza in modo da poter rivedere le tariffe, nel caso questo si renda necessario. In alcuni casi si può ricorrere alla compagnia per coprire le punte di rischio, come se si trattasse di fatto di un'attività riassicurativa. Questa soluzione è di un certo interesse per i fondi sanitari che vogliono diminuire il rischio di un andamento tecnico sfavorevole, ma deve essere attentamente analizzata: anche in questo settore deve quindi svilupparsi una coscienza tecnico-economica di gestione del rischio, cui l'attuario può dare un supporto primario».

Consorti Fra le realtà di tipo consortile che operano nel campo dell'assistenza sanitaria integrativa vi è Emapi (Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani). «È un'associazione riconosciuta costituita da otto enti di previdenza privati», dice il presidente **Demetrio Houlis**: «si tratta di Cassa geometri, Cassa del Notariato, Enpab (biologi), Enpac (consulenti del lavoro), Enpap (psicologi), Enpapi (infermieri), Epap (attuari, agronomi, chimici e geologi) ed Eppi (periti industriali). Emapi fornisce prestazioni di assistenza sanitaria integrativa e copertura nel caso di infortuni professionali ed extraprofessionali, ed è iscritta all'anagrafe dei fondi sanitari istituita presso il ministero della Salute».

Emapi offre due formule diverse. «La *Garanzia A* opera nel caso di grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi», spiega Houlis, «e copre tutte le spese relative a visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, terapie mediche, riabilitative e farmacologiche sostenute in seguito al ricovero. La *Garanzia B* prevede, invece, il rimborso per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, ricoveri meno gravi non compresi nella prima formula e opera nei casi di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o intervento am-

bulatorio. Vengono rimborsate le spese, sostenute durante il ricovero, relative ad assistenza medica, medicinali, cure e prestazioni infermieristiche, così come quelle per accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenute nei 90 giorni precedenti e nei 120 successivi al ricovero stesso. È garantito inoltre un rimborso sino a 5 mila euro, per anno e nucleo familiare, per prestazioni di alta diagnostica radiologica. Emapi ha iniziato l'attività operativa nel 2007, e attualmente ha circa 140 mila professionisti iscritti», prosegue Houlis, «nel 2010 3.500 aderenti, pari al 2,5% del totale, hanno deciso di ampliare la copertura per sé o per il nucleo familiare, mentre sono stati

Spesa sanitaria

«In Italia, la spesa sanitaria pagata dai cittadini è pari a 25 miliardi di euro, circa un quarto del totale», spiega Federico Spandonaro, docente di economia all'università di Roma Tor Vergata e coordinatore del Rapporto sanità del Ceis (Centro per gli studi internazionali sull'economia e lo sviluppo), «e oltre il 90% rimane a carico diretto dei cittadini».

Sistema in crisi

«L'economia italiana è da tempo in crisi, e come tutti gli altri settori di esclusiva competenza pubblica, anche il nostro sistema sanitario nazionale ne è stato colpito», sostiene Paolo Vinci, avvocato e docente di diritto sanitario all'università di Milano Bicocca, «a tal punto che, pur rivestendo una fondamentale importanza per tutti i cittadini e a fronte di ingenti stanziamenti, non può rispondere alle esigenze assistenziali».





Linee guida

«Un nostro gruppo di lavoro», dice Giampaolo Crenca, presidente del Consiglio nazionale degli attuari, «sta predisponendo linee guida per dare indicazioni agli attuari su come operare in questo settore, con riferimento a calcolo delle tariffe e predisposizione dei bilanci tecnici.

gestiti circa 5.600 sinistri. Le funzioni di Emapi sono la selezione del partner assicurativo - attualmente Generali - la raccolta del materiale amministrativo presso le singole casse, la gestione del contratto con la compagnia, l'informazione agli iscritti sulla tipologia di copertura assistenziale, la raccolta delle adesioni volontarie, la verifica delle prestazioni erogate dalla compagnia in termini di tempi ed entità delle liquidazioni e il supporto agli iscritti in eventuali problematiche. Emapi formula pareri preventivi per definire se una patologia rientra in copertura, in particolare per quanto riguarda la *Garanzia A* relativa ai grandi interventi, ed elabora un servizio per l'individuazione delle aree di eccellenza in campo sanitario».

«Il dato relativo alla spesa out of pocket, cioè direttamente a carico delle famiglie italiane, è fortemente sottostimato a causa del sommerso», sostiene dal canto suo **Giancarlo Nannini**, vicepresidente del fondo sanitario indipendente Vis - Vita in salute, creato per fornire soluzioni per piccole e medie imprese e famiglie, «in realtà si può ipotizzare un importo fra i 30 e i 40 miliardi di euro, per circa il 90% finanziato dai privati: questo fenomeno rappresenta una prima anomalia rispetto ad altri Paesi europei. La seconda è rappresentata dalla bassa quota di spesa strutturata, relativa cioè a fondi sanitari autogestiti, casse, mutue e polizze assicurative, che incide per meno del 10%, a confronto con il 50%-70% di altri Paesi europei».

«Un altro dato peculiare della realtà italiana è rappresentato dal fatto che i maggiori operatori assicurativi nel settore salute siano costituiti da compagnie generaliste, grandi gruppi

Infortunati dei professionisti

Emapi (Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani) «fornisce prestazioni di assistenza sanitaria integrativa e copertura nel caso di infortuni professionali ed extraprofessionali, ed è iscritta all'anagrafe dei fondi sanitari istituita presso il ministero della Salute», dice il presidente Demetrio Houllis.

per i quali questo settore rappresenta un'attività tutto sommato marginale», prosegue Nannini, «in altri Paesi, invece, un ruolo significativo o di leadership viene svolto da compagnie specializzate. La conseguenza è che le polizze malattia sono caratterizzate da una scarsa innovazione, i prodotti sono cambiati pochissimo e tendono a concentrarsi sulle prestazioni ospedaliere, un aspetto in cui il cittadino si sente discretamente tutelato dal Servizio sanitario nazionale. I maggiori bisogni si concentrano invece nelle aree che il settore assicurativo copre di meno, per esempio le spese odontoiatriche. A fronte di condizioni che fanno presupporre un elevato potenziale, ormai da molti anni questo non si verifica: le compagnie possono giocare un ruolo fondamentale nell'assistenza sanitaria integrativa, ma è necessario che abbiano un diverso approccio. Devono cercare di sviluppare una maggiore specializzazione nel settore e studiare soluzioni specifiche per fondi e casse di assistenza sanitaria integrativa».

Mutue Fra le realtà del settore vi sono le mutue. «In Italia la spesa sanitaria è pari a 110 miliardi, circa il 9% del Pil», sostiene **Valerio Ceffa**, amministratore delegato del Consorzio mutue sanitarie, che raggruppa nove realtà con circa 400 mila assistiti, «la spesa è pari a 2.400 euro pro capite, di cui 1.820 a carico del pubblico e 580 dei privati. Il dato aumenta del 4% l'anno e nel 2050 raggiungerà l'11% del Pil; in Italia, peraltro, le risorse destinate alla sanità sono inferiori a quelle dei Paesi affini al nostro, si tratta di circa 650 euro procapite in meno. La spesa sanitaria è a crescita infinita, indipendentemente dal trend economico, a causa di fattori come l'abitudine alla cura e alla prevenzione, le nuove tecnologie di cura e diagnosi e i nuovi farmaci».

«L'invecchiamento della popolazione rap-



Media pro capite

«In Italia, la spesa sanitaria è pari a 110 miliardi di euro, circa il 9% del Pil», sostiene **Valerio Ceffa**, amministratore delegato del Consorzio mutue sanitarie, «la spesa è pari a 2.400 euro pro capite, di cui 1.820 a carico del pubblico e 580 dei privati. Il dato aumenta del 4% l'anno e nel 2050 raggiungerà l'11% del Pil».

presenta al tempo stesso l'effetto e la causa dell'incremento della spesa sanitaria», dice Ceffa, «gli ultrasessantacinquenni sono attualmente circa 12 milioni, il quinto della popolazione, e nel 2050 saliranno a 18, pari a un terzo del totale: ogni dieci anni, del resto, la vita media si allunga di due e mezzo. La spesa privata è destinata a crescere: un numero sempre più elevato di vecchi, infatti, significa meno persone che lavorano e quindi minori risorse da destinare al sistema sanitario pubblico. L'1,5% delle famiglie italiane si impoverisce ogni anno a causa di spese sanitarie, mentre il 4,1% ne sostiene alcune catastrofiche, superiori cioè del 40% rispetto alla propria capacità di spesa: quelle di maggiore impatto sono disabilità, non autosufficienza e cure dentistiche. Accanto a un sistema sanitario pubblico che garantisca le cure indispensabili per tutti è necessario uno di previdenza sanitaria complementare per coprire la spesa privata», sottolinea Ceffa, «per mantenere l'universalità ed equità del sistema occorre quindi pensare a una dimensione collettiva della spesa non coperta dal Servizio sanitario nazionale. Le mutue rappresentano uno strumento assicurativo particolare, che presenta alcune caratteristiche peculiari: sono senza scopo di lucro, offrono una copertura valida per tutta la vita e consentono una rappresentanza degli utenti, attraverso una mediazione fra gli interessi dei cittadini-utenti e dei fornitori di servizi, pubblici e privati. Fra il mondo mutualistico e le compagnie assicuratrici è possibile un rapporto di collaborazione, nella copertura di alcuni rischi e la gestione congiunta di prodotti long term care per l'assistenza alle persone non autosufficienti».

giornale delle
Assicurazioni

Polizze alle Imprese

INTERMEDIARI

Il sostegno dei broker all'internazionalizzazione

Le società di brokeraggio si sono organizzate per seguire le imprese italiane all'estero. Con queste strategie.

I partecipanti al dibattito «Impresa e assicurazioni e creazioni di valore» nell'ambito del convegno organizzato dal *(Giornale delle Assicurazioni)*.



INTERMEDIARI | I nuovi business per le Pmi

Il sostegno dei broker all'internazionalizzazione

Le società di brokeraggio si sono organizzate per seguire le imprese italiane all'estero. Con queste strategie.

Luciano Fumagalli

Esportazioni, delocalizzazione, partnership e joint venture con aziende straniere: una buona parte delle società italiane industriali e di servizi non è più chiusa dentro i confini. Le loro attività spaziano in tutto il mondo, come probabilmente è giusto che sia nell'economia globalizzata. Andare all'estero significa anche affrontare rischi e mercati poco conosciuti o molto lontani dalle nostre leggi e dalle nostre consuetudini. Quali sono le difficoltà che incontrano le imprese italiane ad assicurarsi all'estero? Che cosa occorre per realizzare un efficiente piano internazionale di coperture? E che ruolo ha in questo campo la consulenza degli intermediari? Se ne è parlato al convegno *Assicurazioni e sistema Italia*, organizzato dal nostro giornale, in un workshop intitolato *Il servizio di brokeraggio a tutela delle imprese italiane all'estero*. Al dibattito, moderato da **Francesco G. Paparella**, presidente dell'Aiba, hanno partecipato **Enrico Bertagna**, rappresentante generale per l'Italia dei Lloyd's di Londra; l'avvocato **Paolo Vinci**; **Paolo Rubini**, presidente di Anra; **Stefano Sala**, amministratore delegato di Per; e **Danilo Ariagno**, responsabile formazione di Aiba. Ed ecco che cosa è emerso dal dibattito.

Partecipanti

Al dibattito, intitolato «Il servizio di brokeraggio a tutela delle imprese italiane all'estero», moderato da Francesco G. Paparella, presidente dell'Aiba, hanno partecipato: Danilo Ariagno, responsabile formazione di Aiba; l'avvocato Paolo Vinci; Paolo Rubini, presidente di Anra; Stefano Sala, amministratore delegato di Per; Enrico Bertagna, rappresentante generale per l'Italia dei Lloyd's di Londra.

Paparella. Le piccole e medie imprese si stanno internazionalizzando, devono trasformarsi in multinazionali tascabili, come si dice, per poter competere in un mondo sempre più interconnesso e globalizzato. Se ne sono accorte anche le autorità, che hanno varato una serie di provvedimenti per sostenere le Pmi nelle attività nei mercati esteri e favorire la loro aggregazione perché, in genere, sono sottocapitalizzate. Le aziende di ridotte dimensioni sono, come si sa, anche sottoassicurate, hanno una scarsa percezione del rischio. E questo complica ancora di più le cose in Paesi che si conoscono poco, nei quali si arriva per la prima volta. Un programma assicurativo internazionale è indispensabile, ma quali multinazionali tascabili lo fanno?

Rubini. La visione di risk management, tipica delle grandi multinazionali, mi fa dire che nelle piccole imprese un broker è assolutamente necessario, indispensabile per l'estero. Fin dagli anni Novanta quando si facevano i primi programmi internazionali, uno dei fattori chiave è stata l'architettura delle soluzioni assicurative per l'estero: occorre armonizzare le singole coperture - realizzate con compagnie diverse, nei Paesi dove è presente un'impresa - e concentrarle nel risk management, tutte le polizze devono essere in mano a un unico broker. L'impresa deve avere, insomma, un unico interlocutore che dal centro coordina il network di corrispondenti nelle diverse location. Teniamo conto che ogni Stato ha una propria legislazione in materia assicurativa e consuetudini commerciali, diverse magari dalle nostre, alle quali bisogna attenersi. Quindi il network è importante anche rispetto alla compliance.

Paparella. Per i broker italiani l'internazionalizzazione non è una cosa nuova,



anche se negli ultimi tempi ha assunto una rilevanza sconosciuta negli scorsi decenni. A livello di associazione, abbiamo cercato di potenziare questo settore anche nella direzione di una maggiore collaborazione con le realtà di brokeraggio delle nazioni vicine all'Italia. Così l'Aiba ha partecipato alla costituzione della Federazione mediterranea dei broker di cui fanno parte, tra le altre, le associazioni di Francia, Spagna, Italia, Grecia, Tunisia, Egitto. L'obiettivo è quello di permettere alle aziende che intendono iniziare o consolidare la propria presenza nell'area di poter contare su un network di broker di dimensioni nazionali, quanto a presenza e capacità, ma internazionale, quanto a opportunità di accesso al mercato.

Bertagna. Il problema principale, quando si parla di internazionalizzazione e di delocalizzazione delle Pmi italiane, è quello dei requisiti patrimoniali, delle capacità finanziarie che spesso sono troppo deboli per andare ad affrontare mercati e controparti sconosciute. La prima chiave del successo in questo campo è la partnership: le imprese devono associarsi, fare rete, al limite fondersi tra di loro, per avere successo all'estero, anche perché gli investimenti possono essere ingenti. Altrettanto importante, basti pensare ai rischi commerciali, sono le coperture assicurative e anche qui una maggiore massa critica può aiutare nello scegliere quali rischi trasferire a terzi e quali invece possono essere ge-



Rilevanza sconosciuta

«Per i broker italiani, l'internazionalizzazione non è una cosa nuova, anche se negli ultimi tempi ha assunto una rilevanza sconosciuta negli scorsi decenni», ha osservato Francesco Paparella, presidente dell'Aiba e moderatore della sessione parallela dedicata ai broker.

stiti dall'azienda. La conoscenza delle controparti commerciali o industriali all'estero, compresi i programmi antirischio, - e a mio avviso, dovrebbe esserci una certificazione internazionale dello stato assicurativo - è fondamentale, naturalmente. E qui è davvero indispensabile la figura del broker che fa parte di un network internazionale o è in grado di inserirsi in una rete di corrispondenti in diversi Paesi. Il network per essere efficiente deve funzionare in modo biunivoco: il broker italiano non impone le proprie soluzioni agli intermediari o alle compagnie in Romania o in India, al contrario il flusso di informazioni tra l'Italia e l'estero deve essere continuo per arrivare a soluzioni condivise da tutte e due le parti. Solo se si appoggia su broker e compagnie locali coinvolti fin dall'inizio nel pro-

gramma internazionale, l'imprenditore italiano troverà un valido supporto all'estero. È chiaro che la partnership produttiva e quella assicurativa vanno pensate sul lungo periodo, e chiedono da parte del broker alte competenze.

Ariagno. Ci si aspetta molto dai broker nel campo dell'internazionalizzazione.

Un ambito che è esploso negli ultimi tempi e coinvolge ormai tutti gli intermediari, non più solo quelli che fanno parte di multinazionali. Si tratta di un campo che offre nuove opportunità di business, ma richiede anche una grande crescita professionale del broker. Al di fuori dell'Europa, in cui i broker italiani possono lavorare in regime di libera prestazione, i problemi da affrontare non sono pochi. I mercati sono difficili da affrontare e da anticipare. La scelta e strutturazione del programma internazionale è un'impresa complessa, perché bisogna rispettare leggi e consuetudini locali. Ogni Paese è un caso a sé. Per esempio, le soluzioni perfette per il Brasile non vanno bene in India o in Giappone.

Vinci. È chiaro che un piano di coperture assicurative internazionali si basa su network di broker, competenze tecniche, analisi dei mercati esteri. A mio avviso, però, bisogna partire dalla condivisione delle finalità: imprenditori e intermediari devono lottare per gli stessi obiettivi. E non è semplice in una realtà sottoassicurata come quella italiana. Il broker deve fare opera di convinzione, spingere l'azienda a prendere misure che mettano in sicurezza gli impianti, i dipendenti, la continuità del business.

Sala. Nella nostra attività quotidiana ci accorgiamo di quanto scarsa sia la percezione del rischio e dei danni causati dalla mancanza di un piano di prevenzione. Il fermo di tre mesi di un'industria non significa solo mancata produzione e mancato fatturato: in un mercato globalizzato i clienti facilmente possono ricorrere ad altri fornitori e non tornare più una volta riparato il danno. Ma quanti industriali, soprattutto piccoli e medi, capiscono l'importanza vitale della disaster recovery? Quanti hanno fatto una seria analisi dei punti critici dell'azienda? Ancora troppo pochi. E allora, a mio avviso, uno dei compiti del broker deve essere quello di convincere l'im-



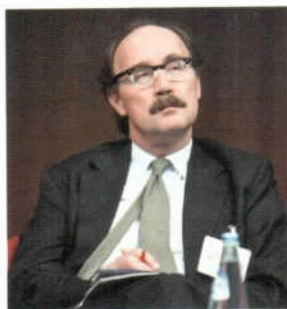
prenditore ad analizzare i rischi, a stilare un piano di prevenzione e di ripristino. Anche perché a rischio ridotto può corrispondere un premio meno caro.

Paparella. I costi rappresentano un problema per le piccole aziende, alle quali le compagnie non riservano certo un trattamento di favore.

Vinci. In Italia c'è un problema di sistema, in cui diversi player sono coinvolti. Prendiamo il settore della *espansibilità* medica. Nel delicato campo della sanità pubblica e privata si registrano crescenti criticità imputabili a una pluralità di fattori: il disinteresse del legislatore; i frequenti interventi giurisprudenziali che ampliano ulteriormente il campo della responsabilità dei medici (*in primis*, il consenso informato); l'atteggiamento sempre più passivo e difensivo dei diversi operatori sanitari; le difficoltà delle strutture a reperire polizze idonee a fronteggiare le richieste giudiziarie dei cittadini. Secondo dati Ania, il campo della responsabilità professionale del medico ha subito in un decennio un incremento del numero dei sinistri denunciati del 148%, con un aumento per le assicurazioni del costo medio per sinistro del 21%. La responsabilità civile delle strutture sanitarie ha avuto un aumento del 31% del numero dei sinistri e del 67% del costo medio, determinando non pochi problemi a ospedali e medici. Le compagnie italiane hanno abbandonato il mercato circa un decennio fa e nell'ultimo lustro, i Lloyd's di Londra prima, Qbe e altre aziende anglosassoni poi, hanno iniziato a disdire le polizze alla scadenza naturale e a rifiutare nuove sottoscrizioni, mentre quelle storicamente radicate nel campo della *medical malpractice* offrono prodotti

Scelta complessa

«La scelta del programma internazionale è un'impresa complessa, perché bisogna rispettare leggi e consuetudini locali», ha spiegato Danilo Ariagno (sotto), responsabile formazione di Aiba. «Per esempio, le soluzioni perfette per il Brasile non vanno bene in India o in Giappone».



Risk management

«La visione di risk management, tipica delle grandi multinazionali, mi fa dire che nelle piccole imprese un broker è assolutamente necessario», ha detto Paolo Rubini, presidente di Anra.



Obiettivi condivisi

«Un piano di coperture assicurative internazionali si basa su network di broker, competenze tecniche, analisi dei mercati esteri. Però, bisogna partire dalla condivisione degli obiettivi», ha sostenuto l'avvocato Paolo Vinci.



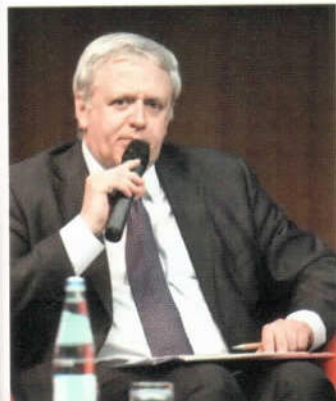
Rischi ridotti, premi ridotti

«Il broker deve convincere l'imprenditore ad analizzare i rischi», ha affermato Stefano Sala, amministratore delegato di Per. «Anche perché a rischio ridotto può corrispondere un premio meno caro».

sempre meno vantaggiosi. Si è parlato di un rapporto 100/170 polizza-sinistri, nel senso che per ogni 100 mila euro incassati, si contrapponeva un esborso di 170 mila. Le cause di questo fenomeno possono essere individuate non solo nell'incremento delle istanze risarcitorie, ma soprattutto nell'aumento del costo medio del sinistro. Circa 260 milioni è il totale dei danni provocati dagli errori medici; 48.000 euro l'entità media del risarcimento corrisposto ai soggetti danneggiati; 500 milioni l'importo complessivo pagato ogni anno dalle regioni per garantire le proprie strutture per la responsabilità civile dei propri dipendenti in campo sanitario, con inevitabili ripercussioni sui gravi bilanci degli enti pubblici. La copertura offerta oggi dalle compagnie è, pertanto, in alcuni casi solo parziale, considerata la frequente previsione di diverse franchigie. In sostanza il mondo assicurativo in tema di malasanità è in assoluto fermento, sotto la spada di Damocle di franchigie, rivalse, azioni della Corte dei conti. Tutto questo comporta che i premi devono essere superiori al costo dei sinistri, con il rischio di pronunce giudiziarie sempre più severe: si sta iniziando a profilare l'ipotesi di una responsabile gestione del sinistro all'interno del-

la struttura, con una sinergia autarchica. **Rubini.** Anche negli ospedali occorre fare analisi e prevenzione dei rischi. Ma non è semplice nel nostro Paese, i Paesi anglosassoni sono molto più avanti di noi. Il risk management fa molta fatica a fare cultura, a proporre la sua visione, specialmente se la sua *mission* non è condivisa dai vertici aziendali. Le difficoltà aumentano con le piccole e medie imprese che non sono strutturate, in cui spesso ogni attività, ogni decisione viene presa da una sola persona, l'imprenditore. Le Pmi non sono nemmeno aiutata dalle banche che, parlando di internazionalizzazione, scaricano su di loro il rischio Paese e il rischio di credito. Per cercare di risolvere questa serie di difficoltà occorrerebbe un *early involvement* del broker, che dovrebbe portare il suo contributo di consulenza fin dall'inizio del processo di risk management.

Bertagna. Forse però il problema è un altro: la percezione dell'imprenditore (come quella dell'italiano medio) è che le compagnie - ma anche gli intermediari, l'opinione pubblica - non facciano distinzioni, procedano per generalizzazioni, si preoccupino di incassare i premi e stop. Forse dovremmo fare autocritica, riconfigurare i rapporti con la clientela. L'assicurazione nasce dalla mutualità, ma questo principio si è perso. Qui siamo concentrati sulla crescita, sulle trimestrali. Oggi conta il risultato, non il cliente. È un errore che contribuisce ad allontanare il privato, la famiglia e l'imprenditore dalla cultura del rischio. Indipendentemente da programmi internazionali o da coperture locali, forse è il momento di tornare al focus di tutto il business, ai bisogni del cliente. Occorre tornare davvero a fare gli assicuratori. ■



Autocritica

«La percezione dell'imprenditore è che le compagnie (ma anche gli intermediari) si preoccupano di incassare premi e stop», ha ammesso Enrico Bertagna, rappresentante generale per l'Italia dei Lloyd's di Londra. «Per questo, forse dovremmo fare autocritica».