

## Linee Guida operative per l'affidamento di servizi assicurativi

Consultazione on line – marzo 2015

**Contributi pervenuti da:**

**Consip, Mutua Basis Assistance, Unipol Sai Assicurazioni, Uni Salute, Asstra, Mutua On Line, A.N.S.I., ACB, AIBA**

### 1. CONSIP

Premesso che questa Centrale di Committenza ritiene condizione imprescindibile individuare in modo puntuale i rischi oggetto di richiesta di copertura (così da essere in grado di trasferirli con modalità chiare e trasparenti ai potenziali concorrenti) ai fini della predisposizione di qualunque gara sul mercato assicurativo; appare evidente che ciascuna procedura debba contenere un data set di informazioni minime, già condivise per alcuni rami di rischio al Tavolo di lavoro.

Sarebbe, inoltre, auspicabile un sistema unico centralizzato per la raccolta dei predetti dati a cui abbiano accesso le stazioni appaltanti e le compagnie di assicurazione.

A tal fine, si potrebbe prevedere l'obbligo per le compagnie assicurative di inserire e/o aggiornare tempestivamente i dati così raccolti nel sistema unico centralizzato nonché l'obbligo per le stazioni appaltanti di utilizzare nelle proprie procedure i dati informativi in parola. Il tutto sotto la vigilanza di un Organismo Terzo, con potere sanzionatorio degli eventuali comportamenti difformi.

Di seguito alcune ulteriori osservazioni:

#### 1. Centralizzazione della domanda e suddivisioni in Lotti

In merito alla aggregazione della domanda va specificato che nel mercato assicurativo non si applicano le logiche delle economie di scala, anche a causa della “selezione avversa”, nota barriera all'entrata del mercato.

Ne consegue, a parere di questa Centrale di Committenza che, la stipula di Convenzioni ex art. 26 L. n. 488/1999, aperta a tutte le Pubbliche Amministrazioni, non sia strumento contrattuale utile ed efficace per la scelta del contraente di fornitura dei servizi assicurativi; infatti non potendo essere noto a priori il profilo di rischio delle singole Amministrazioni aderenti alla Convenzione, le Compagnie tenderebbero a non assumere il rischio poiché ignoto o si cautelerebbero offrendo premi elevati non convenienti per le Pubbliche Amministrazioni. Situazione analoga ci si troverebbe ad affrontare nel caso di Accordo Quadro.

Appaiono invece più consoni come strumenti per l'approvvigionamento di questo tipo di servizi:

- gare dove è possibile circoscrivere e definire a priori il rischio fornendo in modo puntuale l'andamento storico del rapporto sinistri/premi;
- sistemi dinamici di acquisizione o mercati elettronici che rappresentano strumenti flessibili in cui le singole Amministrazioni possono richiedere una quotazione in funzione del proprio profilo di rischio e delle proprie specifiche esigenze.

Solo nell'ipotesi in cui sia possibile aggregare rischi per loro natura omogenei e comunque per i quali si possano rendere disponibili tutte le necessarie informazioni, nell'ambito di un congruo dimensionamento, è possibile ottenere condizioni economiche favorevoli, o comunque commisurate al rischio oggetto di gara (nell'ambito di questa logica rientrano le gare su delega di Consip nell'ambito RCA o le gare con costituzione di SIR di alcune centrali di committenza regionali).

Per quanto riguarda la suddivisione in lotti questa Centrale di Committenza, nella consapevolezza del favor del legislatore comunitario e nazionale in merito, finalizzato alla massima partecipazione e dunque ad un ampliamento della concorrenza, ritiene necessario distinguere tra suddivisione in lotti dimensionali – ovvero all'interno di uno stesso ramo di rischio- ed una suddivisione in lotti merceologici- ovvero per rami di rischi diversi. A tal fine si ritiene che:

- la suddivisione in lotti dimensionali nel mercato assicurativo non rappresenti in se elemento che favorisce la concorrenza essendo tale mercato caratterizzato dalla presenza di Imprese assicurative medio grandi. Qualche criticità potrebbe emergere solo in caso di rischi particolarmente grandi o per alcune tipologie di coperture per le quali fosse necessario per le Compagnie coinvolte rivolgersi al mercato riassicurativo; ferma rimane comunque per le Compagnie la possibilità di far ricorso, ai fini della partecipazione alle procedure di gara, alle forme associative (Coassicurazione, etc.).

- la suddivisione in lotti merceologici può essere invece elemento di stimolo della concorrenza poiché nel mercato convivono Compagnie abilitate all'esercizio dell'attività assicurativa per tutti i rami di rischio e Compagnie specializzate nella copertura solo di alcuni di essi.

## 2. Informazioni per la gestione del rischio assicurativo

In merito ai dataset informativi minimi per il ramo Rc Auto e quello per l'Rc delle Strutture Sanitarie analizzati e condivisi dal tavolo di lavoro, si precisa per quanto riguarda il dataset dell'Rc Auto, che:

- al fine di rendere i sinistri oggetto di una corretta valutazione dell'esposizione di rischio, i dati devono essere forniti in funzione dell'anno di generazione, ma aggiornati (sinistri liquidati, riserve modificate, chiusure di sinistri senza seguito) all'ultima data disponibile più prossima alla pubblicazione del bando;

- è necessario definire i sinistri richiamati nel database in modo che non vi sia dubbio alcuno di attribuzione; “sinistri in convenzione card”: i) gestionali cioè con tutte le partite di danno risarcite per conto dell'impresa assicuratrice del veicolo civilmente responsabile del sinistro, ii) debitori e quindi con tutte le partite di danno risarcite da altre Imprese per conto dell'Impresa assicuratrice per i danni provocati dai propri assicurati iii) concorsuali e cioè che rientrano nell'ambito dell'applicazione della CARD con responsabilità condivisa tra Compagnia Gestionaria e Compagnia Debitrice), i “Sinistri non in convenzione card” ed i “sinistri misti”. Ovviamente in nessun caso lo stesso sinistro potrà essere attribuito a più di una delle tipologie precedentemente descritte.

- In merito alla necessità di fornire copia dei libretti di circolazione e degli attestati di rischio si evidenzia che per flotte particolarmente consistenti e per alcuni rischi coperti da riservatezza ciò non è applicabile sarà quindi necessario prevedere nel dataset di riferimento delle note a margine dove si specifichi la possibilità di deroga nei predetti casi.

- per quanto riguarda le coperture quotate a “Libro matricola” che possono prevedere più tipologie tariffarie (Bonus/Malus, franchigia fissa e assoluta, fissa, pejus..etc.) e che comprendono anche

garanzie ARD (Auto Rischi Diversi), l'Amministrazione dovrà rendere disponibile per ogni mezzo alcune informazioni essenziali (targa, marca modello, Data Immatricolazione, uso, alimentazione, Cv/KM/Q.li, Classe unica di riferimento al momento in cui viene indetta la gara e valore del mezzo nel caso in cui vengano richieste anche le coperture ARD).

Per quanto riguarda il dataset relativo alla Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie si rileva invece l'utilità di richiedere anche l'entità e la rivalutazione annuale dei sinistri riservati rispetto alla riserva accantonata nell'anno di accadimento del sinistro.

### 3. Offerta economicamente più vantaggiosa

Per quanto riguarda i criteri di aggiudicazione degli appalti, condiviso che per quanto riguarda la Responsabilità Civile Autoveicoli sono pochi gli elementi che potrebbero meritare l'attribuzione di punteggi tecnici, il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa può contribuire nell'ambito degli appalti per i servizi assicurativi:

- a premiare la disponibilità del mercato ad offrire condizioni migliorative rispetto a quelle comunemente disponibili. (es: massimali migliori, coperture aggiuntive/estensioni rispetto a quelle normalmente offerte dai principali operatori di mercato al medesimo premio);
- ad agevolare la competitività tra gli operatori.

Si ritiene però opportuno evidenziare che, condizione per una corretta valutazione di tali condizioni migliorative è che, in un settore così tecnico, non siano lasciate ad una valutazione discrezionale ma siano oggetto di attribuzione di un punteggio tabellare definito a priori, nelle sue componenti, dalla stazione appaltante.

### 4. La clausola di recesso, aggravamento del rischio e fatto noto

In merito alla clausola di recesso questa Centrale di Committenza non può che confermare la posizione già espressa nel tavolo di lavoro in cui si era già rappresentato il disfavore all'inserimento del c.d. recesso ad nutum a favore dell'assicuratore, confermando la contrarietà dello stesso alla causa tipica del contratto assicurativo (di natura aleatoria) ed il grave pregiudizio che un siffatto istituto arrecherebbe all'interesse pubblico.

Tuttavia, fermo quanto espresso, rilevato che per quanto emerso dal tavolo di lavoro per alcuni rami di rischio non è possibile addivenire all'aggiudicazione di contratti assicurativi senza la previsione di clausole contrattuali di recesso, si ritiene che sia necessario prevedere nell'ambito del rapporto contrattuale norme e/o istituti (proroga tecnica, tempi di preavviso ettc.) che, a fronte delle predette clausole, consentano alle stazioni appaltanti di mantenere le coperture assicurative in essere fino all'individuazione, nei termini e con le modalità di cui al D.Lgs. 163/06 e s.m.i., di un operatore economico in grado di soddisfare le esigenze della Stazione Appaltante.

In tale ottica, facendo riferimento alle clausole riportate Box3-“schema di clausole contrattuali disciplinanti l'aggravamento del rischio, la revisione dei prezzi e altre condizioni contrattuali nonché il possibile recesso dell'affidatario” si rileva con riferimento alla “clausola di recesso”, ferma la posizione di sfavore per la previsione, nell'ambito dell'Rc Auto, di tale istituto, i tempi previsti per l'esercizio della facoltà di recesso e della eventuale proroga del contratto in essere (90+30) sono ad avviso della

scrivente incompatibili con l'espletamento di una nuova procedura di gara ad evidenza pubblica e dunque con il reperimento di nuove coperture assicurative.

## **2. Società Generale di Mutuo Soccorso "Mutua Basis Assistance"**

Con l'obiettivo di fornire possibili contributi e spunti di riflessione in merito alla problematica - identificata dall'Autorità ANAC quale principale disfunzione nel meccanismo concernente l'affidamento dei servizi assicurativi - dell'"elevato numero di procedure deserte o aggiudicate sulla base di una unica offerta" (cfr. det. n.2 del 13.03.2013 e relativo Documento di lavoro AVCP), si riportano a seguire alcune osservazioni finalizzate a ridurre le distorsioni al corretto funzionamento dei meccanismi di gara, anche tutelando il primario interesse pubblico all'ampliamento della platea delle imprese partecipanti. In particolare, dall'esame di alcune procedure di gara in materia di coperture sanitarie, si sono rilevate alcune criticità che, almeno apparentemente, potrebbero violare il c.d. favor participationis. Si evidenziano infatti, bandi per l'affidamento di servizi di copertura sanitaria in cui vengono invitati a partecipare sia compagnie di assicurazioni che enti di sanità integrativa e assistenziale (Fondi, Società di Mutuo Soccorso e Casse di Assistenza Sanitaria); tuttavia, la documentazione di gara fa espressamente riferimento a requisiti soggettivi o economici di partecipazione che, per loro natura, appartengono unicamente alle Compagnie di Assicurazione. A titolo meramente esemplificativo, viene richiesto di certificare una raccolta di premi assicurativi nel ramo malattia, non considerando che le Casse, le Mutue o Fondi di Assistenza incassano "contributi economici per coperture sanitarie", i quali, pur rappresentando a tutti gli effetti il corrispettivo relativo alle prestazioni sanitarie coperte, non possono giuridicamente essere definiti "premi del ramo malattia"; ed ancora, vengono richiesti gli estremi dell'iscrizione all'IVASS (es. numero e data di iscrizione, autorizzazione all'esercizio del ramo specifico) non considerando che le Casse, Mutue e Fondi sono soggette a differenti disposizioni normative che ne regolamentano l'operato e l'inquadramento giuridico che, nel caso di specie, prevede l'iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari.

Tale incongruenza (fra la possibilità formale di partecipazione alla procedura di Gara e la sostanziale impossibilità di produrre le certificazioni / dichiarazioni richieste) potrebbe palesarsi quale potenziale violazione del principio di non discriminazione, vanificando, di fatto, la reale possibilità di partecipazione a tali soggetti, che pure potrebbero a pieno titolo soddisfare la domanda della pubblica amministrazione appaltante.

A mero titolo di esempio di tale incongruenza, è possibile citare il bando di gara pubblicato dall'Agenzia del Demanio in data 6 agosto 2013 (CIG 5277246928), per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria integrativa in favore del proprio personale. Il relativo disciplinare di gara, infatti, accanto alla richiesta di requisiti economico-finanziari propri delle società mutualistiche (ossia, "a) aver gestito nel periodo compreso tra agosto 2012 e agosto 2013, Piani sanitari analoghi a quello oggetto di appalto, ricevendo contributi ed assumendo la contraenza per un numero non inferiore a 3.000 assistiti; b) aver gestito nel periodo compreso tra agosto 2012 e agosto 2013, Piani sanitari analoghi a quello oggetto di appalto, ricevendo contributi per un importo non inferiore a € 1.200.000) richiedeva il possesso del requisito economico-finanziario consistente nell'aver: "raccolto, nel triennio compreso tra agosto 2010 e agosto 2013 premi nel ramo assicurativo Malattia, per un importo non inferiore complessivamente a € 1.500.000". Ed è chiaro che essendo il premio assicurativo la prestazione dovuta dal contraente assicurato al contraente assicuratore nell'ambito di un contratto di assicurazione, il descritto requisito

(se letteralmente inteso) non potrebbe mai essere soddisfatto dalle società aventi forma giuridica mutualistica.

Pertanto, essendo la gara de quo aperta ai soggetti aventi forma giuridica di Società di Mutuo Soccorso, le SMS ritenevano di poter interpretare il suddetto requisito economico-finanziario in senso “atecnico”, ossia prescindendo dalla qualifica formale del corrispettivo fatturato. In sostanza, dunque, il requisito del fatturato specifico veniva soddisfatto dalla SMS mediante l’indicazione di poste attive in bilancio aventi forma di “contributi” e non di “premi assicurativi”, sul presupposto che tali due tipologie di proventi fossero totalmente equipollenti dal punto di vista della garanzia di solvibilità in favore della stazione appaltante. Disattendendo tale interpretazione – che pure era l’unica ipotizzabile per l’ente partecipante – l’Agenzia del Demanio, pur riconoscendo che il bando poteva ritenersi oscuro ed equivoco, escludeva la SMS dalla procedura di gara.

Peraltro, la stessa autorità ANAC, in merito alla autonoma partecipazione a tali procedure da parte degli enti su indicati, in recenti pareri in merito all’affidamento di coperture sanitarie per il rimborso spese mediche, ha ritenuto “auspicabile che le stazioni appaltanti si determinino a scelte di ampliamento del mercato a soggetti diversi dalle imprese di assicurazione ricorrendo ad affidamenti di servizi di assistenza sanitaria integrativa cui le società in questione potrebbero partecipare anche in via autonoma”. Peraltro, l’istituzione dell’Anagrafe dei Fondi voluta dal Decreto Sacconi è manifestazione della volontà del legislatore di affidare a Mutue, Casse e Fondi la gestione dei servizi sanitari integrativi del SSN, ritenendoli i soggetti idonei allo svolgimento di tali attività e riconoscendo particolari agevolazioni fiscali esclusivamente in tale ambito.

Parimenti a quanto su specificato, ed in linea con il criterio sotteso al favor del legislatore per la suddivisione delle gare in lotti indicato nel Documento di Consultazione (pag. 4, lett. a), è auspicabile che nella costruzione dei criteri per la partecipazione ad una gara relativa alla copertura sanitaria, si tenga conto delle diverse specificità delle Casse, Mutue e Fondi, individuando criteri di selezione che non ne precludano a quest’ultima la partecipazione (e come indicato dal medesimo Documento di Consultazione anche a pag. 4, lett. b).

A completamento delle considerazioni su esposte, si riporta a seguire la formulazione, a titolo di mero esempio, dei requisiti di partecipazione soggettivi ed economici che tengano conto delle peculiarità dei diversi soggetti invitati a partecipare:

1. In merito alla situazione personale degli operatori, dove per le Compagnie di Assicurazione, è richiesta l’iscrizione nel registro delle imprese presso la competente CCIAA, nonché il possesso dell’autorizzazione dell’IVASS all’esercizio dei rami assicurativi per cui si chiede la partecipazione, per le Società Generali di Mutuo Soccorso, dovrebbe essere richiesta l’iscrizione nella sezione dell’Albo delle Società Cooperative di cui al D. Lgs. 2/8/2002 n. 120, oltre all’iscrizione all’Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al D.M. 27/10/2009 (quest’ultima, richiesta anche per le Casse di Assistenza Sanitaria e Fondi).

2. In merito alla Capacità economica e finanziaria, ove per le Compagnie di Assicurazione è richiesto “l’aver realizzato nell’ultimo triennio una raccolta totale premi assicurativi per ramo malattia, pari ad almeno [...] euro complessivi”, per le Società Generali di Mutuo Soccorso e per le Casse di Assistenza o Fondi, sarà richiesto “l’aver realizzato nell’ultimo triennio una raccolta totale di contributi per coperture sanitarie, pari ad almeno [...] euro complessivi”.

### 3. UNIPOL SAI ASSICURAZIONI SPA

Quale premessa di ordine generale, sia con riferimento alla parte descrittiva del Documento che con riferimento ai Box, si suggerisce di utilizzare la stessa terminologia, per coerenza e per evitare fraintendimenti. Ad esempio, segnaliamo che l'assicuratore viene alternativamente definito "fornitore", "affidatario" o aggiudicatario.

CENTRALIZZAZIONE DELLA DOMANDA (pag. 4 e ss). Pur concordando sui principi espressi da codesto Ente sull'utilità derivante dalle politiche di centralizzazione e dall'uso della SIR, riguardo quest'ultima si rileva che l'eccessivo allargamento dell'area di gestione diretta dei sinistri non rientranti in copertura, pur riflettendosi in termini di riduzione dei premi, comporterebbe per l'ente pubblico oneri organizzativi non indifferenti per la suddetta gestione, per la quale potrebbe poi doversi rivolgere a soggetti terzi con conseguente obbligo di pagamento del corrispettivo. Non va poi dimenticato che l'esercizio dell'attività assicurativa è riservata nel nostro ordinamento solo a soggetti qualificati muniti delle necessarie autorizzazioni ministeriali; potrebbe corrersi il rischio che un uso "spregiudicato" della SIR, come di altri eventuali istituti riconducibili alla c.d. autoassicurazione, determini una indiretta violazione dei limiti normativi e sottragga alle imprese assicurative attività rientranti nella loro esclusiva competenza.

Fermo quanto precisato a pag. 4 circa la necessità di non snaturare la funzione economico-sociale del contratto di assicurazione, si evidenzia l'opportunità che in relazione alla franchigia venga pattuito un valore comunque significativo, al fine di garantire una adeguata compartecipazione dell'assicurato alla gestione del rischio. Poiché i contratti possono cumulare importi complessivi di franchigie particolarmente elevati, è opportuno che il recupero delle stesse venga assistita da idonea garanzia (es. fideiussione, conto corrente vincolato).

#### INFORMAZIONI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO ASSICURATIVO (pag. 6 e ss)

Nell'ottica della necessaria e proficua interazione tra Amministrazione Contraente e assicuratore devono essere ricordati gli impegni a carico dell'Amministrazione Contraente di comunicare il dato relativo ai sinistri degli ultimi 3 anni.

Pur concordando sulla necessaria messa a disposizione alla stazione appaltante da parte dell'impresa assicuratrice dei dati relativi ai sinistri gestiti durante la vigenza del contratto, rileviamo che l'onere informativo non può essere esteso oltre quanto significativamente utile all'ente ed ai successivi concorrenti per potere valutare l'opportunità di partecipare alla gara e che comunque il sistema delle penali dovrebbe essere calibrato con attenzione per evitare che la previsione di penali eccessive o sproporzionate possa costituire un disincentivo alla partecipazione alla gara.

Sarebbe pertanto a nostro avviso opportuno che nell'individuazione dei dati da fornire l'ente si limiti solo a quelli essenziali e che, fermo restando la possibilità di prevedere l'obbligo di fornire anche dati non strettamente necessari ai fini della valutazione del rischio, in caso di mancato o ritardato rilascio degli stessi non vengano applicate le penali.

Con riguardo specifico al testo della clausola suggerito per regolare l'obbligo di invio delle informazioni sui sinistri, si rileva:

- I termini utilizzati per individuare i dati relativi ai sinistri da trasmettere non sono sempre interpretabili in maniera univoca per cui si richiede l'utilizzo di una terminologia più coerente (ad esempio, i sinistri "respinti" non è un termine tecnico il cui concetto rientra già nella definizione dei sinistri "senza seguito").
- Si ravvisa l'opportunità che il file contenente l'elenco dei dati oltre che in formato modificabile sia fornito in modalità non modificabile quale elenco ufficiale di riferimento
- Il rapporto sinistri a premi è un dato puramente interno di ciascuna compagnia, calcolabile correttamente con diverse metodologie che portano a diversi risultati non confrontabili fra di loro, e che può quindi variare in funzione dei vari parametri di riferimento. Non si ravvisa l'opportunità di renderne informato l'ente pubblico in quanto rischia di essere fuorviante, non rappresentativo in modo inequivocabile dell'andamento del rischio, e comunque non ha attinenza con le valutazioni tecniche necessarie per quantificare il premio di offerta
- Le penali dovrebbero essere previste solo per il mancato rispetto dell'obbligo informativo di cui al comma 1.
- Il comma 2 introduce un obbligo informativo il cui contenuto è rimesso alla pura volontà dell'ente. In ogni caso si tratterebbe di informazioni complementari per cui non si ravvisa l'opportunità di sottoporle a penali
- L'ultimo comma introduce indirettamente l'obbligo di fornire informazioni anche dopo la scadenza del contratto, prevedendo penali in caso di mancata ottemperanza, che non è disciplinato in precedenza. In ogni caso tale obbligo rischia di essere indeterminato in quanto non è indicato l'oggetto di tale obbligo e non è previsto alcun limite temporale

Nell'ottica di quanto sopra evidenziato, si suggeriscono pertanto le seguenti modifiche al testo di clausola proposto nel BOX 1 del Documento in consultazione.

"Art. ... Produzione di informazioni sui sinistri

1. 1. Entro tre mesi dalla scadenza del contratto, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 3, il Fornitore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto e di competenza dello stesso.. Tale elenco dovrà essere fornito sia in formato non modificabile quale elenco ufficiale di riferimento, sia in formato excel tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dal Fornitore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia al Fornitore;
- la tipologia dell'evento, specificando se ...;[non univoco, chiarire meglio]
- la tipologia di garanzia distinta per prestazioni ottenute come da specifiche del Capitolato; [non univoco, chiarire meglio]

- la tipologia di indennizzo (se indennizzo diretto o indiretto); [non univoco, chiarire meglio] - l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati: a) sinistro agli atti, senza seguito;

b) sinistro liquidato, in data \_\_\_\_\_ con liquidazione pari a €

c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a

2. Salvo quanto previsto al comma 1 del presente articolo ogni ulteriore informazione o dato richiesti dall'Amministrazione contraente, purché strettamente attinenti al contratto assicurativo, dovranno essere forniti secondo la tempistica e le modalità dalla stessa indicate c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a

3. In caso di mancato rispetto di quanto previsto nel comma 1 del presente articolo, il Fornitore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari al ...% del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo.

BOX 2. L'intera previsione del Box non risulta chiara, nè per quanto concerne la sua interpretazione letterale, nè per quanto concerne la sua finalità. In ogni caso, si richiede di eliminare il comma 2. , sovrapponendosi la relativa previsione a quanto già disciplinato nel box 1.

L'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIU' VANTAGGIOSA (pag. 9 e ss.)

BOX 3. Si chiede di sostituire "a raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termine di legge" con "in coassicurazione", termine corretto per prevedere questa fattispecie nell'ambito di un contratto di assicurazione.

A pag. 11, 9.riga, si segnala il probabile refuso laddove parlando di SIR si dice "specie nel settore RCAuto". Sempre a pag. 11 - come peraltro evidenziato da codesto Ente - si segnalano i rischi di deresponsabilizzazione dell'Ente assicurato derivanti dall'eventuale adozione di clausola che preveda la rinuncia offerta in relazione alla riduzione della somma dovuta dall'assicuratore nei termini dell'art. 1893, 2 comma c.c.

Tra pag. 11 e pag. 12, per evitare fraintendimenti di sorta , segnaliamo la necessità di eliminare del tutto il riferimento alla possibilità di consentire la gestione dei sinistri con professionisti scelti direttamente dalla stazione appaltante.

A pag. 12, riga 11, segnaliamo che non è corretto affermare che la pagina web rimane "di proprietà della stazione appaltante alla risoluzione del rapporto contrattuale". Si suggerisce di utilizzare la seguente indicazione "nella disponibilità della stazione appaltante sino alla chiusura di tutti i sinistri ivi pubblicati".

LA CLAUSOLA DI RECESSO, AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO E FATTO NOTO. Rileviamo che nel Documento non si fa riferimento alcuno al recesso per sinistro e al recesso in occasione della scadenza di ciascuna annualità assicurativa. Considerate le specificità del settore assicurativo (si pensi, ad esempio, alle problematiche concernenti la riassicurazione) e la necessità di

favorire la massima concorrenza, riteniamo che quanto meno la seconda tipologia di recesso debba essere prevista.

BOX 4 (viene erroneamente indicato il nr. 3)

Art. ...Variazione del rischio, al comma 2, si chiede di eliminare la frase "Le variazioni che devono (...) e sulle funzioni svolte", trattandosi di una casistica necessariamente aperta che non può essere tipizzata.--

Art.... Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali: al comma 1, si chiede di eliminare la parte iniziale "Per i contratti di durata pluriennale (...) produzione di informazioni sui sinistri", in quanto trattasi di una previsione che non tiene conto delle tipologie di tutti i contratti assicurativi interessati.

Per completare la previsione, si chiede di aggiungere un'ultima frase al termine del comma 1 "Qualora la trattativa non venga conclusa entro 30 giorni, l'Affidatario può comunque esercitare la facoltà di recesso nei termini di cui sopra".

Al comma 2, dopo "al netto dell'imposta governativa" si chiede di aggiungere " e del contributo al SSN quando previsto".

Nell'ottica di quanto detto sopra circa la specificità del settore assicurativo, si chiede di aggiungere un ultimo comma "4. Resta ferma la facoltà dell'Affidatario di recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni con riferimento a ciascuna scadenza contrattuale annuale".

BOX 5 (viene erroneamente indicato il nr. "4")

Art. ... Fatto noto

Al comma 1 si chiede di mantenere la parte sottolineata ("e avvenuti a partire da ..."): la previsione di una retroattività in relazione ai contratti claims made, infatti, favorirebbe di certo una maggiore partecipazione delle imprese assicurative alle gare.

Al comma 2 per maggiore chiarezza, si chiede di aggiungere "antecedentemente alla data di effetto del contratto" dopo "(...) una richiesta di risarcimento".

Si chiede di aggiungere un ultimo comma per fare chiarezza sulla problematica sinistri in serie. "4. Posto che per sinistro in serie si intende l'insieme di più sinistri imputabili ad una stessa causa prima, anche se coinvolgenti più persone in una o più annualità assicurativa, ovvero oggetto di più richieste di risarcimento, in caso di sinistro in serie la data del primo sinistro sarà considerata come data valida per tutte le richieste di risarcimento presentate successivamente

ALLEGATI

Allegato RCA

FOGLIO "DATI DISAGGREGATI – ANNO"

NATANTI

Indicare:

o Natanti per trasposto pubblico di persone con indicazione delle TSL e del numero passeggeri

o Altre tipologie (con specificazione delle relative caratteristiche)

#### MACCHINE OPERATRICI E CARRELLI

- Distinguerle dai Veicolo Speciali

- Disaggregarle tra

o Semoventi

o Trainate

#### RIMORCHI

- Non lasciare la descrizione generica ma distinguere per singola tipologia (rimorchi autovetture/autocarri/motocarri)

#### FOGLI “DATI AGGREGATI”

- In aggiunta ai dati aggregati è necessario avere anche il dato in forma di dettaglio per singolo sx (file Excell con elenco sx per singola targa).

- Colonna 1 – Denominazione del rischio: precisare significato

- Integrare le informazioni con il dato relativo alle franchigie recuperate e da recuperare

- Colonna 9 e 10 (ed equivalenti nelle altre tabelle relative alle diverse tipologie di sx): indicare n.ro e importo sx pagati TOTALI

- Aggiungere due colonne con n.ro e importo relativo al totale dei sx pagati

- Tabella sx CARD debitori: il dato relativo al costo dei sx è il solo forfait; la tabella va pertanto modificata ed adeguata alla tipologia del sx CARD Debitore

N.B. Per quanto attiene le polizza malattie le osservazioni saranno inviate direttamente dalla società Unisalute Spa del nostro Gruppo, in relazione alle esigenze ed alle particolarità di quel settore specifico.

#### **4. UNISALUTE SPA**

In relazione alla tipologia dei dati previsti nell'articolo “Produzione di informazioni su sinistri”, si osserva che, nell'ambito delle polizze di assicurazioni sanitarie, dovendo gestire dati sensibili riguardanti lo stato di salute degli assicurati occorre riflettere maggiormente sul livello di dettaglio delle informazioni che la Compagnia Assegnataria dovrebbe comunicare alla Stazione Appaltante (nella maggior parte dei casi trattasi di datore di lavoro dell'assicurato, Ente Associativo di categoria Professionale). I dati relativi ai sinistri “Malattia” espressi con il dettaglio indicato (es. data accadimento

e tipologia di prestazione sanitaria) potrebbero rivelare facilmente alla Stazione Appaltante/datore di lavoro l'identità dell'assicurato e il relativo stato di salute anche se il dato viene in origine fornito in forma anonima. Tale circostanza esporrebbe la Compagnia a rischi in relazione agli obblighi di riservatezza e protezione dei dati personali (Codice "privacy").

Si propone quindi di eliminare la data di accadimento dell'evento ad esclusiva tutela della privacy degli assicurati.

Inoltre, sempre in ragione della peculiarità del settore delle polizze "Ramo Malattia" e "Ramo Infortuni" si rileva che nell'ambito della gestione dei sinistri attraverso una propria rete di strutture convenzionate, le liquidazioni dei sinistri sono gestite mediante macroflussi, con pagamenti effettuati a frequenza variabili in base al contratto stipulato dalla Compagnia, con ciascuna singola struttura.

Conseguentemente un dato fornito, in base a tali modalità liquidative sarebbe poco indicativo, se non addirittura ininfluenza.

Si propone quindi di indicare per i sinistri in rete convenzionata, in sostituzione della data di liquidazione, la data di autorizzazione/erogazione della prestazione presso la struttura convenzionata che è quella realmente indicativa per questa tipologia di sinistri.

## **5. ASSTRA - Associazione Trasporti**

Oggetto: Osservazioni al documento di consultazione prodotto da ANAC sulla fornitura assicurativa nelle gare, in particolare nel ramo RCA.

Il documento di consultazione diramato da ANAC risponde largamente alle opinioni espresse dai vari componenti del Tavolo tecnico istituito dall'allora AVCP nel novembre del 2013 e, in particolare, dai rappresentanti di Asstra ivi presenti.

Manteniamo, tuttavia, alcune perplessità, peraltro ripetutamente espresse nel corso delle riunioni, in particolare:

- per quanto riguarda la RCA, l'aggregazione della domanda non porta economie di scale, anzi rende più difficile il piazzamento del rischio, considerato dalle compagnie "non gradito". Inoltre, aggregando le garanzie RCA delle aziende di trasporto pubblico locale, ad esempio, a livello regionale, tenuto conto che la tariffa RCA in questo settore viene calcolata "ad andamento", si rischia di perdere la rispondenza sinallagmatica dei singoli contratti fra premi e rischi garantiti;

- anche la suddivisione in lotti nella gara non giova alle garanzie RCA che, ove isolate dal contesto degli altri rami danno, ritenuti dal mercato più profittevoli, rischiano di non trovare copertura;

- l'aggiudicazione alle condizioni più vantaggiose, inoltre, nella RCA, garanzia standard e obbligatoria per entrambe le parti, non produce vantaggi significativi. Ad ogni modo, sul punto - facciamo riferimento ad una nostra scheda già prodotta nel corso dei suddetti lavori - dalla quale si evincono i campi nei quali, a nostro giudizio, è possibile utilmente avvalersi di questa procedura, a cominciare dall'art. 1932 c.c. che consente la derogabilità di molte norme sulle assicurazioni purché più favorevoli all'assicurato, a finire all'uso di scatole nere per il monitoraggio dei sinistri.

Su tutti gli altri punti trattati dal documento di consultazione e cioè:

- box delle reciproche informazioni di dati fra le parti in vista delle gare RCA;
- clausole di recesso e aggravamento del rischio;
- deroga all'art. 1911 cc in materia di coassicurazione, introducendo la solidarietà anziché la parziarietà del rapporto fra coassicuratori, ci troviamo perfettamente d'accordo e ci riconosciamo del tutto nel testo di consultazione elaborato da ANAC.

Ringraziamo per l'attenzione mostrata da codesta Autorità alla fornitura assicurativa, in particolare alle nostre posizioni sostenute sulle flotte di autobus delle nostre associate, il cui costo nel settore del trasporto pubblico locale risulta al terzo posto nelle acquisizioni, dopo i costi del gasolio e degli autobus.

Riteniamo, ove la determinazione di ANAC venga diramata sulla base dell'elaborato di consultazione, migliorerà senz'altro il servizio assicurativo delle APTL che diverrà sicuramente più conveniente alla luce della maggiore trasparenza introdotta dalla puntuale conoscenza di tutti i dati contrattuali e, in particolare, dei dati sui sinistri.

## **6. Società Generale di Mutuo Soccorso "Mutua On Line"**

La presente prende spunto da alcune considerazioni espresse nel Documento di Consultazione "Linee Guida Operative per l'affidamento di servizi assicurativi", in particolare in merito alle elevate professionalità richieste per la predisposizione dei bandi di gara d'appalto, specie nei settori in cui è necessario un know how specifico. Ci si riferisce ai bandi di gara relativi alle coperture sanitarie, dai quali si evince chiaramente che spesso non vi è la dovuta chiarezza fra istituti giuridici differenti, come si dirà qui a seguire.

Nelle gare pubbliche di cui sopra, spesso infatti, le stazioni appaltanti sembrano equiparare i "servizi sanitari integrativi" a quelli "assicurativi", richiedendo che essi vengano al contempo svolti da compagnie di assicurazioni e da enti assistenziali, al fine di poter ottenere il vantaggio degli sgravi fiscali di cui all'art. 51 TUIR.

Le modalità di partecipazione indicate da alcune stazioni appaltanti pongono in parità di posizione sia le compagnie di assicurazione che gli enti assistenziali (Società Generali di Mutuo Soccorso, Casse di Assistenza Sanitaria, Fondi), richiedendo ad ognuno di essi di attestare il possesso di requisiti economico/finanziari propri dell'altro; di fatto, tale modalità limita arbitrariamente la possibilità di partecipazione degli enti assistenziali la cui presenza rimane comunque imprescindibile per ottenere i benefici fiscali richiesti.

Da quanto sopra emerge la necessità di disciplinare in modo differente i bandi di gara, in primis chiarendo di quale tipo di copertura sanitaria intendano dotarsi; pertanto, è il caso di rilevare che, le gare attinenti a coperture di assistenza sanitaria integrativa, sarebbero di competenza degli enti non profit legittimati a fornire tali servizi e prestazioni in base alla legislazione italiana vigente: ci si riferisce a enti, casse, società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali ed iscritte all'anagrafe dei fondi e che destinino le proprie risorse in percentuale prefissata per coprire determinate fattispecie di prestazioni (es. prestazioni sanitaria a rilevanza sociale, cure odontoiatriche, etc.).

Di contro, se le gare sono rivolte a servizi di copertura sanitaria in generale, le stesse amministrazioni appaltanti prevedono una partecipazione paritetica tra enti non profit di assistenza collettiva - casse, sms, fondi etc. - e compagnie di assicurazione, tuttavia tralasciando l'approfondimento di alcuni aspetti formali che, nella sostanza si concretizzano come "impedimenti" alla partecipazione da parte degli enti non profit di cui sopra.

Alla luce di quanto su esposto, sarebbe senz'altro opportuno predisporre una documentazione di gara che non faccia espressamente riferimento soltanto a requisiti soggettivi o economici di partecipazione tipici delle Compagnie di Assicurazione (es. "premi assicurativi" o "ramo malattia"), ma tenga conto anche delle specificità appartenenti alle Casse e Società Generali di Mutuo Soccorso (es. "contributi incassati" o "coperture sanitarie"), o quanto meno, che faccia riferimento a criteri omogenei o generalizzati soddisfabili dalle diverse entità partecipanti.

## **7. A.N.S.I. Associazione Nazionale Sanità Integrativa**

Documento di consultazione – "Linee guida operative per l'affidamento di servizi assicurativi"; Osservazioni circa le seguenti tematiche: suddivisione della gara in lotti e modalità di aggregazione della domanda

La scrivente – Associazione Nazionale Sanità Integrativa ("ANSI") – è una Associazione senza fini di lucro costituita fra Casse, Fondi Sanitari e Società di Mutuo Soccorso ("SMS") che operano in Italia, con la funzione in particolare di tutelare un sistema mutualistico integrativo e complementare dell'assistenza sanitaria prevista dal sistema sanitario nazionale, nonché di rappresentare i soci, nei modi previsti dalla legge o dai relativi statuti o regolamenti, in organismi pubblici, enti od associazioni nazionali, internazionali o sopranazionali, nei quali la categoria abbia o possa avere interessi diretti od indiretti; [...].

A mezzo del documento di consultazione in oggetto, codesta Spett.le Autorità ha indetto presso i soggetti operanti nel settore assicurativo un apposito procedimento di consultazione al fine di perfezionare i Bandi-tipo per l'affidamento dei servizi assicurativi. Operando gli aderenti all'ANSI nell'ambito della sanità integrativa, appare opportuno intervenire nell'ambito del procedimento di consultazione in oggetto al fine di segnalare come i servizi di copertura sanitaria integrativi del servizio sanitario nazionale si collochino in posizione limitrofa a quella dei servizi oggetto della presente consultazione, essendo, al di là della diversa qualifica contrattuale, entrambi finalizzati alla copertura del rischio sanitario di soggetti pubblici e privati.

In particolare le società di mutuo soccorso (qui di seguito per brevità le "SMS"), che l'ANSI qui intende rappresentare, svolgono – oggi sempre di più – un importante ruolo nell'ambito dei servizi sanitari del complessivo sistema del welfare italiano ed intendono esternare, per mezzo della scrivente, (i) il proprio timore in relazione a un ulteriore restringimento del mercato accessibile per opera di un'eccessiva aggregazione dei servizi (come verrà in seguito meglio evidenziato), (ii) crescenti difficoltà ad accedere persino alle procedure competitive aventi ad oggetto servizi inequivocabilmente erogabili dalle SMS; ciò al fine di stimolare un similare intervento da parte di Codesta Spett.le Autorità sui servizi erogabili dalle SMS e più in generale in relazione al mercato delle Società di Mutuo Soccorso.

Prima di entrare nel merito delle osservazioni che si intendono portare all'attenzione di Codesta Spettabile Autorità, appare opportuno in via del tutto preliminare riportare alcune sintetiche informazioni relativamente alle SMS e al loro ruolo nell'ambito del nostro ordinamento.

Le Società di Mutuo Soccorso (“SMS”) - soggetti di diritto che hanno una radice storica assai risalente nel tempo – sono state oggetto di un rinnovato interesse del legislatore, manifestato con il recente Decreto Sviluppo bis, che evidenzia la ratio sottesa alla realizzazione della figura della SMS, con la specifica finalità di rinvigorirne l’istituto consentendo alle stesse un’azione più efficace in ambito socio-assistenziale nonché di disciplinarne il funzionamento. In particolare è stata individuata la sezione speciale nel registro delle imprese per la relativa Iscrizione (stabilendo criteri per l’adozione degli adempimenti pubblicitari), sono state ridefinite le attività di loro competenza (fra cui, in particolare, erogazione di trattamenti e prestazioni socio sanitarie nei casi di infortunio, malattia ed invalidità al lavoro, nonché in presenza di inabilità temporanea o permanente, erogazione di sussidi in caso di spese sanitarie).

Inoltre, l’articolo 10, comma 1, del D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (e successivamente l’articolo 9, comma 1, del D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229), modificando l’art. 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, ha espressamente attribuito alle SMS funzioni integrative di assistenza sanitaria, abilitando quindi tali soggetti a gestire appositi Fondi integrativi del sistema sanitario. E’ stato inoltre implementato il sistema di Vigilanza sull’operato delle SMS, attraverso la previsione di un duplice controllo operato dal Ministero dello Sviluppo Economico e dalle Associazioni nazionali di rappresentanza.

I modelli di revisione ed ispezione straordinaria per le SMS sono stati recentemente approvati dal Ministero dello Sviluppo Economico con D.M. del 30 ottobre 2014.

Le SMS sono infine soggette alla vigilanza da parte del Ministero della Salute per l’attività di istituzione e gestione dei fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale o dell’assessorato regionale al ramo se l’attività viene svolta a livello infra-regionale (cfr. art. 122 D.lgs. 31/03/1998 n. 112 e D.M. 31 marzo 2008).

In tale contesto, di chiara incentivazione legislativa, appare evidente che proprio le SMS potranno avere un ruolo sempre più determinante nello sviluppo di una delle manifestazioni più importanti del Welfare privato, ovvero quello della sanità integrativa.

Non a caso, le SMS risultano destinatarie di un favor legislativo dal momento che solo quando il rapporto contrattuale si instaura con una Società di Mutuo Soccorso (od altro Ente Assistenziale) possono applicarsi i benefici fiscali ex art. 51 DPR n. 917/1986.

Entrando nel merito del documento di consultazione in oggetto, fra i punti di maggior rilievo, si citano la “centralizzazione della domanda” e la “aggregazione della domanda”. Con riferimento all’aggregazione della domanda, proprio in ragione di quanto sopra premesso in merito al restringimento del mercato delle SMS, si ritiene opportuno evidenziare che la centralizzazione produce quale effetto l’indizione di procedimenti nel cui ambito vengono aggiudicati servizi di copertura di eterogenei rischi, “standardizzando l’offerente”, il quale dovrà essere in grado di poter fornire l’intero insieme dei servizi messi in gara.

Tuttavia, mentre le imprese di assicurazione possono offrire i propri servizi per ogni tipologia di rischio, le SMS possono offrire servizi esclusivamente nell’ambito di copertura sanitaria, omogenei ai servizi di copertura assicurativa nel ramo malattia, restando dunque esclusi dalla partecipazione alle gare “aggregative”, dove la copertura del rischio sanitario finirà conseguentemente per assumere la forma del servizio assicurativo propriamente detto.

A quanto sopra possono essere applicate le stesse considerazioni raggiunte da Codesta Spett.le Autorità relativamente alla necessità di tener conto “della possibile specializzazione produttiva per rami delle singole imprese di assicurazione (responsabilità civile, infortuni, malattia, tutela legale, cauzioni ecc.)”; dovendosi evitare poi che in ragione dell’aggregazione dei servizi si raggiungano soglie dimensionali di partecipazione “che possano rivelarsi proibitive per un numero consistente di concorrenti”.

Ciò premesso, dall’esame del documento di consultazione si ritiene di dovere segnalare i timori che un’eccessiva standardizzazione del mercato e delle procedure di gara possa restringere le “finestre di mercato” delle SMS, dovendosi aggiungere al riguardo le ulteriori considerazioni che seguono sulla inaccessibilità o quantomeno comprovata difficoltà di accedere persino alle gare indette proprio per i servizi riservati alla propria categoria di soggetti.

Difatti, i bandi di gara predisposti dalle pubbliche amministrazioni appaltanti risultano spesso incoerenti dal momento che, pur ammettendo la partecipazione alla gara in forma autonoma delle Società di Mutuo Soccorso, richiedono talvolta requisiti di partecipazione che (ove letteralmente intesi) risultano incompatibili con la loro natura giuridica, comportandone di conseguenza l’esclusione, frustrando gli intenti delle stesse amministrazioni e determinando incertezza delle norme applicabili e, conseguentemente, danno ai cittadini.

In altri termini, benchè tali bandi espressamente ammettano le SMS a partecipare alle gare - le quali, quindi, hanno pieno titolo a presentare propria offerta ed assumere la contraenza del servizio - talvolta i requisiti di partecipazione richiesti da detti bandi risultano non coerenti con la natura giuridica e le specificità proprie delle SMS.

In particolare, si segnala che, in diversi casi, i bandi pubblici richiedono che il fatturato maturato nello specifico settore oggetto della gara abbia forma giuridica di “premio assicurativo”. Pertanto, essendo gli incassi delle Mutue configurabili come “contributi” e non “premi assicurativi”, accade che le pubbliche amministrazioni, pur in assenza di una qualsiasi differenza sotto il profilo sostanziale tra i due tipi di fatturato, possano trovarsi costrette ad escludere le società di mutuo soccorso dalla procedura.

Alla luce di tutto quanto precede si chiede a Codesta Spett.le Autorità di volere valutare le osservazioni espresse dalla scrivente Associazione e di considerare il favor che accompagna la disciplina delle SMS anche nella regolamentazione delle procedure di gara afferenti ai servizi assicurativi, paventandosene un’eccessiva aggregazione.

## **8. ACB**

A seguito della pubblicazione, sul sito dell’Autorità Nazionale Anticorruzione, del Documento di consultazione, denominato “Linee guida per l’affidamento di servizi assicurativi”, la scrivente ACB nell’esaminare le questioni di cui al documento stesso, segnala:

- **La centralizzazione della domanda**

Posta l’applicazione del D.L. 66/2014 ai servizi assicurativi, preliminarmente è opportuno considerare l’assenza all’interno delle Amministrazione interessate di strutture ad hoc che ne consentano la piena attuazione. Inoltre, non vi sono indicazioni da parte di Consip circa i servizi assicurativi ed i relativi prezzi.

Oltre a quanto sopra, nel documento stesso, accanto al dibattito sulla centralizzazione e aggregazione della domanda negli acquisti, vengono trattate questioni che meriterebbero un autonomo approfondimento, quale la gestione dei sinistri in SIR.

Come più volte ribadito, “l’aggregazione degli acquisti dei servizi assicurativi” richiede necessariamente l’intervento di un soggetto qualificato qual è “il broker”, professionista in grado di gestire una molteplicità di rischi diversi per tipologia e territorialità.

Questo, infatti, utilizza metodologie e strumenti che permettono di acquisire tutte le informazioni relative tanto al rischio specifico che al mercato assicurativo di riferimento.

In questo modo è possibile presentare alla P.A. una visione aggiornata e dettagliata del mercato assicurativo, anche fornendo statistiche circa:

- la competitività dei mercati in relazione alla dimensione dei rischi proposti ed al livello di soluzione previste per franchigie, massimali, limiti di indennizzo, ecc.;
- quali sono le Compagnie più interessate a quotare rischi appartenenti ad uno specifico settore merceologico;
- una valutazione dell’andamento del ramo assicurativo per il quale si deve indire la gara;
- il trend di mercato rispetto ad un periodo precedente prefissato (ad esempio l’anno precedente, i sei mesi precedenti, il trimestre precedente);
- la potenziale criticità rappresentata da nuovi concorrenti che in assenza di adeguati requisiti specifici del settore assicurativo costituirebbero un’assoluta incertezza per solidità patrimoniale (e, quindi, per la liquidazione dei sinistri) e per una corretta gestione tecnico-amministrativa del rapporto con la P.A.

In assenza di professionalità qualificate, la standardizzazione può risolversi, anziché in un vantaggio per la P.A., in un decisivo svantaggio, quale ad esempio, la riduzione o la mancanza di offerte da parte del mercato assicurativo straniero, la difficoltà di aggregazione dei bisogni e delle relative offerte, etc.

- **Suddivisione in lotti**

Seppur d’accordo verso la predisposizione di Gare divise in più Lotti per tipologia di rischio da assicurare, ci preme evidenziare che tale suddivisione in lotti, da attuarsi, nell’ambito della centralizzazione e conseguente aggregazione della domanda di acquisto, debba necessariamente tener conto non solo della disomogeneità dei rischi da assicurare ma non di meno dei fabbisogni delle diverse Amministrazioni ricorrenti alla centrale di acquisto.

Infatti, la centralizzazione ed aggregazione della domanda nell’ambito assicurativo presenta non pochi ostacoli, come già evidenziato da Codesta Autorità nonché da Consip in fase di approfondimento della materia stessa, legati a fattori quali:

- condizioni tecniche di assicurazione da adottare fruibili dai diversi assicuratori ed in base alle disponibilità di risorse economiche degli stessi;
- requisiti da adottare per la selezione degli operatori: come superare il rischio di antiselezione?

- evitare che la suddivisione in lotti contemplici alcuni rischi non sostenibili dal mercato assicurativo e di conseguenza possa ridurre considerevolmente la platea dei possibili concorrenti.
- Il percorso logico tracciato da codesta AUTORITA' presenta quindi alcune criticità e pone quesiti che il documento non sembra risolvere operativamente; il che ci induce a ribadire la posizione già espressa in precedenza, ossia, che non è possibile individuare una soluzione valida in tutte le circostanze.
- **La previsione della clausola di Self Insured Retention - SIR**

Come sopra precisato, la valorizzazione del sistema della SIR, quale strumento idoneo a rendere più appetibile l'offerta assicurativa in sede di gara ed innescare un processo virtuoso di consapevolezza dei fattori di rischio da parte dell'Ente, prescinde dalla centralizzazione della domanda, avrebbe meritato una trattazione autonoma.

Infatti, senza voler entrare nella definizione dell'istituto stesso, ci preme evidenziare come l'incidenza delle franchigie, scoperti e delle SIR sul bilancio della Pubblica Amministrazione possa da un lato contenere il costo assicurativo della copertura stessa ma al contempo determinare una spesa "certa" per l'Amministrazione che, se non ponderata, potrebbe generare, addirittura, una copertura finanziaria. 3

Anche in questa occasione, appare indispensabile il coinvolgimento del Broker al fine di supportare l'Amministrazione nel corretto calcolo della SIR e nell'implementazione del processo di risk management in grado di tener conto delle specifiche esigenze delle singole Amministrazioni e del mercato assicurativo, col fine di garantire una corretta allocazione del rischio.

- **Set informativo – Informazioni per la gestione del rischio assicurativo**

Il documento appare esclusivamente incentrato sulla trattazione dei sinistri pregressi, senza approfondire tutte le altre informazioni necessarie ad una completa definizione e conoscenza del rischio da assicurare.

Nondimeno, il contenuto dei data set, per la raccolta dei dati pubblicati in allegato al documento di lavoro, dovrebbero contemplare ulteriori informazioni atte ad esaminare approfonditamente i rischi di cui trattasi quali ad esempio:

- Modulo Sanità: informazioni relative alle caratteristiche della struttura ospedaliera, la logistica dei reparti, le procedure di pronto-soccorso, le informazioni relative alle procedure di turnazione dei medici e degli infermieri, i processi di risk management implementati, altri dati di produzione quali il numero dei parti, ecc.; ne' vi sono tutti gli elementi relativi ai sinistri che consentano una adeguata verifica degli importi riservati e liquidati da parte dei precedenti

assicuratori (tipologia della lesione, dati anagrafici e lavorativi del danneggiato ed informazioni sugli eventuali eredi);

- Modulo RCA: i dati disaggregati ed elenco dei veicoli e dei sinistri corredato dalla targa del veicolo interessato al fine di consentire l'incrocio dei dati contenuti nel modulo con quelli contenuti nella banca dati nazionale consultabile da tutte le Compagnie.

Pertanto, è opportuno che la SA si avvalga di competenze specifiche (anche dei processi di Risk Management ove possibile) che gli consentano di raccogliere e analizzare detti elementi. Purtroppo, in tale ambito, le competenze proprie di una centrale di acquisto spesso non sono sufficienti a consentire un'adeguata rappresentazione del rischio.

Inoltre, per quanto riguarda la clausola proposta nel documento, relativamente alla cauzione definitiva, si nutrono perplessità in merito alla possibilità di un prolungamento della stessa garanzia oltre la scadenza contrattuale, proprio in virtù di quanto disposto dalla normativa vigente che prevede uno svincolo progressivo della cauzione in costanza di rapporto (art 113 comma 3 – dlgs 163/2006).

- **L'offerta economicamente più vantaggiosa**

Appare necessario, ancora una volta, un accurato studio per l'individuazione della quantità e qualità dei rischi da trasferire al mercato assicurativo.

Ciò premesso, vogliamo rimarcare l'impossibilità di predisporre degli "schemi contrattuali standard" – Capitolato di gara – per tipologie omogenee di rischio essendo le singole Amministrazioni interessate diverse tra di loro in ragione delle peculiarità, sinistrosità e ambito territoriale di competenza.

Viene, pertanto, proposto un modello al quale è possibile apportare, in sede di offerta, delle varianti adeguatamente ponderate.

Si possono individuare alcuni elementi costituenti le così dette varianti, ai fini della valutazione della qualità dell'offerta, quali ad esempio: i massimali in aggregato, l'efficacia retroattiva della garanzia, le franchigie/scoperti, i limiti di indennizzo/risarcimento, i termini entro i quali effettuare adempimenti gestionali (pagamento dei premi, trasmissione dati per eventuali regolazioni del premio, etc.), con una graduazione delle penalità di punteggio rispetto alla completa adesione al capitolato proposto secondo le necessità o il gradimento della stazione appaltante.

In tale ambito, ossia nella valutazione e definizione delle variazioni apportabili, la SA non potrà che essere supportata da un consulente esperto quale il Broker.

- **La clausola di recesso e di aggravamento del rischio**

Premesso che l'obiettivo generale che ci si pone nell'analizzare il documento di consultazione (ed ancor più con riferimento al presente capoverso) è quello di rafforzare il più possibile la concorrenza a beneficio della Pubblica Amministrazione, si ribadisce che – a fronte di una prassi assolutamente consolidata nel mercato assicurativo sia a livello nazionale che internazionale - una riduzione sostanziale del diritto ad esercitare la facoltà di recesso per sinistro, si ritiene ragionevolmente che possa portare ad

una riduzione dei potenziali interlocutori della Pubblica Amministrazione, soprattutto nel caso di appalti di durata poliennale, casistica estremamente frequente nell'ambito delle gare.

Nonostante quanto precede, come noto, in alcuni settori quali quello della RC Auto il recesso per sinistro è un elemento superato da larga parte del mercato in quanto la presenza di numerosi "contrassegni" emessi in applicazione di un medesimo contratto (caso dell'assicurazione delle flotte del TPL o dell'Igiene Urbana), presenta eccessive complessità operative laddove sia necessario provvedere al loro ritiro in concomitanza con il recesso dal contratto.

Il recesso per sinistro rappresenta certamente un evento sgradito ad entrambe le parti: se è certamente vero che l'Ente Pubblico ha interesse alla continuità di un servizio (purché esso venga erogato con modalità coerenti con quanto previsto in sede di programmazione dell'acquisto) è altrettanto vero che il premio di polizza rappresenta la fonte di ricavo dell'Assicuratore ed una perdita di ricavi non è certamente un evento auspicato dalla Compagnia. 5

Tale concetto viene ulteriormente rafforzato dalla presenza di costi specifici legati alla partecipazione alla procedura di gara (costo delle fidejussioni provvisorie e definitive, marche da bollo, C.I.G., costi di spedizione delle offerte, eventuale costo per la costituzione di un A.T.I., costi di pubblicità così come previsto dal D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito con Legge n. 221 del 2012 - cd. "Decreto Crescitabis" – costi di analisi e valutazione del rischio) che l'aggiudicatario ha sostenuto a monte della stipula della polizza e che ragionevolmente sperava di poter ammortizzare nel corso della vita del contratto stesso.

La facoltà bilaterale di recesso in caso di sinistro, la cui eventuale pattuizione nei rapporti contrattuali tra assicuratori e P.A. viene consegnata alla volontà delle parti e consentita dal Codice Civile (art 1325 e segg.), non si ritiene violi i principi del Codice degli Appalti che anzi – per quanto da esso non espressamente previsto (come nel caso di specie) - rimanda alle disposizioni del Codice Civile per tutto ciò che riguarda l'attività contrattuale (Art 2 Comma 4 D. Lgs. 163/2006).

Detta facoltà inoltre non discende né risulta assimilabile a quella consentita all'Assicuratore dall'art 1898 del Codice Civile nel caso in cui si verificano mutamenti (cioè nuove situazioni ovvero un mutamento sopravvenuto nello stato delle cose) degli elementi qualitativi che connotano la gravità del rischio che quindi, come giustamente osservato, non hanno attinenza con il fatto che il sinistro si sia verificato o meno nella sua concretezza.

E' pertanto evidente che definire il concetto di Aggravamento del Rischio risulta meno urgente laddove peraltro tale condizione difficilmente sarà applicabile agli Enti della Pubblica Amministrazione, la cui attività istituzionale non è tendenzialmente soggetta, per sua stessa natura, a mutamenti stabili ed imprevedibili o piuttosto andrà a regolamentare situazione del tutto marginali senza risolvere il problema originariamente posto. Addirittura il tentativo di definire contrattualmente questa fattispecie in alcuni casi potrebbe risultare fuorviante o strumentalizzabile dalle parti o ancora potenzialmente foriero di ulteriori complessità per la Pubblica Amministrazione stessa.

A tale proposito ci riferiamo al Contenuto del Box 3 che prevede che ...le variazioni che devono essere comunicate concernono mutamenti interni all'organizzazione dell'Amministrazione contraente, quali, ad esempio, variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del

rischio, delibere dell'Amministrazione contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte.

Una formulazione siffatta solleva dubbi in merito a:

- la definizione di mutamento interno all'organizzazione: l'accorpamento di uno o più settori all'interno di un Comune – quali ad esempio quello Finanziario e quello dei Tributi – sarebbe soggetto a comunicazione al pari della fusione di due o più servizi (ad esempio il “Verde Pubblico” e “l'Arredo Urbano”);
- la determinazione di una soglia di significatività del numero dei dipendenti: 3 dipendenti sono pochi in valore assoluto ma in un ente di 10 dipendenti costituiscono una variazione del 30% della forza lavoro;
- la distinzione tra cosa sia uno strumento di riduzione del rischio e cosa sia l'attività istituzionale: riasfaltare un tratto di strada all'interno del territorio comunale, ad esempio, è una competenza del Comune e contestualmente rappresenta un ottimo strumento di riduzione del rischio di responsabilità civile;
- definire quali delibere non impattano sulle competenze e le funzioni svolte atteso che le delibere di un Ente – salvo che non siano mere dichiarazioni di principio – hanno sempre un impatto (qualitativo o quantitativo) sulle competenze e le funzioni svolte.

Si aggiunge a quanto precede che alcuni dei principali elementi dimensionali del rischio (ad esempio il numero di dipendenti – rappresentato dalle retribuzioni erogate al personale - per la polizza di Responsabilità Civile o la consistenza del patrimonio immobiliare per la polizza Incendio) vengono già utilizzati come parametro variabile per la determinazione del premio al fine di mantenere un rapporto costante tra elementi dimensionali del rischio ed entità del premio.

Superare la previsione contrattuale del recesso per sinistro rappresenta comunque un obiettivo condivisibile il cui presupposto essenziale è quello di ridurre l'asimmetria informativa tra assicurato e assicuratore.

A tale proposito, come largamente discusso nel paragrafo che precede, è necessario fornire dati ed informazioni ulteriori rispetto a quelli contenuti nella statistica sinistri giacché rinunciare alla facoltà di recedere dal contratto in caso di sinistro è un elemento cui - a fronte di informazioni adeguate e sufficienti – è possibile per l'Assicuratore assegnare un peso economico di cui eventualmente la Stazione Appaltante può farsi carico in considerazione della natura del rischio e dell'entità del premio. Quest'ultima considerazione introduce comunque alcuni ulteriori temi, molti dei quali già toccati in precedenza, che desideriamo riproporre sinteticamente:

- un obbligo a rinunciare alla facoltà di recesso per sinistro da parte degli assicuratori può generare una discriminazione di fatto tra piccoli Assicurati (dotati cioè di minori disponibilità economiche e quindi non in grado di pagare per questo elemento del contratto) o più efficienti (che cioè non sono disposti ad accettare questa pattuizione in quanto ritengono che il maggiore premio non sia giustificato dal beneficio che ne deriva) e grandi Assicurati (dotati cioè di maggiori disponibilità economiche) o Assicurati meno efficienti (che hanno quindi una minore propensione a razionalizzare la spesa);

- in ambito assicurativo, la presenza di centrali di committenza nasconde in sé un rischio di antiselezione e/o di moral hazard con la possibile conseguenza che le condizioni praticabili dagli assicuratori diventerebbero quelle destinate ai peggiori assicurati penalizzando così quelli migliori e più attenti;
- la determinazione preliminare di tutti questi elementi (nonché in origine degli elementi essenziali per la corretta determinazione della esposizione al rischio da assicurare) e la verifica costante dell'equilibrio tra tutti questi elementi richiede la presenza di risorse professionali e specializzate.
- Ridotta l'asimmetria informativa tra assicurato ed assicuratore, la rinuncia alla facoltà di recesso diventa pertanto un elemento negoziabile nell'ambito di una procedura di acquisto (cioè eventualmente una variante nell'ambito di una procedura di gara pubblica) a cui – tramite l'assegnazione di punteggi – l'Assicurato/Stazione Appaltante potrà assegnare un peso adeguato ai suoi reali bisogni.

Parrebbe pertanto auspicabile, oltre che individuare degli oggettivi limiti di non rescindibilità del contratto e, per tale via, tipizzare i casi in cui l'Assicuratore può recedere, inserire dei termini minimi di c.d. "preavviso di recesso" (ad esempio 6 mesi), tali da consentire alla SA di aggiudicare indire una nuova procedura di gara.

In alternativa, in caso di recesso si potrebbe imporre all'assicuratore l'obbligo di mantenimento degli obblighi contrattuali fino alla nuova aggiudicazione; nuova aggiudicazione che, chiaramente, seppur incerta, dovrebbe però intervenire in un determinato lasso temporale.

La proposta tipizzazione potrebbe poi formare anch'essa oggetto di valutazione, premiando con una scala decrescente di punteggio offerte di quotazione del rischio assicurativo nelle quali l'Assicuratore rinunci totalmente e/o via via sempre più parzialmente ad esercitare il diritto di recesso.

Accanto al concetto di aggravamento del rischio viene trattato il tema dei c.d. fatti noti.

A tale proposito appare utile ribadire che le fattispecie di aggravamento del rischio e di fatto noto vanno ricondotte ad articoli differenti del Codice Civile (rispettivamente all'art 1898 c.c. la prima e ed agli artt. 1892, 1893 la seconda) e quindi richiedono una trattazione distinta come già rappresentato nella nostra del 10 giugno 2014.

La nozione di fatto noto o di circostanza nota, oltre ad avere rilevanza ai fini della applicabilità degli artt. 1892 e 1893 c.c., assume rilievo per le polizze claims made (tipiche dell'assicurazione dei rischi di responsabilità civile del mondo della sanità), polizze cioè che operano per tutti i fatti già accaduti prima della decorrenza del contratto assicurativo ma non noti all'Amministrazione (cioè all'Assicurato) all'atto della stipula.

Questa struttura contrattuale pone il problema della fissazione del periodo di validità retroattiva della copertura (di circoscrivere cioè l'estensione temporale della garanzia ai danni verificatisi in un

determinato periodo temporale antecedente alla stipula del contratto assicurativo) che l'autorità suggerisce di eliminare (di adottare quindi un meccanismo di c.d. claims made puro).

Storicamente la scelta del modello in claims made basis ha lo scopo preciso di ridurre l'incidenza degli eventi accaduti ma non ancora tramutatisi in sinistro sul bilancio delle Compagnie di Assicurazione (problema particolarmente sentito nel mondo dei rischi di lunga durata o long tail) dando a quest'ultimo una base di maggiore certezza.

L'allungamento progressivo della retroattività (ed in definitiva la sua eliminazione) finirebbe quindi per creare una sorta di copertura in loss occurrence alla rovescia che certamente porrebbe non indifferenti problemi al mercato assicurativo che ha già dimostrato in precedenza – complice anche una frequente carenza di informazioni – l'incapacità di effettuare un'adeguata valutazione del rischio (come testimonia l'andamento del settore).

Preso atto che per questa tipologia di contratti e nel settore sanitario in particolare non esiste un obbligo di assicurazione a carico della Compagnie e che quelle che accettano di esercitare questo particolare tipo di assicurazione lo fanno in totale libertà di scelta imprenditoriale, proporre alle Compagnie di Assicurazione dei termini che non possono essere recepiti, non favorisce l'incontro tra domanda ed offerta che è alla base del mercato.

Tutto ciò premesso la clausola contenuta all'interno del Box 4 tende a mescolare diversi concetti quali sinistro, richiesta di risarcimento e fatto noto. Nella polizza claims made il sinistro è rappresentato dalla richiesta di risarcimento e non dall'evento (quest'ultimo infatti costituisce il sinistro delle polizze loss occurrence).

L'affermazione secondo cui l'assicurazione non copre i sinistri per i quali è già stata effettuata una richiesta di risarcimento (punto n° 2) non risulta pertanto idonea a produrre effetti in una polizza così strutturata. Da approfondire inoltre il contributo che possa apportare il punto n° 3 della medesima clausola (L'assicurazione non copre, altresì, i sinistri per i quali l'Amministrazione contraente ha ricevuto comunicazione formale del fatto, prima della pubblicazione del bando e non sono stati oggetto di comunicazione nello stesso, e quelli per i quali la comunicazione formale è avvenuta tra il bando e la sottoscrizione del contratto e non sono stati comunicati all'aggiudicatario prima della stipula).

I sinistri, cioè le richieste di risarcimento ricevute prima della stipula del contratto, non possono essere comunque oggetto di copertura in quanto sfordite del requisito della aleatorietà, elemento essenziale del contratto assicurativo e la cui mancanza determina la nullità del contratto medesimo. Il concetto di sinistro si concilia solo astrattamente (solo per quanto attiene cioè alla correttezza ed adeguatezza delle informazioni in possesso dell'assicuratore per la valutazione del rischio) con il concetto di fatto noto ai fini dell'applicabilità degli artt. 1892 e 1893 c.c. (ossia, per così dire, di un fatto ovvero di un comportamento tenuto prima della stipula del contratto - già noto all'Assicurato - e di cui quest'ultimo conosce l'illiceità o l'idoneità a produrre un danno assicurato).

Data la complessità della struttura organizzativa (molteplici punti di ingresso delle richieste di risarcimento e delle comunicazioni) e delle procedure cui è soggetta anche per questioni legislative (es:

sistemi obbligatori di incident reporting quale il protocollo di monitoraggio degli Eventi Sentinella cui sono obbligate le Regioni) delle Aziende Sanitarie, rileverebbe piuttosto stabilire quando il fatto si intende noto all'Assicurato giacché è di tutta evidenza non ci si può limitare a far coincidere il fatto noto con il sinistro laddove quest'ultimo sia definito come la richiesta di risarcimento.

E sarebbe ancora più utile, in tale ottica, definire quale tipo di atto, eventualmente ricevuto, determina per l'assicurato la notorietà del fatto: (es., in procedimenti contabili: atto di messa in mora dell'ente di appartenenza e/o avviso d'indagine MEF; in procedimenti penali: avviso d'identificazione con elezione domicilio). A monte di questi casi, che devono valere come esempio, sarebbe escluso il fatto noto, con tutti i suoi effetti.

In conclusione pertanto come, da un lato, grava sull'assicurando/assicurato il dovere di cooperare con l'assicuratore nella raccolta delle informazioni necessarie per valutare e classificare il rischio, dall'altro, grava sull'assicuratore il dovere di comportarsi con pari lealtà e correttezza nella interpretazione ed applicazione delle condizioni contrattuali.

E qui è il caso di rammentare che questa è la funzione vitale del broker/consulente della Pubblica Amministrazione la cui attività professionale è in grado di supportare il proprio Cliente nella scelta delle migliori condizioni praticabili dagli Assicuratori in relazione alle sue effettive disponibilità e bisogni (da tradurre poi all'interno del Capitolato di Appalto), contribuendo altresì alla costruzione di un set informativo adeguato a rappresentare il rischio da trasferire.

## **9. AIBA**



## **Contributo AIBA alla pubblica consultazione ANAC**

A seguito della pubblicazione, sul sito dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, del Documento di consultazione, denominato "Linee guida per l'affidamento di servizi assicurativi", la scrivente AIBA nel richiamare la propria attiva partecipazione al tavolo di lavoro, ricorda le questioni sulle quali la discussione ha avuto più ampio svolgimento.

I temi principali sui quali l'Autorità ha ritenuto di elaborare le proprie linee guida riguardano:

- l'individuazione del set di informazioni minime necessarie al fine di poter formulare un'offerta appropriata;
- la formulazione di clausole-tipo per la gestione del recesso contrattuale finalizzate a fornire adeguate garanzie ad entrambe le parti;
- la valutazione dell'opportunità di utilizzare sistemi di affidamento più flessibili quali, ad esempio, l'offerta economicamente più vantaggiosa, che permetta ai concorrenti di proporre alternative su aspetti rilevanti del servizio;
- la valutazione degli strumenti che possano favorire una maggiore partecipazione alle gare, anche in relazione alla suddivisione in lotti e all'aggregazione/centralizzazione delle procedure;
- l'elaborazione di indicazioni in ordine ai requisiti di partecipazione da prevedere nella documentazione di gara, con particolare riferimento ai *rating*, agli indici di solvibilità e ad altri indicatori di bilancio delle imprese;
- la valutazione dei sistemi di remunerazione dei broker assicurativi e della possibilità da parte degli stessi di anticipare il premio per conto della stazione appaltante.

In relazione ai suddetti punti l'AIBA ha collaborato attivamente mediante produzione di documenti: dispiace dover constatare che della lunga attività spesa non resti un significativo riscontro nel documento in pubblica consultazione, ad iniziare dalla sequenza degli argomenti trattati, anche in ordine alla loro importanza.

Il documento depositato da Anac appare generico e poco efficace, anche in relazione alle specifiche clausole di cui si propone l'introduzione senza un adeguato onere motivazionale.

In secondo luogo si rileva come nel documento siano trattate congiuntamente questioni dotate di piena autonomia concettuale che avrebbero richiesto un maggior grado di approfondimento in considerazione dell'importanza dei temi.

Tra tutti si indica, a titolo esemplificativo la questione della SIR che viene trattata congiuntamente alle questioni della centralizzazione della domanda ma che, in ragione della piena autonomia concettuale e della rilevanza economica del fenomeno, avrebbe richiesto una più diffusa trattazione.

Per quanto riguarda la questione della centralizzazione degli acquisti, pur dando per acquisita l'applicazione del D.L. 66/2014 ai servizi assicurativi, occorre considerare l'assenza, nei vari siti di interesse, di riferimenti che consentano di applicare le richiamate norme ai servizi in esame. Nell'elenco delle convenzioni Consip manca qualunque indicazione relativa ai prezzi dei servizi assicurativi.

Del resto la centralizzazione e la standardizzazione dei servizi assicurativi presuppongono inevitabilmente l'intervento del broker, essendo difficilmente immaginabile che un soggetto aggregatore possa gestire in modo efficiente diversi rischi, molto connessi alla tipicità territoriale e, dunque, difficilmente standardizzabili.

In assenza di professionalità qualificate la standardizzazione può risolversi, anziché in un vantaggio per la P.A., in un decisivo svantaggio, quale ad esempio, la riduzione o la mancanza di offerte da parte del mercato assicurativo straniero, la difficoltà di aggregazione dei bisogni e delle relative offerte, etc.

Il Documento si sofferma poi sulla criticità dell'aggiudicazione di servizi assicurativi, con particolare riferimento al settore RC Auto ed RCT/RCO in ambito sanitario, considerati i due settori più problematici tra quelli oggetto di domanda pubblica.

Pur condividendo con codesta spett.le Autorità la rilevanza che viene attribuita ai suddetti rischi, occorre sottolineare che la difficoltà di aggiudicazione dei servizi assicurativi si estende anche ai rischi di RCT/RCO degli Enti Locali e Territoriali nonché alla copertura dei danni riferibili alla proprietà (le cosiddette polizze All Risks Property), a causa della recrudescenza degli eventi catastrofici ed atmosferici che hanno caratterizzato le ultime stagioni e che hanno fortemente penalizzato la domanda, causando sia una sensibile diminuzione o addirittura carenza di specifica copertura, sia un aumento dei costi assicurativi. Soprattutto le polizze RCT/RCO di Comuni e di Province, per esigenze di contenimento dei costi a causa di elevate frequenze di eventi dannosi, sono oramai sempre più frequentemente oggetto di aggiudicazione con l'adozione di S.I.R., cioè con l'individuazione di quote di rischio gestito in autoritenzione dagli Enti.

Per attuare una puntuale indagine del mercato, il Broker utilizza metodologie strumentali che permettono di acquisire tutte le informazioni relative alle gare dallo stesso effettuate; grazie al continuo e costante monitoraggio delle informazioni raccolte, il Broker è in grado di fornire informazioni chiave ai propri Clienti, in relazione all'andamento del mercato assicurativo di uno specifico settore.

Con queste metodologie il Broker è in grado di fornire alla P.A. che bandisce la gara lo specifico posizionamento rispetto alla media del proprio mercato di riferimento, la verifica della congruità dei limiti di indennizzo (rischi della proprietà) o di risarcimento (rischi di responsabilità), nonché le franchigie praticate, affinché tutte le soluzioni adottate siano in linea con quelle generalmente in essere rispetto alla media di mercato in relazione alle specifiche tipologie di copertura.

In questo modo è possibile presentare alla P.A. una visione aggiornata e dettagliata del mercato assicurativo, anche fornendo statistiche circa:

- la competitività dei mercati in relazione alla dimensione dei rischi proposti ed al livello di soluzione previste per franchigie, massimali, limiti di indennizzo, ecc.;
- quali sono le Compagnie più interessate a quotare rischi appartenenti ad uno specifico settore merceologico;
- una valutazione dell'andamento del ramo assicurativo per il quale si deve indire la gara;
- il *trend* di mercato rispetto ad un periodo precedente prefissato (ad esempio l'anno precedente, i sei mesi precedenti, il trimestre precedente);
- la potenziale criticità rappresentata da nuovi concorrenti che in assenza di adeguati requisiti specifici del settore assicurativo costituirebbero un'assoluta incertezza per solidità patrimoniale (e, quindi, per la liquidazione dei sinistri) e per una corretta gestione tecnico-amministrativa del rapporto con la P.A.

Anche in considerazione delle importanti finalità perseguite occorre evidenziare una certa carenza del Documento posto in pubblica consultazione, il quale non sembra tener conto della necessità di dotare l'Ente di professionalità che possano supplire alle carenze informative della Pubblica Amministrazione.

### **Ampliamento della concorrenza nelle selezioni assicurative**

Nel Documento di Consultazione predisposto da Codesta Autorità si tratta di diffuse criticità nell'aggiudicazione di servizi assicurativi, con particolare riferimento al settore RC Auto ed RCT/RCO in ambito sanitario, considerati i due settori più problematici tra quelli oggetto di domanda pubblica.

Come si diceva, i settori sensibili sotto il profilo assicurativo non coincidono con questi due settori ma riguardano anche la RCT/RCO degli Enti Locali e Territoriali ed al settore assicurativo rivolto a coprire i rischi contro i danni alla proprietà.

### **Suddivisione in lotti**

Il Documento orienta le stazioni appaltanti verso la predisposizione di Gare che si articolino in più Lotti (pagg. 3 e segg.) basati sulla tipologia di rischio da assicurare (ovvero sulla base del **ramo di rischio** – cfr. classificazione ministeriale – da assicurare).

A fronte di ciò, confermiamo che la specializzazione degli assicuratori in alcuni specifici rami di rischio (ad esempio la Tutela Legale) consente in teoria, nell'ambito di una gara aggiudicabile a lotti separati, non solo una più ampia partecipazione, ma altresì permette di ottenere le migliori condizioni sia da parte di coloro che operano solo in un settore assicurativo, sia da altri operatori che, per strategie aziendali, non sono più disponibili a sottoscrivere alcuni rami che storicamente costituivano invece un consolidato bacino di raccolta premi.

Tuttavia lo stesso Documento non nasconde che la valutazione dell'opportunità di aggregare o scorporare le procedure di gara e i lotti, richiede una specifica conoscenza del mercato assicurativo, addirittura nei singoli settori di rischio.

La considerazione sopra esposta, coniugata con l'affermazione della necessità per la P.A. di ricorrere alle centrali di acquisto anche nei servizi assicurativi, come è evidente, sposta il focus dalla **Centralizzazione** della domanda (ossia il ricorso a procedure di gara unificate per quanto possibile e quindi in teoria meno costose) alla **Aggregazione** della domanda nei confronti della quale codesta Autorità però in precedenza ha messo in rilievo delle perplessità (ed a tale proposito si veda il commento di cui a pag. 2 sesto paragrafo).

Centralizzare l'acquisto di coperture omogenee per ramo di rischio ma disomogenee per rischio da assicurare (in quanto il rischio è il risultato di una equazione che contempla numerose variabili) aggregandoli in lotti cela in se numerosi ostacoli riconducibili ad alcune macro-classi:

- quale condizioni di assicurazione adottare (posizionarsi su un livello maggiore o minore di garanzie in considerazione delle disomogeneità tra assicurati e della diversa disponibilità di risorse economiche degli assicurati stessi);
- quali requisiti adottare per la selezione degli operatori (cfr. pag. 3 - terzo paragrafo) in considerazione del fatto che molti rischi di *piccole* dimensioni (ad esempio la Tutela Legale) possono costituire un *unicum* di *grandi* dimensioni a fronte del quale richiedere un livello di patrimonializzazione dell'operatore che eccede quello degli operatori *specialistici* (dotati di maggiori competenze tecniche) per loro natura di dimensioni *minori* rispetto ai grandi assicuratori *generalisti* (ma dotati di minori competenze tecniche);
- come superare il rischio di **antiselezione** dei rischi e di **moral hazard** degli assicurati ed evitare così che gli assicurati più virtuosi siano penalizzati da quelli meno virtuosi;
- come evitare che la suddivisione in lotti concentri i rischi a livelli non sostenibili dal mercato assicurativo con la conseguenza che non vi siano assicuratori disponibili ad assumerlo o che vengano ridotti i requisiti di affidabilità degli operatori per ampliare a sufficienza la platea dei potenziali interlocutori.

I punti sopra esposti possono – a livello teorico – portare a delle ipotesi di fallimento del mercato (ossia di mancato incontro tra domanda ed offerta) fatto che si desidera scongiurare: il risultato di un percorso che si propone di rendere virtuosi gli acquisti della P.A. potrebbe essere quello di incorrere nella dicotomia tra “meno mercato” o “meno garanzie” (cfr. tabella sotto riportata).

Allo stato attuale quanto prospettato da codesta Autorità potrebbe risultare praticabile per alcune tipologie di rischi a bassa complessità (rinvenibili eccezionalmente in ambito pubblico) anche se l'esperienza professionale accumulata insegna che anche soggetti assimilabili per caratteristiche istituzionali ancorché collocati in aree omogenee, possono essere esposti a rischi diversi (basti pensare ad esempio come il rischio di alluvione possa mutare per quei Comuni di una stessa Provincia che siano lambiti da un fiume rispetto ad altri che ne siano distanti).

<b>STANDARDIZZABILITA' DEI BISOGNI TRA PIU' ASSICURATI (BISOGNO DELLA CENTRALE DI ACQUISTO PER LA SUDDIVISIONE IN LOTTI / RAMO DI RISCHIO<sup>1</sup>)</b>			
<b>ESPOSIZIONE AL RISCHIO / COMPLESSITA' DEL RISCHIO DA ASSICURARE (BISOGNI DEGLI ASSICURATI)</b>	<b>AREA DEI GRANDI RISCHI "SPECIFICI":</b> Area popolata da una ristretta cerchia di assicurati per i quali non è possibile / o non ha economicamente senso ricorrere alla centralizzazione dei processi di acquisto.	<b>FALLIMENTO DEL MERCATO:</b> Questa Area presenta una eccessiva concentrazione di rischio tra una molteplicità di soggetti con esigenze molto diverse. Il risultato è una riduzione dell' <i>esposizione</i> offerta da parte del mercato assicurativo o di una riduzione delle proprie richieste da parte degli assicurati.	<b>ALTA</b>
	<b>FALLIMENTO DEL MERCATO:</b> Area della ritenzione del rischio (in quanto non si ravvisa l'esigenza di ricorrere al trasferimento assicurativo) o della assenza di assicuratori a causa dell'impossibilità di corrispondere alla domanda a costi sostenibili.	<b>AREA DEI RISCHI PER I QUALI HA SUCCESSO UN ACQUISTO CENTRALIZZATO RICORRENDO AD UNA GARA SUDDIVISA IN LOTTI PER RAMO DI RISCHIO:</b> Il mercato assicurativo risponde adeguatamente con una offerta molto standardizzata ad una domanda che presenta un basso livello di complessità.	<b>BASSA</b>
	<b>BASSA</b>	<b>ALTA</b>	

Il percorso logico tracciato da codesta Autorità presenta quindi alcune criticità e pone quesiti che il Documento non sembra risolvere operativamente il che ci induce a ribadire la posizione già espressa in precedenza che cioè non è possibile individuare una soluzione valida in tutte le circostanze.

#### **La previsione della clausola di Self Insured Retention - SIR**

Proseguendo nell'analisi del Documento di consultazione rileviamo che nell'ambito delle argomentazioni a favore della "centralizzazione della domanda" viene presa in esame la clausola di Self Insured Retention che, a nostro avviso, avrebbe meritato una trattazione a sé stante.

La valorizzazione del sistema della SIR quale strumento idoneo a rendere più appetibile l'offerta assicurativa in sede di gara ed innescare un processo virtuoso di consapevolezza dei fattori di rischio da parte dell'Ente prescinde dalla centralizzazione della domanda.

Infatti la SIR non rappresenta l'elemento determinante della centralizzazione della domanda, essendo una situazione tipizzante ogni singolo andamento tecnico dell'Ente aggregatario. Inoltre riteniamo opportuno evidenziare che tale procedura non riguarda esclusivamente l'ambito della R.C. sanitaria, ma anche quello degli Enti Territoriali e Locali.

Come questa Associazione ha già avuto modo di rappresentare la fattispecie descritta dal Documento di Consultazione è solo una delle due opzioni disponibili.

<sup>1</sup> Definito da ANAC come "tipologia del rischio da assicurare" pag. 4 lett. b)

In funzione delle specifiche capacità organizzativa dell'Ente occorre infatti prevedere nei capitoli tipo due diverse modalità:

- la prima la c.d. SIR assistita (tecnicamente sarebbe la franchigia opponibile), che prevede la gestione del sinistro nel limite della soglia di auto ritenzione in capo all'assicuratore, mentre la liquidazione della quota viene direttamente assolta dall'Ente;
- la seconda SIR., cd. SIR tradizionale, descritta nel predetto documento, la quale prevede che anche la gestione del sinistro in auto ritenzione sia direttamente effettuata dall'Ente.

Inoltre, in relazione a quanto già espresso, una scelta non ponderata della SIR, come della franchigia, potrebbe portare a limitare la partecipazione al solo mercato estero o al solo mercato italiano.

Da non sottovalutare, infine, l'incidenza delle franchigie, scoperti e delle SIR sul bilancio della Pubblica Amministrazione: se, invero, l'utilizzo di franchigie, scoperti e SIR mitiga il costo della copertura, al contempo implica anch'esso un sicuro esborso da parte dell'Amministrazione contraente che, se non considerato adeguatamente nella sua incidenza economica, può causare un nocimento e, conseguentemente, esporre l'Amministrazione a scoperture finanziarie. Tale affermazione assume maggiore rilievo se riferita a quelle tipologie di rischi che generano sinistri con tempi lunghi di definizione; un'attenta gestione delle pubbliche finanze dovrebbe portare ad una revisione costante della riserva apposta, ovvero all'adozione di principi contabili privatistici, tipici delle imprese assicuratrici per una corretta stima della parte di rischio conservata a carico della Pubblica Amministrazione.

Si sottolinea anche in questa occasione l'essenzialità del ruolo del Broker al fine di supportare l'Amministrazione nel corretto calcolo della SIR e nell'implementazione del processo di *risk management* in grado di tener conto delle specifiche esigenze delle singole Amministrazioni e del mercato assicurativo, col fine di garantire una corretta allocazione del rischio.

Una standardizzazione del processo, così come ipotizzato dal Documento di Consultazione, è alquanto impensabile in un'ottica di efficienza economica, considerato che per ogni tipologia di rischio, di ente, di statistica sinistri, di livelli di SIR e/o franchigie andrebbero individuate attività di *risk management* e un set informativo *ad hoc* e riferito ad ogni singolo Soggetto aggregato.

La consulenza di un esperto del settore, ossia il Broker, è in grado di fornire questo tipo di servizio, oltre a supportare la Centrale di Committenza nella sua funzione di raccolta dei *dataset* informativi e presentazione del rischio al mercato, difficilmente attuabili senza una conoscenza puntuale delle singole realtà.

### **Set informativo – Informazioni per la gestione del rischio assicurativo**

L'affermazione in base alla quale una corretta rappresentazione dei rischi da assicurare è uno degli elementi indispensabili per scongiurare il rischio di gara deserta è ampiamente condivisa benché, come constatato in diverse circostanze, purtroppo spesso disattesa nella prassi.

Occorre comunque ribadire che altri elementi della pianificazione strategica del processo di trasferimento dei rischi al mercato assicurativo (ad esempio la fissazione di adeguate basi d'asta, l'identificazione di condizioni tecniche di capitolato sostenibili, regole di gara chiare e lineari, ecc.) rivestono un ruolo altrettanto rilevante nel suo svolgimento e la positiva conclusione della procedura di gara è la fase finale di un percorso che richiede la disponibilità, presso le stazioni appaltanti, di adeguate competenze professionali tipiche degli operatori del mercato.

Nonostante questa premessa, il Documento si focalizza quasi esclusivamente sul tema dei sinistri pregressi, demandando a poche righe (l'argomento viene sviluppato in modo veloce a pagina 6 nell'ambito del primo capoverso) l'analisi di tutte le altre informazioni necessarie ad una corretta rappresentazione del rischio. Riteniamo invece importante approfondire adeguatamente questo concetto in quanto non meno decisivo per il percorso di collocamento dei rischi rispetto alle informazioni sui sinistri.

Le Stazioni Appaltanti - come è noto - svolgono molteplici e complesse attività che vanno dalla erogazione di prestazioni sanitarie alla gestione di infrastrutture a rete, dei servizi locali di pubblica utilità, alla attività di regolamentazione, alla erogazione di prestazione previdenziali ed assistenziali, alla riscossione dei tributi, ai servizi professionali, all'istruzione, ai servizi di mobilità sul territorio (TPL ma anche ferrovie ed aeroporti) e la lista potrebbe essere ancora molto lunga e da arricchire ulteriormente di sottocategorie costruite in base alla territorialità, dimensioni, disponibilità economiche, etc.

Risulta pertanto indispensabile, anche nell'ottica di ampliare sempre più la platea dei potenziali assicuratori (e quindi del mercato) a soggetti non solo italiani ma anche internazionali (dotati cioè di una minore conoscenza del contesto italiano ma non per questo meno "capaci" ad assicurare rischi rispetto agli operatori locali), raccogliere e rendere disponibile documentazione sistematizzata atta a consentire di:

- comprendere adeguatamente la natura dell'Assicurato, la o le attività da lui svolte, il contesto normativo di riferimento;
- conoscere le misure adottate atte a prevenire gli eventi da assicurare o a ridurne l'impatto economico;
- valutare adeguatamente quali rischi l'assicurato intende trasferire al mercato assicurativo e quale possa essere l'impatto economico dei potenziali sinistri che rimarranno a carico dell'assicuratore.

Quanto sopra richiamato sinteticamente ai punti da 1 a 3 va sotto il nome di "analisi del rischio" di cui la "statistica sinistri" (ossia l'andamento passato del rischio) può contribuire a fornire una chiave di lettura "storica" (basata su elementi e circostanze verificatesi nel passato) del rischio ma non è certamente sufficiente a garantire una adeguata conoscenza "prospettica" dello stesso nonostante ciò sia alla base del contratto assicurativo il cui scopo, quanto meno nei rami danni, è quello di tenere indenne l'Assicurato a fronte di eventi futuri ed incerti.

In questa ottica è certamente essenziale che l'Assicurato sia dotato di competenze specifiche (anche dei processi di *Risk Management* ove possibile) che gli consentano di raccogliere ed analizzare detti elementi ma le competenze proprie di una centrale di acquisto spesso non sono sufficienti a consentire un'adeguata rappresentazione del rischio.

Senza entrare nel merito di alcuni rischi particolari proprio di un numero molto esiguo di soggetti (ad esempio dei rischi c.d. "cyber" di SOGEI SpA - società di Information Technology 100% del Ministero dell'Economia e delle Finanze preposta al settore IT del Ministero medesimo) e connotati di un contenuto tecnico di elevatissima specificità, possiamo pensare ad una polizza Incendio che preveda copertura per i c.d. "rischi catastrofali" naturali (quali ad esempio il terremoto), copertura di cui moltissimi Enti Pubblici sentono correttamente il bisogno di dotarsi.

Per la valutazione dell'esposizione a questi rischi certamente un criterio esclusivamente storico (basato cioè sui sinistri già verificatisi), perde completamente di efficacia. Diviene invece indispensabile un elenco dettagliato degli immobili da assicurare e del relativo valore di ricostruzione a nuovo dell'edificio.

A fronte di un contesto di mercato che, come già rappresentato, ha subito un profondo mutamento negli ultimi anni, le informazioni sopra riportate sono essenziali se si desidera ampliare il novero dei potenziali offerenti (se cioè non ci si vuole accontentare di ricevere un'offerta da parte dell'attuale assicuratore, ammesso che sia ancora disponibile a garantire questi rischi) o semplicemente riuscire a rintracciare un soggetto disposto ad assumere questi rischi.

Ciononostante, come tutti i principali studi di settore dimostrano, l'interesse degli assicuratori internazionali per questa tipologia di rischi non si è affatto ridotta ed anzi è cresciuta nel tempo. Anche solo quindi per acquistare con successo una polizza così descritta, risulta essenziale il contributo di almeno due soggetti che abbiano competenze professionali specifiche e cioè:

- di uno "stimatore" professionale, che sia in grado di assegnare ai beni un valore assicurativo (valore di ricostruzione a nuovo) diverso da quello basato sul costo storico o su altri criteri di bilancio;

- di un soggetto professionale, ossia il Broker, che rappresenti adeguatamente l'andamento del mercato nazionale ed internazionale e che sia in grado di analizzare i reali fabbisogni dell'assicurato e supportarlo nelle decisioni di trasferimento assicurativo del rischio (quali rischi cioè sia conveniente trasferire e quali ritenere, quali disponibilità o opportunità offre il mercato assicurativo e riassicurativo, etc.).

Tutto ciò considerato, risulta ancora valido quanto dalla scrivente affermato in sede di consultazione e riepilogato nella nostra comunicazione del 10/01/2014 – Prot. N. 26196 sa/cma/CMA (che qui deve intendersi richiamata) in ordine alle caratteristiche auspiccate per la costruzione di un data set relativo ai sinistri benché si ritenga opportuno affermare, a seguito della lettura del documento di consultazione, che le informazioni fornite dalla compagnia assicurativa devono integrare quelle che è compito dell'assicurato raccogliere e che l'assicuratore non deve sostituirsi all'assicurato in questo ruolo per diversi ordini di motivi:

- la raccolta di informazioni relative all'andamento storico dei rischi non ha la finalità di acquistare la polizza assicurativa o di stimare gli accantonamenti per pagare i sinistri in franchigia/S.I.R., ma ha il compito di fornire all'assicurato informazioni utili ai fini della corretta implementazione di processi di *risk management*;
- il ribaltamento di attività sull'assicuratore (costruzione di data base, raccolta di dati specifici, ecc.) ulteriori rispetto a quelle da quest'ultimo giudicate necessarie per la gestione dei sinistri, ancorché apparentemente svolte senza oneri aggiuntivi, presenta dei costi “non” assicurativi che inevitabilmente tenderanno a riversarsi sull'assicurato sotto forma di premio. Lo stesso dicasi per le penali da imporre all'assicuratore in caso di mancata presentazione dei dati sui sinistri e sulla cui utilità questa Associazione manifesta delle perplessità;
- l'aggravio di compiti e costi estranei a quelli propri dell'assicuratore scoraggia i nuovi assicuratori ad entrare nel mercato (soprattutto quelli internazionali) quando invece l'auspicio di questa Associazione e della Autorità è esattamente il contrario;
- si pone un problema di potenziale “conflitto di interessi” tra l'assicuratore che fornisce i dati sull'andamento del rischio e l'assicurato che, avendo demandato tutte le attività di *reporting* all'assicuratore, non è in grado di verificare l'attendibilità dei dati forniti anche laddove, in assoluta buona fede, l'assicuratore avesse commesso degli errori o delle imprecisioni; si rammenta inoltre che le poste finanziarie incerte (quali le riserve) possono essere suscettibili di oscillazioni sulla base dei criteri adottati per la loro stima e quindi è opportuno che l'assicurato disponga di informazioni autonome e sufficienti a valutare la condivisibilità dei criteri adottati.

Relativamente alla mancata presentazione di dati sull'andamento dei sinistri si ritiene comunque praticabile l'inserimento di specifica clausola che consenta di qualificare questa omissione – in presenza di determinate condizioni - come “grave inadempimento” (art. 1453 e segg. del Codice Civile) e permetta di conseguenza all'Assicurato di richiedere la risoluzione del contratto con addebito di responsabilità facendo nascere, in capo a quest'ultimo, il diritto al risarcimento del danno subito.

Con riferimento invece alla clausola contenuta nel Box 1, fermi i contenuti sopra esposti, si fa notare come l'impegno della cauzione definitiva anche a seguito della cessazione del contratto – in speciale modo per i rischi di responsabilità civile ove la vita del sinistro è purtroppo spesso legata alla durata dei processi civili e penali - possa non trovare corrispondenza o incontrare criticità alla luce della normativa sullo svincolo progressivo della cauzione definitiva (art. 113 comma 3 – dlgs.163/2006).

Con riferimento al contenuto dei formulari/questionari per la raccolta dei dati pubblicati in allegato al documento di lavoro – alla luce di quanto sopra esposto – si formulano le seguenti considerazioni:

- questionario/Modulo Sanità: i contenuti dei questionari possono essere condivisi ma non si ritengono sufficienti a rappresentare adeguatamente i rischi di responsabilità civile di una struttura sanitaria ospedaliera (mancano ad esempio informazioni relative alle caratteristiche della struttura ospedaliera, la logistica dei reparti, le procedure di pronto-soccorso, le informazioni relative alle procedure di turnazione dei medici e degli infermieri, i processi di *risk management* implementati, altri dati di produzione quali il numero dei parti, ecc.) ne' vi sono tutti gli elementi relativi ai sinistri che consentano una adeguata verifica degli importi riservati e liquidati da parte dei

precedenti assicuratori (tipologia della lesione, dati anagrafici e lavorativi del danneggiato ed informazioni sugli eventuali eredi);

- questionario/Modulo RCA: si ritiene che siano indispensabili i dati disaggregati e che l'eventuale elenco dei veicoli e dei sinistri sia corredato dalla targa del veicolo interessato al fine dei consentire l'incrocio dei dati contenuti nel modulo con quelli contenuti nella banca dati nazionale consultabile da tutte le Compagnie.

Stante quindi la complessità della materia si ribadisce l'opinione in base alla quale sia impossibile strutturare uno *standard* valevole per qualsiasi tipologia di appalto/rischio tenuto conto che anche in rischi analoghi emergono consistenti differenze per tipologia di Stazione Appaltante e di rischio assicurato.

Si ribadisce infine che un'adeguata rappresentazione del rischio è interesse primario della Stazione Appaltante laddove sia interessata a garantire la più ampia partecipazione possibile alle procedure di gara dalla stessa avviate.

### **L'offerta economicamente più vantaggiosa – pp. da 9 a 12**

Anche in relazione alle "difficoltà" di mercato conosciute da codesta Autorità, l'adozione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa porta l'inevitabile vantaggio di allargare la partecipazione alla gara pubblica; ferma restando la base economica di prezzo (non superabile), il mercato potrà correlarla in relazione a varianti che è consentito apportare all'impianto normativo.

Tale condizione è oggi maggiormente riscontrabile in presenza di alcuni specifici affidamenti quali, ad esempio, le coperture di assistenza sanitaria. In tale peculiare contesto, la parte economica è sovente fissata dalle contrattazioni sindacali del pubblico impiego (o dell'area contrattuale di afferenza) e l'utilizzo di schemi di offerta ex art. 83 del Codice degli Appalti si configura come una necessità imprescindibile.

Preme rilevare come la creazione di una disciplina di gara conforme alle necessità di ogni stazione appaltante presupponga, ancora una volta, un accurato studio del profilo di rischio e l'individuazione della quantità e qualità dei rischi oggetto di trasferimento assicurativo.

In via generale nella procedura è indispensabile un'attenta valutazione circa il peso della valutazione economica rispetto ai criteri maggiormente qualitativi dell'offerta al fine di evitare di acquisire prodotti a basso costo ma di scarsa qualità e pertanto carenti della necessaria tutela degli interessi pubblici. Inoltre, la previsione di un capitolato *standard* diventa di difficile percorribilità in quanto, pur trattandosi di tipologie omogenee di rischio, le singole realtà potrebbero essere assai diverse una dall'altra per particolarità, sinistrosità, localizzazione, etc.

In linea di massima riteniamo possibile individuare alcuni elementi costituenti varianti, quali i massimali in aggregato, l'efficacia retroattiva della garanzia, le franchigie/scoperti, i limiti di indennizzo/risarcimento, i termini entro i quali effettuare adempimenti gestionali (pagamento dei premi, trasmissione dati per eventuali regolazioni del premio, etc.), con una graduazione delle penalità di punteggio rispetto alla completa adesione al capitolato proposto secondo le necessità o il gradimento della Stazione Appaltante.

In riferimento alla componente prezzo, ancorché poco gradito dalla P.A. si ritiene utile, nel proprio esclusivo interesse, stabilire una soglia minima sotto la quale la prestazione offerta non possa essere considerata sufficiente a garantire il corretto espletamento del servizio da parte dell'aggiudicatario, al fine di scongiurare l'anticipata risoluzione contrattuale da parte degli assicuratori o l'erogazione di un servizio inefficiente in merito alla gestione e liquidazione di sinistri, tali da risultare maggiormente onerosi rispetto all'eventuale risparmio conseguito in termini di minor premio corrisposto.

Sebbene possa risultare più complessa tale definizione della disciplina di gara, la flessibilità della procedura risulta comunque la migliore soluzione per l'Ente Appaltante.

Il processo metodologico proposto – basato sull’esperienza professionale maturata - non può che essere pertanto quello di partire da un impianto normativo molto ampio – speculare alla valutazione dei rischi effettuata in premessa – cui concedere agli assicuratori di apportare variazioni ponderabili in esito alle specifiche valutazioni nel cui merito l’Ente non può che essere supportato da un consulente esperto quale il Broker.

#### **La clausola di recesso e di aggravamento del rischio - pp. 13 e segg.**

Premesso che l’obiettivo generale che ci si pone nell’analizzare il documento di consultazione (ed ancor più con riferimento al presente capoverso) è quello di rafforzare il più possibile la concorrenza a beneficio della Pubblica Amministrazione, si ribadisce che – a fronte di una prassi assolutamente consolidata nel mercato assicurativo sia a livello nazionale che internazionale - una riduzione sostanziale del diritto ad esercitare la facoltà di recesso per sinistro, si ritiene ragionevolmente che possa portare ad una riduzione dei potenziali interlocutori della Pubblica Amministrazione, soprattutto nel caso di appalti di durata poliennale, casistica estremamente frequente nell’ambito delle gare. Nonostante quanto precede, come noto, in alcuni settori quali quello della RC Auto il recesso per sinistro è un elemento superato da larga parte del mercato in quanto la presenza di numerosi “contrassegni” emessi in applicazione di un medesimo contratto (caso dell’assicurazione delle flotte del TPL o dell’Igiene Urbana), presenta eccessive complessità operative laddove sia necessario provvedere al loro ritiro in concomitanza con il recesso dal contratto.

Il recesso per sinistro rappresenta certamente un evento sgradito ad entrambe le parti: se è certamente vero che l’Ente Pubblico ha interesse alla continuità di un servizio (purché esso venga erogato con modalità coerenti con quanto previsto in sede di programmazione dell’acquisto) è altrettanto vero che il premio di polizza rappresenta la fonte di ricavo dell’Assicuratore ed una perdita di ricavi non è certamente un evento auspicato dalla Compagnia. Tale concetto viene ulteriormente rafforzato dalla presenza di costi specifici legati alla partecipazione alla procedura di gara (costo delle fidejussioni provvisorie e definitive, marche da bollo, C.I.G., costi di spedizione delle offerte, eventuale costo per la costituzione di un A.T.I., costi di pubblicità così come previsto dal D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito con Legge n. 221 del 2012 - cd. “decreto Crescita-bis” – costi di analisi e valutazione del rischio) che l’aggiudicatario ha sostenuto a monte della stipula della polizza e che ragionevolmente sperava di poter ammortizzare nel corso della vita del contratto stesso.

La facoltà bilaterale di recesso in caso di sinistro, la cui eventuale pattuizione nei rapporti contrattuali tra assicuratori e P.A. viene consegnata alla volontà delle parti e consentita dal Codice Civile (art. 1325 e segg.), non si ritiene violi i principi del Codice degli Appalti che anzi – per quanto da esso non espressamente previsto (come nel caso di specie) - rimanda alle disposizioni del Codice Civile per tutto ciò che riguarda l’attività contrattuale (art. 2 Comma 4 D. Lgs. 163/2006).

Detta facoltà inoltre non discende né risulta assimilabile a quella consentita all’Assicuratore dall’art. 1898 del Codice Civile nel caso in cui si verificano mutamenti (cioè nuove situazioni ovvero un mutamento sopravvenuto nello stato delle cose) degli elementi qualitativi che connotano la gravità del rischio che quindi, come giustamente osservato, non hanno attinenza con il fatto che il sinistro si sia verificato o meno nella sua concretezza.

E’ pertanto evidente che definire il concetto di **Aggravamento del Rischio** risulta meno urgente laddove peraltro tale condizione difficilmente sarà applicabile agli Enti della Pubblica Amministrazione, la cui attività istituzionale non è tendenzialmente soggetta, per sua stessa natura, a mutamenti stabili ed imprevedibili o piuttosto andrà a regolamentare situazione del tutto marginali senza risolvere il problema originariamente posto. Addirittura il tentativo di definire contrattualmente questa fattispecie in alcuni casi potrebbe risultare fuorviante o strumentalizzabile dalle parti o ancora potenzialmente foriero di ulteriori complessità per la Pubblica Amministrazione stessa.

A tale proposito ci riferiamo al Contenuto del Box 3 che prevede che *...le variazioni che devono essere comunicate concernono mutamenti interni all’organizzazione dell’Amministrazione contraente, quali, ad esempio, variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del*

*rischio, delibere dell'Amministrazione contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte...* . Una formulazione siffatta solleva dubbi in merito a:

- la definizione di **mutamento interno all'organizzazione**: l'accorpamento di uno o più settori all'interno di un Comune – quali ad esempio quello Finanziario e quello dei Tributi – sarebbe soggetto a comunicazione al pari della fusione di due o più servizi (ad esempio il “Verde Pubblico” e “l'Arredo Urbano”);
- la determinazione di una soglia di **significatività** del numero dei dipendenti: 3 dipendenti sono pochi in valore assoluto ma in un ente di 10 dipendenti costituiscono una variazione del 30% della forza lavoro;
- la distinzione tra cosa sia uno **strumento di riduzione del rischio** e cosa sia l'**attività istituzionale**: riasfaltare un tratto di strada all'interno del territorio comunale, ad esempio, è una competenza del Comune e contestualmente rappresenta un ottimo strumento di riduzione del rischio di responsabilità civile;
- definire quali delibere **non** impattano sulle competenze e le funzioni svolte atteso che le delibere di un Ente – salvo che non siano mere dichiarazioni di principio – hanno sempre un impatto (qualitativo o quantitativo) sulle competenze e le funzioni svolte.

Si aggiunge a quanto precede che alcuni dei principali elementi dimensionali del rischio (ad esempio il numero di dipendenti – rappresentato dalle retribuzioni erogate al personale - per la polizza di Responsabilità Civile o la consistenza del patrimonio immobiliare per la polizza Incendio) vengono già utilizzati come parametro variabile per la determinazione del premio al fine di mantenere un rapporto costante tra elementi dimensionali del rischio ed entità del premio.

Superare la previsione contrattuale del recesso per sinistro rappresenta comunque un obiettivo condivisibile il cui presupposto essenziale è quello di ridurre l'asimmetria informativa tra assicurato e assicuratore.

A tale proposito, come largamente discusso nel paragrafo che precede, è necessario fornire dati ed informazioni ulteriori rispetto a quelli contenuti nella statistica sinistri giacché *rinunciare* alla facoltà di recedere dal contratto in caso di sinistro è un elemento cui - **a fronte di informazioni adeguate e sufficienti** - è possibile per l'Assicuratore assegnare un peso economico di cui eventualmente la Stazione Appaltante **può** farsi carico in considerazione della natura del rischio e dell'entità del premio. Quest'ultima considerazione introduce comunque alcuni ulteriori temi, molti dei quali già toccati in precedenza, che desideriamo riproporre sinteticamente:

- un **obbligo** a rinunciare alla facoltà di recesso per sinistro da parte degli assicuratori può generare una discriminazione di fatto tra *piccoli* Assicurati (dotati cioè di minori disponibilità economiche e quindi non in grado di pagare per questo elemento del contratto) o *più efficienti* (che cioè non sono disposti ad accettare questa pattuizione in quanto ritengono che il maggiore premio non sia giustificato dal beneficio che ne deriva) e *grandi* Assicurati (dotati cioè di maggiori disponibilità economiche) o Assicurati *meno efficienti* (che hanno quindi una minore propensione a razionalizzare la spesa);
- in ambito assicurativo, la presenza di centrali di committenza nasconde in sé un rischio di **antiselezione** e/o di **moral hazard** con la possibile conseguenza che le condizioni praticabili dagli assicuratori diventerebbero quelle destinate ai *peggiori* assicurati penalizzando così quelli *migliori* e più attenti;
- la determinazione preliminare di tutti questi elementi (nonché in origine degli elementi **essenziali** per la corretta determinazione della esposizione al rischio da assicurare) e la verifica costante dell'equilibrio tra tutti questi elementi richiede la presenza di risorse **professionali e specializzate**;
- ridotta l'asimmetria informativa tra assicurato ed assicuratore, la *rinuncia* alla facoltà di recesso diventa pertanto un elemento negoziabile nell'ambito di una procedura di acquisto (cioè eventualmente una *variante* nell'ambito di una procedura di gara pubblica) a cui – tramite l'assegnazione di punteggi – l'Assicurato/Stazione Appaltante potrà assegnare un peso adeguato ai suoi reali bisogni.

Accanto al concetto di aggravamento del rischio viene trattato il tema dei c.d. *fatti noti*.

A tale proposito appare utile ribadire che le fattispecie di *aggravamento del rischio* e di *fatto noto* vanno ricondotte ad articoli differenti del Codice Civile (rispettivamente all'art. 1898 c.c. la prima e ed agli artt. 1892, 1893 la seconda) e quindi richiedono una trattazione distinta come già rappresentato nella nostra del 10 giugno 2014.

La nozione di *fatto noto* o di *circostanza nota*, oltre ad avere rilevanza ai fini della applicabilità degli artt. 1892 e 1893 c.c., assume rilievo per le polizze *claims made* (tipiche dell'assicurazione dei rischi di responsabilità civile del mondo della sanità), polizze cioè che operano per tutti i fatti già accaduti prima della decorrenza del contratto assicurativo ma non noti all'Amministrazione (cioè all'Assicurato) all'atto della stipula.

Questa struttura contrattuale pone il problema della fissazione del periodo di validità retroattiva della copertura (di circoscrivere cioè l'estensione temporale della garanzia ai danni verificatisi in un determinato periodo temporale antecedente alla stipula del contratto assicurativo) che l'autorità suggerisce di eliminare (di adottare quindi un meccanismo di c.d. *claims made* puro).

Storicamente la scelta del modello in *claims made basis* ha lo scopo preciso di ridurre l'incidenza degli eventi accaduti ma non ancora *tramutatisi* in sinistro sul bilancio delle Compagnie di Assicurazione (problema particolarmente sentito nel mondo dei rischi di lunga durata o *long tail*) dando a quest'ultimo una base di maggiore certezza. L'allungamento progressivo della retroattività (ed in definitiva la sua eliminazione) finirebbe quindi per creare una sorta di copertura in *loss occurrence* alla rovescia che certamente porrebbe non indifferenti problemi al mercato assicurativo che ha già dimostrato in precedenza – complice anche una frequente carenza di informazioni – l'incapacità di effettuare un'adeguata valutazione del rischio (come testimonia l'andamento del settore).

Preso atto che per questa tipologia di contratti e nel settore sanitario in particolare non esiste un obbligo di assicurazione a carico della Compagnie e che quelle che accettano di esercitare questo particolare tipo di assicurazione lo fanno in totale libertà di scelta imprenditoriale, proporre alle Compagnie di Assicurazione dei termini che non possono essere recepitati, non favorisce l'incontro tra domanda ed offerta che è alla base del mercato.

Tutto ciò premesso la clausola contenuta all'interno del **Box 4** tende a mescolare diversi concetti quali *sinistro*, *richiesta di risarcimento* e *fatto noto*. Nella polizza *claims made* il sinistro è rappresentato dalla richiesta di risarcimento e non dall'evento (quest'ultimo infatti costituisce il sinistro delle polizze *loss occurrence*). L'affermazione secondo cui *l'assicurazione non copre i sinistri per i quali è già stata effettuata una richiesta di risarcimento* (punto n° 2) non risulta pertanto idonea a produrre effetti in una polizza così strutturata. Da approfondire inoltre il contributo che possa apportare il punto n° 3 della medesima clausola (*L'assicurazione non copre, altresì, i sinistri per i quali l'Amministrazione contraente ha ricevuto comunicazione formale del fatto, prima della pubblicazione del bando e non sono stati oggetto di comunicazione nello stesso, e quelli per i quali la comunicazione formale è avvenuta tra il bando e la sottoscrizione del contratto e non sono stati comunicati all'aggiudicatario prima della stipula*). I sinistri, cioè le richieste di risarcimento ricevute **prima** della stipula del contratto, non possono essere comunque oggetto di copertura in quanto sfornite del requisito della *aleatorietà*, elemento essenziale del contratto assicurativo e la cui mancanza determina la nullità del contratto medesimo. Il concetto di *sinistro* si concilia solo astrattamente (solo per quanto attiene cioè alla correttezza ed adeguatezza delle informazioni in possesso dell'assicuratore per la valutazione del rischio) con il concetto di *fatto noto* ai fini dell'applicabilità degli artt. 1892 e 1893 c.c. (ossia, per così dire, di un fatto ovvero di un comportamento tenuto prima della stipula del contratto - già noto all'Assicurato - e di cui quest'ultimo conosce l'illiceità o l'idoneità a produrre un danno assicurato).

Data la complessità della struttura organizzativa (molteplici *punti di ingresso* delle richieste di risarcimento e delle comunicazioni) e delle procedure cui è soggetta anche per questioni legislative (es: sistemi obbligatori di *incident reporting* quale il protocollo di monitoraggio degli Eventi Sentinella cui sono obbligate le Regioni) delle Aziende Sanitarie, rileverebbe piuttosto stabilire quando il fatto si

intende *noto* all'Assicurato giacché è di tutta evidenza non ci si può limitare a far coincidere il *fatto noto* con il *sinistro* laddove quest'ultimo sia definito come la *richiesta di risarcimento*.

In conclusione pertanto come, da un lato, grava sull'assicurando/assicurato il dovere di cooperare con l'assicuratore nella raccolta delle informazioni necessarie per valutare e classificare il rischio, dall'altro, grava sull'assicuratore il dovere di comportarsi con pari lealtà e correttezza nella interpretazione ed applicazione delle condizioni contrattuali.

È qui il caso di rammentare che questa è la funzione vitale del **broker/consulente** della Pubblica Amministrazione la cui attività professionale è in grado di supportare il proprio Cliente nella scelta delle migliori condizioni praticabili dagli Assicuratori in relazione alle sue **effettive disponibilità e bisogni** (da tradurre poi all'interno del Capitolato di Appalto), contribuendo altresì alla costruzione di un *set informativo* adeguato a rappresentare il rischio da trasferire.

### **La remunerazione dell'intermediazione**

La remunerazione dei servizi di intermediazione assicurativa è stata oggetto di recenti attività di analisi e di pronunce, senza però che si potesse giungere all'emanazione di linee guida effettivamente applicabili.

Infatti, ragioni di praticità, economicità, congruenza e di funzionamento dei mercati, hanno comportato il prevalere degli usi tradizionali (aventi però valore legale) secondo cui, in deroga all'art. 1755 del c.c., la provvigione dell'intermediario assicurativo è corrisposta unicamente dall'Impresa di Assicurazione.

Gli obiettivi di tale azione innovativa apparivano dettati dalla volontà di interrompere un potenziale circolo vizioso secondo cui l'intermediario incrementa i propri ricavi con il crescere del premio assicurativo. A nulla sarebbe pertanto valso a contrastare tale effetto indesiderato, l'obbligo di selezionare il broker assicurativo tramite una gara pubblica già imposto dalla pronunce della magistratura, poiché il compenso provvigionale sortito da tale selezione avrebbe comunque seguito la sorte economica dei premi stessi. Premi la cui tendenza, a parità di qualità delle garanzie, è da stimarsi in rialzo, per effetto del cattivo andamento dei rischi in capo alle Pubbliche Amministrazioni.

In realtà tale effetto perverso non si è, né si poteva realizzare per i seguenti motivi.

Le Pubbliche Amministrazioni, non avendo disponibilità economiche per incrementare i premi, hanno con il supporto del broker individuato le strategie di razionalizzazione di costo del rischio che consentissero di salvaguardare le esigenze di bilancio; né d'altro canto avrebbero potuto realizzarsi gli effetti positivi previsti dal momento che non si è analogamente intervenuti sull'intera catena di distribuzione dei prodotti assicurativi, ragion per cui gli Agenti di Assicurazione non sono stati assoggettati alle medesime regole di trasparenza.

Dobbiamo tuttavia precisare che non si intende qui mettere in dubbio l'efficacia e la professionalità di ogni categoria di intermediario non fosse altro perché un'intermediazione parassitaria nei settori assicurativi non è oggi più consentita: infatti ai sensi dell'art. 120, comma 3 del Codice delle Assicurazioni Private vigente, l'intermediario esplica la propria intermediazione e consulenza proponendo o consigliando un prodotto adeguato alle esigenze del cliente. Si deve pertanto concludere che l'attività di consulenza è insita nel rapporto di intermediazione, sia esso di fonte agenziale o da parte di un broker indipendente.

Preso atto pertanto dello stato di "impasse" in cui versa la materia, riteniamo che la soluzione per raggiungere gli obiettivi di regolare il mercato e di contenimento dei costi, non possa che essere connaturato dalla dovuta trasparenza.

In particolare al fine di una migliore e più serena valutazione è sufficiente porre in relazione le due seguenti considerazioni già separatamente affermate più volte dalla magistratura:

- quando l'affare è concluso per l'azione di due o più mediatori (Broker ed Agente) l'intermediazione è unica e ciascuno di essi ha diritto solo ad una quota della provvigione maturata per la conclusione dell'affare, "in ipotesi di affare assicurativo alla cui conclusione si sia giunti con la partecipazione sia del broker che dell'agente, pare che ben possa essere rinvenuta la stessa ratio

della previsione di cui al citato art. 1758 c.c.” Tribunale di Milano sez. XII civile sentenza n° 7631 del 21 luglio 2010 che Vi invitiamo a visionare;

- le provvigioni di brokeraggio od agenziali fanno parte dei caricamenti, i quali a loro volta fanno parte dei premi (si confronti in proposito la Sentenza del Consiglio di Stato n° 1019/2000); pertanto poiché i premi sono pagati dal Contraente, è lo stesso contraente a sostenere l'onere, sia pure indiretto, dei costi dell'intermediazione, sia del Broker sia dell'Agente.

Alla luce di queste inconfutabili considerazioni si evince che il problema del governo della remunerazione degli intermediari non passa attraverso la decisione di attribuirne il pagamento all'una o all'altra parte contrattuale, ma nella necessità di attuare in proposito una piena trasparenza.

Confidiamo pertanto che, sia il valore dell'intermediazione agenziale (ad oggi del tutto privi di evidenza – salvo che nel ramo RCA), sia quello dell'intermediazione del broker (ad oggi conosciuti nell'ammontare, ma talvolta privi di certificazione e controllo da parte della Pubblica Amministrazione) possano essere pertanto sempre palesi di fronte alla Pubblica Amministrazione, attraverso l'indicazione delle remunerazioni complessivamente riconosciute dalle compagnie ai diversi intermediari coinvolti.

2.3.2015