

OTTOBRE 2018



uellocheconta.gov.it

IL MESE DELL'EDUCAZIONE FINANZIARIA

Partecipiamo anche noi

INDAGINE

**PRINCIPALI CRITICITÀ
DEL MERCATO ASSICURATIVO
IN OTTICA CONSUMERISTICA**

per



ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI

I V A S S



PROMOSSA DA



ConsumerLab.it

REALIZZATA DA



markonet

strade verso il cliente

30 Ottobre 2018

METODO D'INDAGINE

Al fine di rilevare le principali criticità del mercato assicurativo in ottica consumeristica è stata realizzata una indagine dedicata di tipo WOR – Web Opinion Reader arricchita da altre indicazioni fornite dalla base dati d'archivio generale.

- Indagine WOR - Web Opinion Reader è un *data mining* (progettato e realizzato da Markonet in logica semantica) che monitorizza, aggrega e sintetizza le conversazioni postate sui diversi CGM - Consumer Generated Media aperti in rete (social network, blog, newsletter, newsgroup, community, forum, discussion board, mailing list); il suo obiettivo è definire l'opinione prevalente, convergenze e divergenze sul tema in esame sintetizzando e ordinando le diverse fonti in flussi omogenei e comparabili.
Il WOR si propone essenzialmente di ascoltare le opinioni e le esperienze postate sui CGM dai Consumatori al fine di valutare l'atteggiamento nel mercato, riscontrare errori commessi, focalizzare i punti di forza e debolezza più percepiti e riscontrati, stimare l'effetto ottenuto dalla pubblicità e dalle strategie di marketing e comunicazione.
- Dall'archivio domestico generale, in cui sono raccolte le "trentennali" segnalazioni dei Consumatori, si estraggono le casistiche sulle aspettative e le opinioni sulla qualità del servizio degli operatori postali così come espresse direttamente dagli utenti.

In questa prima fase abbiamo sintetizzato le tematiche principali, riservandoci eventuali approfondimenti in tempi successivi, anche puntualizzando meglio le griglie di analisi.

Infatti il WOR ha subito dimostrato una «enorme» casistica di opinioni ed esperienze distribuite in rete. Si tratta indicativamente di oltre 30.000 post riferenti agli ultimi anni; dobbiamo aggiungere che il *data mining* è stato volutamente fermato a questa dimensione, ritenendo non necessario, in questa prima fase, un ulteriore approfondimento.

Analogamente il contributo dell'archivio domestico generale è stato contenuto alla verifica puramente indicativa delle criticità emerse dal WOR.

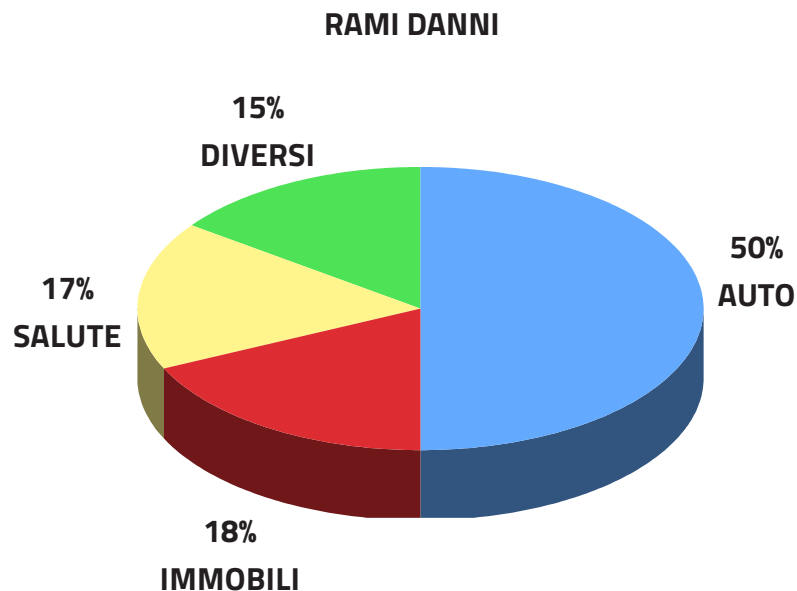
QUADRO DI RIFERIMENTO

In Italia operano 100 imprese di assicurazione nazionali e 3 rappresentanze di imprese extra SEE (83% della raccolta premi). Sono autorizzati ad operare 236.887 intermediari di assicurazione (agenti, broker, etc.).

I premi raccolti in Italia sono stati 99 mld. per i rami vita (-3,6% rispetto all'anno precedente) e 32 mld. per i rami danni (+1,1%). I premi raccolti all'estero o in riassicurazione ammontano a 4 mld.

In percentuale del PIL, i premi raccolti in Italia sono il 6% per i rami vita e il 2% per i rami danni. Nel 2016 l'Italia era il 6° paese OCSE per rilevanza del settore vita rispetto al PIL, ma solo il 24° per i premi danni.

Sono stati pagati sinistri per 71 mld. di euro nei rami vita (inclusi riscatti e capitali e rendite maturati) e 23 mld. nei rami danni, pari al 72% e 67% dei premi raccolti.



La raccolta danni avviene per il 79% tramite agenzie, il 10% tramite broker, 6% tramite sportelli bancari e promotori e il 5% tramite vendita diretta.

Per le auto, il premio medio delle polizze RC ammonta a 425 euro (-5% rispetto al 2016). I sinistri sono il 6,6% delle polizze, con un costo medio pari a 4.163 euro.

Per i ciclomotori e motocicli, il premio medio RC ammonta a 268 euro (-2% rispetto al 2016). I sinistri sono il 3,7% delle polizze, con un costo medio pari a 6.437 euro.

Le tematiche più significative, più come qualità che quantità, sono quattro:

1. Il settore sanitario comincia ad evidenziare segni di difficoltà per le modalità di assunzione e di liquidazione. In breve il paziente è sempre più costretto a subire le restrizioni imposte dalle Assicurazioni in contrasto con le maggiori esigenze emergenti dalle nuove tecniche diagnostiche e interventistiche. Il corpo medico più qualificato comincia a non accettare le nuove tariffe proposte dalle Assicurazioni, con il conseguente decadimento della eccellenza del servizio.
2. L'entrata particolarmente vigorosa della banche nel settore sta creando malcelate pressioni sui Consumatori a sottoscrivere polizze in banca per assicurarsi altri servizi offerti precedentemente senza vincoli. In particolare per le polizze connesse ad operazioni finanziarie che non sono obbligate presso gli stessi sportelli.
3. Le condizioni di polizza sono troppo differenziate tra Assicurazioni, rimangono quindi diverse e comunque non sono accessibili e chiare; il Consumatore scopre clausole limitanti al momento del sinistro. L'adozione di terminologie finanziarie complesse nel ramo vita rende impossibile la corretta comprensione dei contratti. Non è accettabile che tale complessità non possa essere resa compatibile con la cultura media del Consumatore per scelte consapevoli.
4. L'avvento dell'automazione nella politica assuntiva crea disagi ai Consumatori nei casi di errore e in carenza di puntuale informazione. I call center non si avvalgono di personale con la dovuta capacità e competenza che, oltretutto, non risponde di eventuali informazioni errate non documentabili. La verifica di errori commessi o indotti cade sempre sui Consumatori. I siti comparativi, consultati con attenzione, danno ormai l'impressione di essere un vero e proprio «cartello» gestito dalle principali Assicurazioni. Non esiste la dovuta garanzia sui dati personali, trattamento e custodia. I preventivi non risultano coerenti e stabili nel tempo. I data base (titolari di auto e polizze) di riferimento non sono tempestivamente aggiornati.

Vogliamo aggiungere una scoperta che ci ha sorpreso: Le Assicurazioni, tra le Società rilevanti, sono quelle che pubblicano meno il Bilanci di Sostenibilità (almeno fino all'ultimo anno 2016 di non obbligatorietà); nel corrente mese di giugno la situazione appare immutata.

Quasi tutte si limitano alla diffusione dello Solvency and Financial Condition Report (SFCR Report) per fornire una panoramica sulla struttura del business, dell'organizzazione, della capitalizzazione e della gestione del rischio nella Compagnia. Ha l'obiettivo quindi di assicurare la trasparenza sulla posizione finanziaria e di solvibilità della stessa.

I dati riportati (Attività e risultati, Sistema di Governance, Profilo di rischio, Valutazioni ai fini di solvibilità, Gestione del capitale) non sono alla portata dei Consumatori per valutare, oltre la solvibilità, la Sostenibilità, in senso non finanziario, dell'Assicurazione. Questo è una grave *vulnus* per la corretta diffusione della cultura della Sostenibilità su cui, invece, le Assicurazioni dovrebbero impegnarsi a contribuire fattivamente, proprio per la loro missione e natura.

Altre tematiche rilavate:

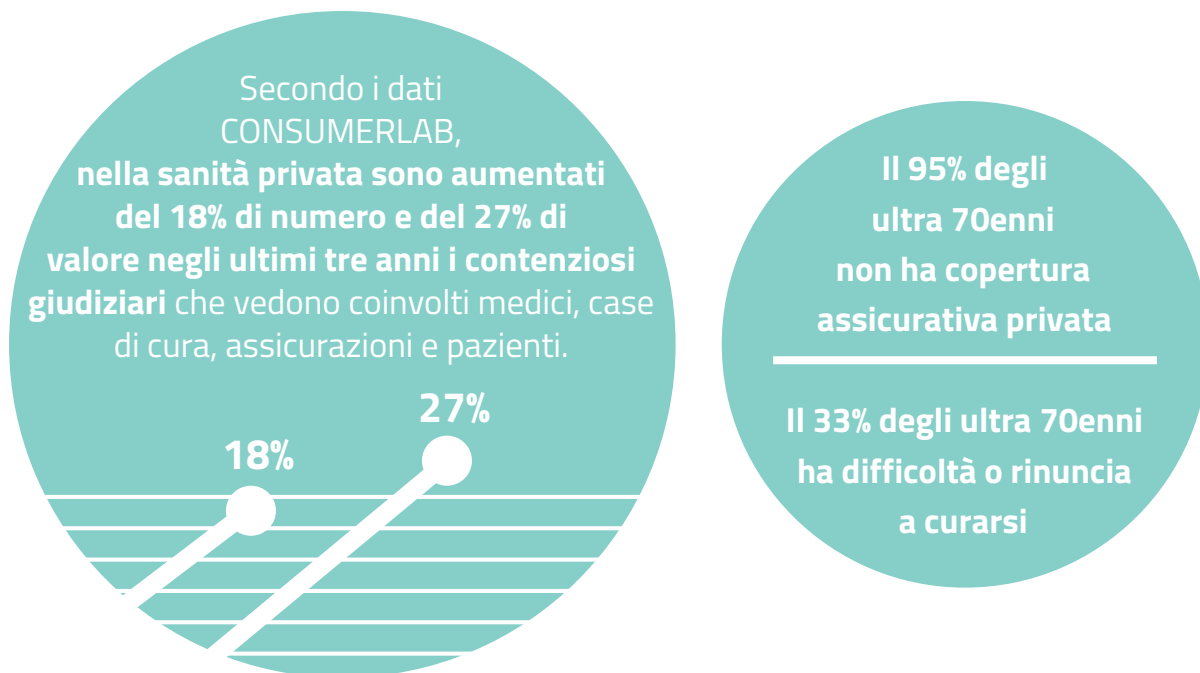
1. Difficoltà d'interazione con i form automatizzati che, oltretutto, non lasciano tracce dell'interazione a documentazione probatoria per l'Assicurato.
2. Le informazioni sulle criticità evidenziate e pubblicata dall'IVASS non sono diffuse con la dovuta efficacia.
3. Il contrasto all'abusivismo è percepito come inadeguato, tanto per le mancate coperture quanto per le Assicurazioni fantasma; non esiste una adeguata assicurazione che risarcisca chi incappa, senza colpa, in un sinistro non garantito per i suddetti motivi.
4. I contratti dovrebbero essere valutati e uniformati da un Ente terzo rendendoli comprensibili ed equi, soprattutto per le clausole limitative.
5. Uniformare le procedure per la gestione dei sinistri e le liquidazioni conseguenti.
6. Rendere elastici i termini di denuncia in casi identificati di impossibilità.
7. Le modalità interpretative delle responsabilità sembrano, vengono percepite, sbilanciate a sfavore degli Assicurati. Non sono uniformi e acclamate.
8. Vanno stabiliti tempi medi per le diverse liquidazioni dei danni in modo da consentire confronti con punti di riferimento determinati.
9. Analogamente al punto precedente va evidenziato l'indice di litigiosità delle Assicurazioni (rapporto tra contenzioso e premi).
10. In relazione ai due punti precedenti vanno penalizzate le Assicurazioni che raggiungono la vetta di queste negatività, oltre quelle pubblicate dell'IVASS sui reclami inviati dai Consumatori.
11. La clausole di rivalsa non sono ben evidenziate e specificate.
12. Gli oneri per la rateazione semestrale di una polizza RC auto sono «usurari»; citiamo l'esempio di una polizza annuale con premio di € 831; se pagata semestralmente il premio diventa di € 458 x 2 = € 916; quindi un incremento di € 85, vale a dire un interesse del 18,6% su base semestrale.
13. Manca un controllo autorevole sull'informazione social, infarcita di *fakenews*, tanto positive quanto negative.
14. Occorre costituire un fondo per l'anticipazione delle spese mediche in casi specifici di difficoltà dell'Assicurato a cui spetta l'anticipazione.
15. L'insoddisfazione dei Consumatori nel settore appare diminuita secondo la rilevanza mediatica; questa apparenza è dovuta all'esplosione delle criticità bancarie che ha sommerso quelle assicurative che invece sono aumentate, soprattutto con l'avvento dell'automazione a discapito della mediazione di agenti professionisti.

FOCUS SULLA SANITÀ PRIVATA

PREMESSA

Nel luglio 2018 è stata presentata l'indagine "PRINCIPALI CRITICITÀ DEL MERCATO ASSICURATIVO IN OTTICA CONSUMERISTICA".

A seguito di quella indagine, che possiamo definire di orientamento, si è proceduto ad una indagine focalizzata sulla sanità (sempre come propedeutica ad una su vasta scala), presentata in occasione del Mese dell'Educazione Finanziaria e Assicurativa, ottobre 2018.



Questa è una tra le più significative criticità emerse dal confronto tra medici, case di cura, assicurazioni e pazienti organizzato a Roma presso lo Stadio Domiziano lo scorso 30 ottobre 2018 dal Centro Studi CONSUMERLAB, con la collaborazione di CD Servizi Medici; il confronto ha come obiettivo una analisi dello stato della sanità privata e per cercare soluzioni congiunte non solo alle problematiche relative ai costi e agli imprevisti delle coperture sanitarie private, ma anche alle motivazioni che hanno portato un crescente numero di italiani ad affrontare spese sanitarie di tasca propria (out of pocket) per oltre trenta miliardi di euro. Si tratta di una forma inefficiente di spesa che ha anche effetti regressivi, perché determina un aumento delle differenze tra ricchi e poveri e colpisce la singola famiglia, costringendola a pagamenti imprevisti e rendendola più vulnerabile dal punto di vista finanziario. Gli anziani che spendono più del doppio rispetto alla media, sono i più colpiti dalle spese sanitarie, concorrendo in maniera inaccettabile ai troppi italiani che hanno oramai difficoltà a far fronte ad una spesa sanitaria privata. L'effetto è che la sanità privata tende con cinica determinazione a escludere gli anziani dall'assistenza sanitaria; anche le Mutue-Casse-Fondi stanno lentamente abbandonando il loro carattere distintivo d'inclusione senza eccezioni per l'età.

SINTESI DEI RILIEVI

Il Centro Studi CONSUMERLAB, con la collaborazione di CD Servizi Medici, intende approfondire con una analisi, focalizzata su Mutue-Casse-Fondi, le tematiche specifiche per il miglioramento del servizio e, soprattutto, verificare lo stato del loro equilibrio finanziario che appare orientato negativamente alla luce degli allungamenti dei tempi di pagamento, dell'incremento del contenzioso, delle crescenti proposte di chiudere a saldo/stralcio detto contenzioso, del cambiamento "in corsa" dei parametri di copertura, della carenza di informazioni e controlli sui bilanci, della natura giuridica, varia e incongrua, in cui sono strutturate. In diverse ASL i tempi di pagamento "pubblici" sono più rapidi di quelli "privati".

Detto approfondimento è finalizzato ad un confronto "terzo" con Governo e Regioni. Verrà quindi presentata una proposta, studiata proprio per bilanciare i costi della Sanità privata e pubblica e per rendere più incentivante la deducibilità.

In prospettiva, la prova ancora più complessa che attende il nostro sistema nel futuro è il finanziamento e la fornitura di servizi agli anziani: nel 2060 gli over 65 - ora intorno a un quinto della popolazione - saranno un terzo degli italiani e due terzi della popolazione in età attiva; la spesa per la non autosufficienza passerà da circa il 2% odierno a poco meno del 3% del Pil, limitandosi alla sola spesa pubblica (fonte: ragioneria generale dello Stato).

Il paziente oggi ha difficoltà ad avere la migliore assistenza per la complessità normativa che regola la relazione tra le parti, a partire proprio da alcune condizioni assicurative.


I recenti cambiamenti normativi ed organizzativi e la contrazione delle risorse economiche disponibili, rendono necessario approfondire, da un lato la conoscenza dei meccanismi e delle dinamiche che generano conflittualità, dall'altro le diverse strategie di gestione alternativa dei conflitti. Si tratta infatti di criticità che spesso richiedono una soluzione immediata non sempre accessibile.

In questo ambito assume notevole rilievo il risultato di questo studio, mai effettuato prima, in regime di terzietà, in ottica consumerista, illustrato dal Prof. Nicola Dardes come preliminare evidenza di molte situazioni che richiedono interventi forti ed urgenti, in vista di una indagine molto più approfondita in collaborazione con Case di Cura e Medici.

Lo studio ha preso in esame dal 1° gennaio al 31 dicembre 2017 le modalità e le cause di ricovero di 8.663 pazienti in tre case di cura private ad alta specializzazione di Roma e ne ha rilevato le criticità. Da questo studio ha preso evidenza e concretezza la necessità di uno studio prospettico volto a valutare l'efficienza del sistema mediante l'uso di benchmark internazionali codificati. Verrà inoltre creato un registro delle criticità di sistema partendo proprio da quelle riscontrate nello studio pilota.

Lo studio preliminare suddivide le modalità di accesso al ricovero in:

- 1) ricovero programmato
- 2) urgenza/emergenza,
- 3) trasferimento da ospedale/clinica universitaria.



Sui 8.663 ricoveri presi in esame solo 5.672 (pari al 65,6%) sono stati programmati, 1.992 (pari al 22,9%) sono stati urgenze/emergenze, 999 (pari all'11,5%) sono stati i trasferimenti tra strutture.

Le criticità del sistema emerse hanno riguardato:

- a) la presa in carico tardiva, (il paziente con una patologia di urgenza deve attendere anche cinque giorni per avere l'autorizzazione dal suo intermediario);
- b) la negata copertura assicurativa dopo il ricovero;
- c) le contestazioni assicurative dopo il ricovero, (il paziente solo dopo il ricovero riceve il parere negativo al rimborso da parte del suo intermediario p.e. per sovrapposizione di patologie collaterali);
- d) i mancati aggiornamenti di nomenclatori e tariffari, (il paziente non ha coperture per interventi di alta ingegneria biomedica e robotica);
- e) l'inadeguatezza specialistica di medici valutatori assicurativi, (la patologia del paziente viene valutata da medici assicurativi non specializzati nella patologia esaminata);
- f) la negata copertura per i pazienti complessi (invecchiamento popolazione),
- g) le conversioni in ricovero chirurgico per procedure minime, (il paziente non vede riconosciute le procedure minime ambulatoriali a seguito di interventi importanti già effettuati, considerate invece come un secondo ricovero chirurgico);
- h) le franchigie e l'esclusione dell'IVA dalle coperture.

GLI ALTRI INTERVENTI

Il Forum ANIA-Consumatori si è limitato ad illustrare la nuova pubblicazione dedicata alle polizze che permettono di tutelare i cittadini dalle spese derivate da possibili eventi sanitari, quali un esame diagnostico, un ricovero in ospedale, un intervento operatorio, una malattia seria e l'invalidità, alleggerendo l'impegno economico richiesto.

Obiettivo della guida è illustrare in modo semplice e chiaro le differenti tipologie di polizze per la salute, spiegando come funzionano le assicurazioni per il rimborso delle spese mediche, le forme indennitarie, quelle che ci tutelano in caso di malattie gravi e le coperture che offrono sostegno economico a chi necessita di assistenza perché non più autosufficiente.

Inoltre, all'interno della guida, vengono anche approfonditi alcuni aspetti particolari, come il

questionario anamnestico, i periodi di carenza ed esclusione, i servizi che possono integrare la copertura (per esempio, le diverse forme di assistenza e supporto), nonché la normativa fiscale e le relative agevolazioni per chi possiede questi tipi di polizza.

Sono intervenuti al dibattito AIOP (Ospedalità privata), OMCEO (Ordine dei Medici); CODACONS (Consumatori).

Ha fornito un contributo sulla sanità privata IVASS (Istituto per la Vigilanza delle Assicurazioni); il coordinamento del dibattito è stato di Francesco Tamburella per CONSUMERLAB, che ha aggiunto alcune considerazioni generali.

La tendenza evolutiva del rapporto pubblico-privato appare confusa, più precisamente intrecciata e sovrapposta, piuttosto che complementare. Un campo a macchia di leopardo.

In pratica per chi può permettersi polizze assicurative ben strutturate le cure a cui accedere appaiono più che soddisfacenti; le coperture conseguenti a convenzioni aziendali elaborate da Mutue-Casse-Fondi tendono a contrarre le prestazioni dopo una generosa campagna di "reclutamento", con promesse accattivanti che potrebbero dimostrarsi insostenibili. Oltretutto, ribadiamo, data la carenza di controlli e proiezioni attuariali verificate, il settore Mutue-Casse-Fondi potrebbe trovarsi in condizioni non adeguate per mantenere gli adempimenti ipotizzati.

Le Case di Cura e le altre strutture convenzionate con Mutue-Casse-Fondi sono soggette a indebite pressioni e ristagnano in posizioni di debolezza (aggiungiamo di rischio) per non perdere le convenzioni e non venire penalizzati da ulteriori ritardi nei pagamenti e aggravio del contenzioso.

Il sistema mutualistico potrebbe essere in squilibrio come diversi segnali raccontano. Alcuni casi esaminati (non approfonditi e rappresentativi del sistema) hanno comunque evidenziato un possibile squilibrio, da una parte per l'ottimistica crescita lineare ipotizzata della raccolta, da un'altra parte dall'incremento delle richieste d'indennizzo e dalla lievitazione dei costi dovuti alle innovazioni tecnologiche introdotte.

Diminuisce il mercato. Aumenta oltre la povertà la minore capacità di spesa delle famiglie associata alla maggiore propensione al risparmio che non contempla coperture integrative.

L'ISTAT conferma che dal 2015 la popolazione residente è in diminuzione, configurando per la prima volta negli ultimi 90 anni una fase di declino demografico.

Al 31 dicembre 2018 la popolazione ammonta a 60.359.546 residenti, oltre 124 mila in meno rispetto all'anno precedente (-0,2%) e oltre 400 mila in meno rispetto a quattro anni prima.

Il calo è interamente attribuibile alla popolazione italiana, che scende al 31 dicembre 2018 a 55 milioni 104 mila unità, 235 mila in meno rispetto all'anno precedente (-0,4%). Rispetto alla stessa data del 2014 la perdita di cittadini italiani (residenti in Italia) è pari alla scomparsa di una città grande come Palermo (-677 mila). Si consideri, inoltre, che negli ultimi quattro anni i nuovi cittadini per acquisizione della cittadinanza sono stati

oltre 638 mila. Senza questo apporto, il calo degli italiani sarebbe stato intorno a 1 milione e 300 mila unità.

Nel quadriennio, il contemporaneo aumento di oltre 241 mila unità di cittadini stranieri ha permesso di contenere la perdita complessiva di residenti. Al 31 dicembre 2018 sono 5.255.503 i cittadini stranieri iscritti in anagrafe; rispetto al 2017 sono aumentati di 111 mila (+2,2%) arrivando a costituire l'8,7% del totale della popolazione residente.

La popolazione italiana ha da tempo perso la sua capacità di crescita per effetto della dinamica naturale, quella dovuta alla "sostituzione" di chi muore con chi nasce. Nel corso del 2018 la differenza tra nati e morti (saldo naturale) è negativa e pari a -193 mila unità.

Anche se in crescita per il quarto anno consecutivo, la spesa media mensile delle famiglie residenti in Italia - circa 2.500 euro mensili correnti - rimane nel 2017 sotto il livello del 2011. Nel Centro-nord si spendono mediamente 765 euro in più al mese rispetto al Mezzogiorno.

Se il sistema dovesse saltare avremmo un danno incalcolabile, economico e sociale, a carico della sanità privata che difficilmente ritroverebbe la forza di continuare.

Senza il privato il pubblico entrerebbe anch'esso in grave crisi. I tempi sono maturi per una radicale azione di verifica sui debiti evidenti e occulti data la mole di contenziosi aperti.

Occorre ritornare allo spirito originario della Riforma Sanitaria e garantire assistenza e cura per tutti, sfoltendo intrecci e sovrapposizioni, dipanando le contraddizioni.

Una reazione costruttiva è necessaria di fronte al calo negli ultimi anni del tasso di ospedalizzazione, dei ricoveri e delle giornate di degenza, con un numero ridotto di posti letto inferiore alla media europea.

La Ragioneria Generale dello Stato valuta che esistono margini di efficientamento e di razionalizzazione del sistema che possono essere utilmente attivati per far fronte agli effetti dell'invecchiamento della popolazione senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi erogati.

Nel 2017 la spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia ammonta a circa 113 miliardi di euro (1.866 euro per abitante), pari al 6,5 % del Pil nazionale.

Nel 2016 le famiglie italiane hanno contribuito con proprie risorse alla spesa sanitaria complessiva per una quota pari al 24,2%, in calo di un punto percentuale rispetto al 2001, ma superiore di quasi tre punti percentuali al livello minimo raggiunto nel 2010.

La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta il 2,1% del Pil

L'offerta ospedaliera si riduce per la diminuzione di risorse a disposizione e per la promozione di un modello di rete ospedaliera integrato con l'assistenza territoriale (nel 2002 i posti letto ordinari erano 4,4 ogni 1.000 abitanti, dal 2014 sono 3,2).

Attraverso la dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate, si possono valutare le spese sanitarie sostenute dai cittadini. Considerando che diverse spese non vengono dichiarate la stima è certamente per difetto.

Le spese sanitarie sostenute dai cittadini (Medici e Strutture accreditate del SSN, ticket, strutture sanitarie e socio-sanitarie non accreditate, medicinali veterinari, farmacie, parafarmacie, ottici e diverse categorie professionali) ammontano a 30,5mld. Di queste il 33% riguardano le spese odontoiatriche, il 22% per strutture autorizzate non accreditate, il 20% per strutture private, il 18% per i medici e il 7% per spese presso strutture pubbliche.

La sanità privata si tiene alla larga da alcune patologie. I tumori e le malattie del sistema circolatorio sono le patologie per cui è più frequente il ricovero ospedaliero: nel 2017 si sono registrate circa 1.856 dimissioni per malattie circolatorie ogni 100 mila abitanti e 1.102 dimissioni per tumori ogni 100 mila abitanti.

Il primo obiettivo è quello di colmare i vuoti ed eliminare le inefficienze, riequilibrare le efficienze e i differenti costi territoriali, ancora inadeguatamente sistemizzati.

Il servizio pubblico ancora primeggia nella fiducia dei cittadini ma riserva troppe difficoltà di accesso e fruizione. Il servizio privato vanta servizi "alberghieri" attrattivi e accoglienza tempestiva; la crescente efficienza anche operativa apre spazi nella fiducia dei cittadini.

Troppo politica clientelare nella gestione pubblica ne appesantisce le prestazioni; interessi speculativi ostacolano la trasparente credibilità della gestione privata.

Occorre un lavoro paziente nel riconsiderare il pluralismo del SSN, affinché continui a garantire indistintamente assistenza a tutti i cittadini con una qualità equilibrata pubblico-privato, lavorando per assumere i pregi ed eliminare i difetti di entrambe le formule.

L'efficienza non deve penalizzare le marginalità dell'assistenza, la crescente esigenza sanitaria della popolazione non deve diventare un abuso abitudinario; i talenti vanno premiati, le abitudini parassitarie contrastate; senza pregiudizi ideologici e senza invadenza clientelare.

La legge deve portare più chiarezza e meno dubbi interpretativi.

Sembra ovvio ma purtroppo è particolarmente complesso.

Il nostro SSN è considerato tra i migliori al mondo, per la qualità delle prestazioni, nonché per l'equità e l'universalità di accesso alle cure.

Una sana competizione tra pubblico e privato, a parità di condizioni e valutazioni, è la strada per mantenere questa posizione. Purché il giudizio spetti unicamente ai cittadini, attraverso la libertà di scelta.

PRESSO LA SEDE DI IVASS SONO STATE ORGANIZZATE DUE RIUNIONI

Gli esiti del seminario "Circuito Sanità, Attori a confronti", hanno stimolato approfondimenti che sono stati riportati all'attenzione di IVASS.

Nel corso della prima riunione (con AIOF e Consumerlab) sono state passate in rassegna e commentate le criticità emerse nel recente seminario e si sono concordate le linee principali del prossimo piano d'azione.

In particolare è emerso che uno dei principali elementi di devianza patologica del sistema è rappresentato dalle Società di Servizi che fungono da provider per le Compagnie di assicurazione. Tali società fungono da cerniera del sistema; infatti offrendo servizi gestionali alle Compagnie Assicuratrici, alle Società di Mutuo Soccorso, in alcuni casi ai Fondi Integrativi Aziendali e alle Case di Cura, creano una distorsione del sistema in quanto:

- 1) regolano di fatto il flusso di erogazione di servizi da parte delle Case di Cura agli assicurati, negando o ritardando la copertura dei sinistri, creando ostacoli al corretto esercizio dei loro diritti;
- 2) creano difficoltà al fornitore di servizi (Case di Cura), ritardando strumentalmente anche fino a 18 mesi il pagamento delle prestazioni erogate e cercando spesso di transigere il pagamento con richiesta di abbattimenti a saldo/stralcio anche fino al 30-40% del dovuto. È stato portato l'esempio di una Casa di Cura di Roma che ha crediti scaduti per circa 10 milioni di euro;
- 3) si è evidenziato che dette società sono spesso a "responsabilità limitata" con minimo capitale sociale versato, non aggredibili sul piano finanziario.

Si è inoltre accennato al tema critico delle polizze assicurative, siano esse private che collettive, con profili poco chiari ed intellegibili. È stato espresso l'auspicio di una maggiore uniformità tra le Compagnie ed una migliore accessibilità per una comprensione semplificata. Il Gruppo di lavoro intende anche impegnarsi per ottimizzare l'efficacia della legge 24/8.3.2017 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*". Tanto in attesa della approvazione dei decreti attuativi (relativi agli aspetti assicurativi, definizione dei caratteri essenziali di polizze - franchigie e massimali -, autoassicurazione, azione diretta e fondo di garanzia) che daranno un definitivo orientamento sulla responsabilità medica, in modo da evitare la speculazione sulla "mala sanità" impropria, disincentivando anche una esagerata medicina difensiva; quanto per dare un contributo al perfezionamento continuo delle linee guida, che definiscono la buona pratica professionale, con raccomandazioni di comportamento clinico, basate su analisi, valutazioni e interpretazioni sistematiche delle prove scientifiche.

Il dott. Tamburella ed il prof Dardes hanno ribadito, confermando quanto annunciato nel seminario del 30 ottobre scorso, la necessità di prevedere un Osservatorio sulle Criticità del Circuito Sanitario Privato, una cabina di regia che analizzi e monitori, in posizione di terzietà, il sistema della Sanità Intermediata italiana.

La metodologia di analisi dei dati dell'Osservatorio dovrà essere conforme alle regole della

Buona Pratica nella Ricerca. I dati ottenuti saranno pubblicati su una rivista scientifica internazionale indicizzata e saranno, poi, corpo centrale del "Libro bianco sulla Sanità Integrativa" che sarà successivamente pubblicato. Inoltre, in base alle valutazioni ed alle criticità raccolte, al fine di migliorare l'efficienza del sistema, l'Osservatorio redigerà una Carta dei Servizi con cui puntualizzare l'impegno ad adottare, nell'azione e nella missione, un comportamento corretto, trasparente e collaborativo nei riguardi del paziente; detta Carta dei Servizi riguarda tanto le Case di Cura quanto le Compagnie di Assicurazione. L'Osservatorio, in base all'esperienza acquisita, potrà elaborare un programma di corsi di formazione per il personale medico ed amministrativo delle Case di Cura volto a minimizzare le cause di non copertura sinistri derivanti da difetto di documentazione e, soprattutto, di incongruenza normativa e procedurale.

Un secondo incontro in IVASS (con Ordine dei Medici e Consumerlab), è stato puntualizzato che l'interesse fondamentale per il corpo medico si è attestato su due temi: i tempi di pagamento e la responsabilità professionale non ancora ben chiarita, nonostante la Legge 8 marzo 2017 n. 24 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*.

Si è ribadito che obiettivo dell'Osservatorio non è quello di indagare sul rapporto tra i tre pilastri del sistema: Servizio Sanitario Nazionale; Fondi, Casse, Mutue no-profit; Compagnie di Assicurazione profit; neanche sulla complessa materia normativa sedimentata in 26 anni dal D.Lgs 502 del 1992.

È stato confermato che obiettivo dell'Osservatorio è quello di uniformare al meglio la molteplicità di dati pubblicati, di indagare sulle criticità che ostacolano la ottimale gestione e il necessario sviluppo della Sanità Integrativa/Sostitutiva Intermediata e di proporre correttivi con la collaborazione tra le parti interessate; vista la sproporzione della Sanità Sostitutiva rispetto a quella Integrativa, che l'andamento del mercato ha generato, va prima di tutto chiarita la suddetta Legge di riferimento, rimasta indietro, in particolare sugli equilibri di sistema.

Va sottolineato che, negli ultimi sette anni, all'aumento del numero degli assicurati privati non ha corrisposto un aumento delle risorse impegnate; quindi il livello delle prestazioni è diminuito e le controversie sono in continua crescita.

Sono oltre 11 milioni gli iscritti ai fondi sanitari e 5 milioni gli assicurati, anche inseriti in programmi di welfare aziendale connessi a Compagnie di Assicurazioni.

Il mercato delle polizze stenta a decollare non solo per la concorrenza del secondo pilastro che, apparentemente, è più aperto a condizioni vantaggiose (senza limiti di età e anamnesi pregressa); anche il Servizio Pubblico appare in effetti efficiente; i vantaggi fiscali non sono favorevoli al terzo pilastro anche se le Compagnie recuperano riassicurando il secondo.

I driver futuri per la crescita possono essere individuati nella modifica della normativa, in una maggiore sensibilità per la prevenzione e infine in un sistema che, più in generale, preveda una maggiore integrazione tra pubblico e privato. Secondo le ultime stime dalla

Ragioneria Generale dello Stato nei prossimi dieci anni occorreranno 20 miliardi di euro aggiuntivi per finanziare i nuovi bisogni di cura, soprattutto per la lungodegenza - "long term care".

Altro obiettivo è quello di evidenziare l'opportunità di controlli più puntuali e approfonditi sulla gestione finanziaria delle risorse raccolte dal secondo pilastro, oggi affidate alla vigilanza del Ministero della Salute; più precisamente, dato il costante e forte incremento dei premi incassati, l'Anagrafe dei Fondi Sanitari dovrebbe subire controlli più determinati ed accessibili, anche liberi da parte di chi vi si affida; in particolare i diversi programmi di welfare aziendale che hanno vantaggi fiscali e che rientrano nelle contrattazioni sindacali a compensazione di diritti monetari e normativi di miglioramento. Infatti i costi del welfare dei dipendenti sostituiscono aumenti salariali e premi di produzione, contando sulla esenzione dal carico fiscale e contributivo.

Ultimo obiettivo è quello di semplificare le procedure a tutto campo, così come le condizioni di polizza, troppo differenti tra Compagnie e non abbastanza chiare, succinte e comprensibili.

Vanno regolate le Società di Servizi che gestiscono dette procedure e allineate le condizioni di copertura, comprese le tariffe e la nomenclatura sanitaria.

Appare eccessiva la spesa amministrativa del comparto, oggi calcolata un quarto della spesa totale.

L'Osservatorio sta distribuendo i questionari allegati, raccogliendo dati collaterali ed analoghi presso altre fronti assimilabili.

Contemporaneamente l'Osservatorio sta classificando le criticità denunciate direttamente dai pazienti alle Associazioni di rappresentanza.

Purtroppo i gestori della attività private si sono dimostrati prudenti nell'evidenziare, con dati concreti, le loro problematiche; è apparso evidente, anche se da dimostrare, il timore di contraccolpi o reazioni di sfiducia da parte di chi conduce la convenzione che regola la collaborazione.

Il prossimo passo è la presentazione di questa prima bozza sintetica con l'evidenza di ciò che non è allineato a un mercato moderno e trasparente; l'intento è quello di avviare ogni possibile soluzione e consentire il miglior sviluppo della Sanità Intermediata in armonia sinergica con quella Pubblica.

Si confida sull' incisivo orientamento dell'IVASS riguardo l'evoluzione della vigilanza sulla condotta di mercato in un'ottica preventiva.

LA RESPONSABILITÀ SANITARIA

Le problematiche attinenti alla responsabilità sanitaria, creano oltre il noto effetto delle "azioni difensive", che stimolano consumi sanitari fuori controllo, incertezze sulle modalità applicative di terapie e interventi di difficile codificazione. Nessuno dubita che il malato debba essere protetto da errori accaduti nelle cure ma non possono più essere tollerate

speculazioni quando organizzazioni legali si specializzano nel cercare il danno ovunque possa essere snidato e amplificato, se non artatamente costruito.

La legge 24/2017 "*Riforma della Responsabilità Sanitaria*" aveva l'obiettivo di creare un ambiente più chiaro e determinato, per contenere le vertenze che comunque danneggiano comportamenti in buona fede e la serena professionalità dei medici e delle strutture sanitarie nella determinazione della verità.

In breve emergono diverse criticità.

La legge delegava alle fonti secondarie la regolamentazione di aspetti rilevanti per il completamento della riforma, tra i quali, ai sensi dell'articolo 10 (Obbligo di Assicurazione) con tre decreti "Assicurativi":

1. i criteri e le modalità di vigilanza dell'IVASS sugli assicuratori del settore;
2. la determinazione delle modalità e i dati per le comunicazioni delle coperture assicurative all'Osservatorio;
3. i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti delle professioni sanitarie;
4. l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati;
5. i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle analoghe misure con la costituzione del fondo rischi e riserve;
6. le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di una Compagnia di assicurazione;
7. le eccezioni derivanti dal contratto che potranno essere opposte dall'assicuratore al danneggiato nell'ambito dell'azione diretta (art. 10) la quale entrerà in vigore.

Con la parziale operatività della riforma della responsabilità sanitaria, viene meno l'obbligo assicurativo per le strutture sanitarie di essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie. Oltre alle criticità conseguenti alla mancanza dei decreti attuativi, rimangono tuttavia dei dubbi interpretativi che investono profili sostanziali e processuali. Dubbi che non potranno essere chiariti dalle normative di attuazione, che avranno un contenuto specifico, in virtù delle deleghe conferite dal legislatore. Dubbi che potranno essere risolti esclusivamente a seguito di un consolidamento della interpretazione giurisprudenziale.

LE CRITICITÀ NELLA INTERPRETAZIONE DELLA RIFORMA

La dott.ssa Paola Buonopane è intervenuta per Consumerlab sulle criticità nella interpretazione della riforma.

- La partecipazione necessaria alla fase della ctp ex 696 bis o della mediaconciliazione.
- Un orientamento condiziona anche l'obbligo dell'assicuratore a partecipare alla mancata vigenza dell'azione diretta in difetto del Decreto Ministeriale.
- Altra parte della magistratura di merito considera la norma dettata dall'articolo 8, comma 4 come una prescrizione autonoma immediatamente applicabile. L'applicabilità della nuova legge (in particolare sul doppio binario) ai procedimenti originati da fatti accaduti in data precedente l'entrata in vigore.
- Le prime pronunce di merito si sono affrettate a negare una "retroattività" della normativa e quindi la sua applicabilità ai fatti precedenti.
- Parte della dottrina evidenzia la natura interpretativa della norma (art. 7) e quindi la possibilità di regolare i fatti precedenti e la singolarità, nel caso di specie, che la normativa non riforma una legge ma un orientamento giurisprudenziale.
- La possibilità per la struttura sanitaria di convenire in giudizio l'esercente della professione sanitaria (senza contratto con il paziente) non citato dal danneggiato.
- Alcuni commentatori sostengono la possibilità di esperire l'azione di rivalsa condizionata all'accoglimento della domanda del danneggiato naturalmente in presenza dei presupposti di cui all'articolo 9 (dolo o colpa grave). Ciò con evidenti difficoltà di conciliare una strategia difensiva nei confronti del danneggiato con la richiesta di accertamento della colpa grave.
- Voci isolate escludono la possibilità di convenire l'esercente non citato dal danneggiato.
- La probabile riformulazione del concetto di "Colpa Grave" ad opera della giurisprudenza.

La magistratura civile sarà chiamata a svolgere l'approfondimento sulle ipotesi di colpa grave tradizionalmente di interesse della magistratura contabile.

Riguardo la norma di diritto penale (articolo 6) si è già espressa in più occasioni la Cassazione, anche a Sezioni Unite, risolvendo contrasti, in quanto (in ragione del principio del *favor rei*) è stata chiamata a interpretare la riforma anche in riferimento a fatti pregressi.

CONCLUSIONI

Questa ricerca preliminare ha messo in luce problematiche per il futuro dalla Sanità Intermediata italiana (privata) che richiedono interventi incisivi e tempestivi. Occorre in sostanza una cabina di regia che metta a sistema diverse attività finora lasciate senza opportuna guida e attento controllo, anche di allineamento, da parte dell'autorità pubblica:

- PROCEDURE
- LETTERATURA E NOMENCLATURA
- FILIERA ALLUNGATA
- ECONOMICITÀ GESTIONALE
- EQUILIBRI FINANZIARI
- CONTROLLI SISTEMATICI E PUNTUALI
- RESPONSABILITÀ MEDICA

INDAGINE CAWI

Il Centro Studi CONSUMERLAB, ha collegato ai lavori i risultati dell'ultimo sondaggio effettuato tra marzo e aprile 2019 con il metodo CAWI, 2.500 consumatori di cui 1.000 assicurati con polizza sanitaria privata da cui emerge che il 36% degli intervistati, pur disponendo di un reddito adeguato, si fida maggiormente della sanità pubblica; di questo 36% il 28% ha comunque stipulato un contratto di polizza sanitaria; il 57% degli assicurati con polizza privata teme di scoprire imprevisti sulle coperture, il 78% di tutti gli intervistati ritiene troppo costose le polizze private.

Il 91% degli intervistati chiede che il premio della polizza sanitaria privata sia in parte anche a carico della Regione di appartenenza visto che di fatto il cittadino evita, addossandoselo, un onere che dovrebbe essere invece interamente a carico della regione stessa. Ritengono infatti che la sanità privata alleggerisca il costo di quella pubblica.

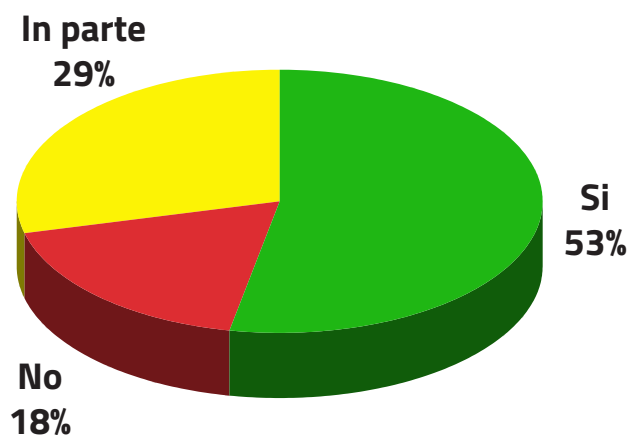


UNA SPECIFICA ULTERIORE INDAGINE HA COINVOLTO, CON IL METODO WOR - WEB OPINION READER, I SEGUENTI CAMPIONI DI CITTADINI:

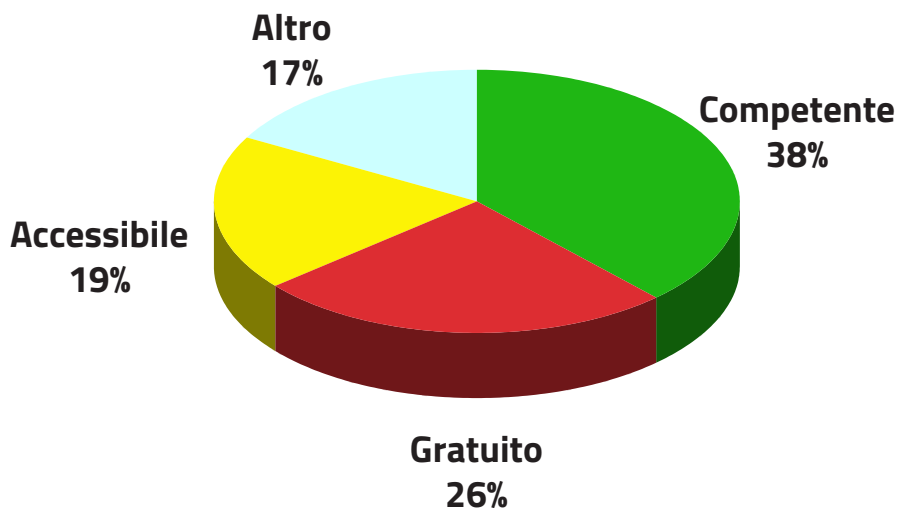
L'INDAGINE WOR (WEB OPINION READER) è un data mining (progettato e realizzato da Markonet in logica semantica) che monitorizza, aggrega e sintetizza le conversazioni estratte dai post pubblicati sui diversi social network e spazi web di interazione varia (CGM – Consumer Generated Media), quell'immensa base dati (data lake) che si accumula ogni giorno via internet. Il WOR si propone di definire l'opinione prevalente, convergenze e divergenze su determinati temi, Filtra e organizza i dati anche per elaborare modelli predittivi del comportamento dei Consumatori determinando la ricorrenza di parole-chiave nei flussi informativi. L'effetto immediato è una stima flash sulle aspettative (nowcasting) dei Consumatori attivi nel web (più curiosi ed informati, comunque più influenti) per poi rilevare i sentiment necessari per capire i trend del mercato. Il campione di interventi raccolti non è ovviamente rappresentativo di specifici cluster; per questo vengono esaminati interventi in numero molto maggiore della prassi per supplire con la quantità alla precisione, evidenziando comunque che gli esiti sono caratteristica espressione della tipica platea web.

QUESTE LE RISPOSTE
DOMANDE AI CAMPIONI A-B-C

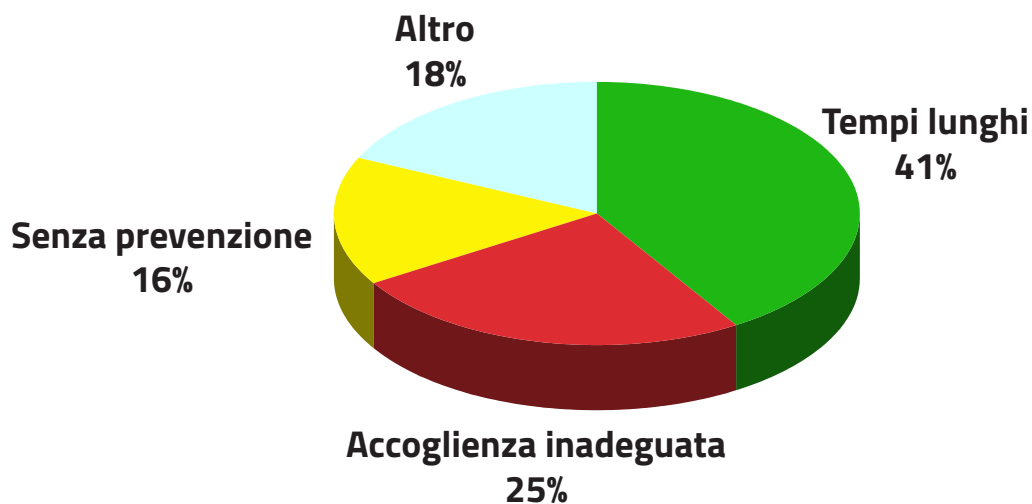
È SODDISFATTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE?



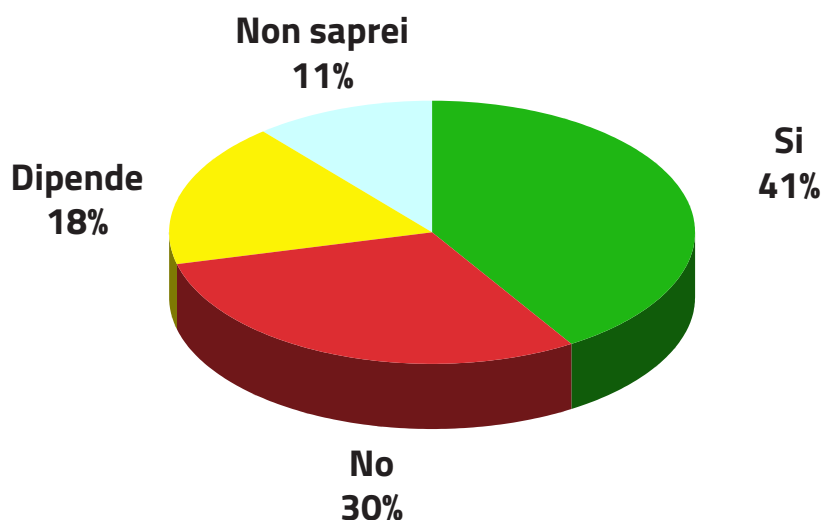
PERCHÉ È SODDISFATTO?



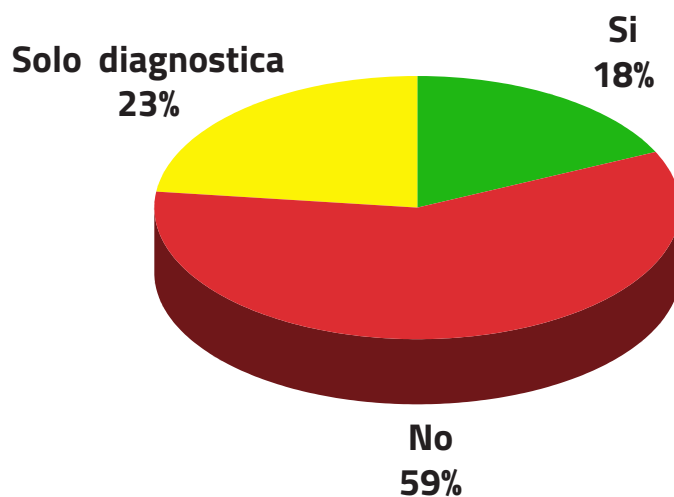
PERCHÉ NON È SODDISFATTO O LO È IN PARTE?



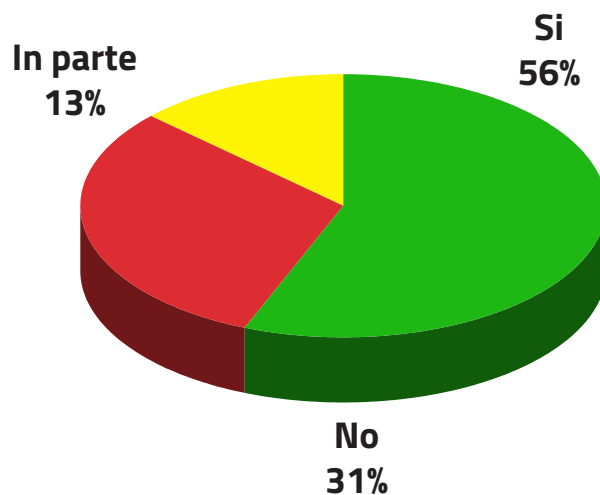
**CREDE NELLA POSSIBILITÀ DI COPERTURE SANITARIE PRIVATE
MEGLIO DEL PUBBLICO?**



HA AVUTO ESPERIENZE CONCRETE DI ASSISTENZA SANITARIA PRIVATA?

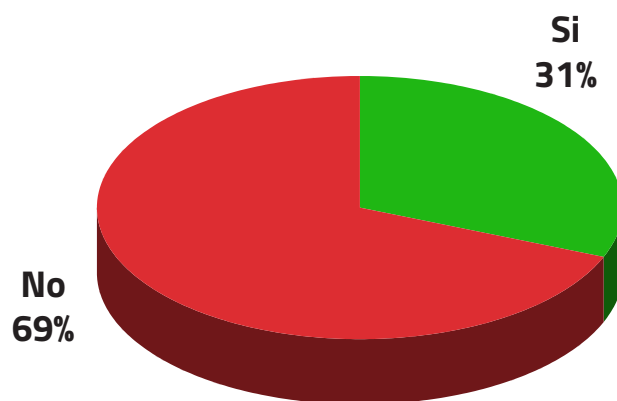


SE HA AVUTO ESPERIENZE È SODDISFATTO?

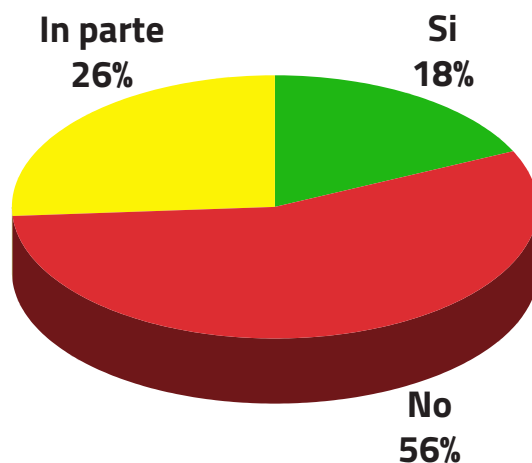


DOMANDE AI CAMPIONI A-B

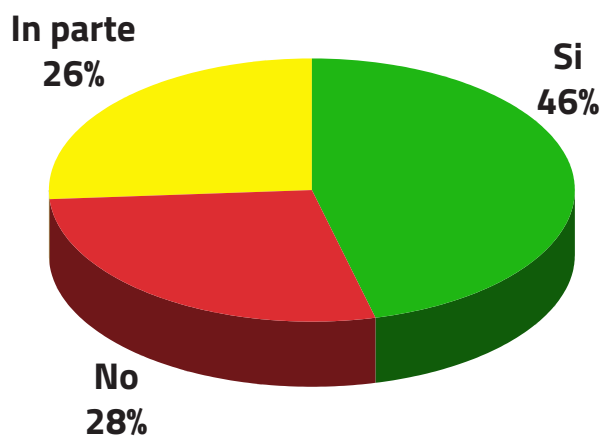
HA UTILIZZATO LA COPERTURA ?



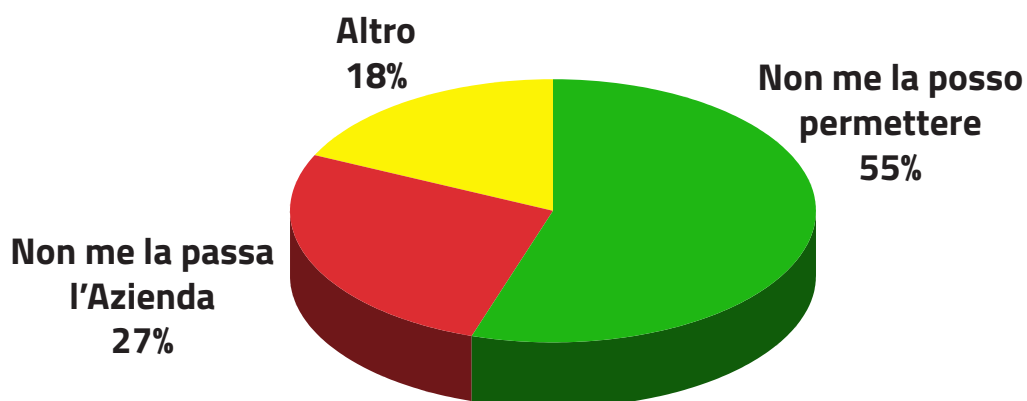
È SODDISFATTO DEL SERVIZIO (DA ASSICURAZIONE, FONDI-CASSE-MUTUE)



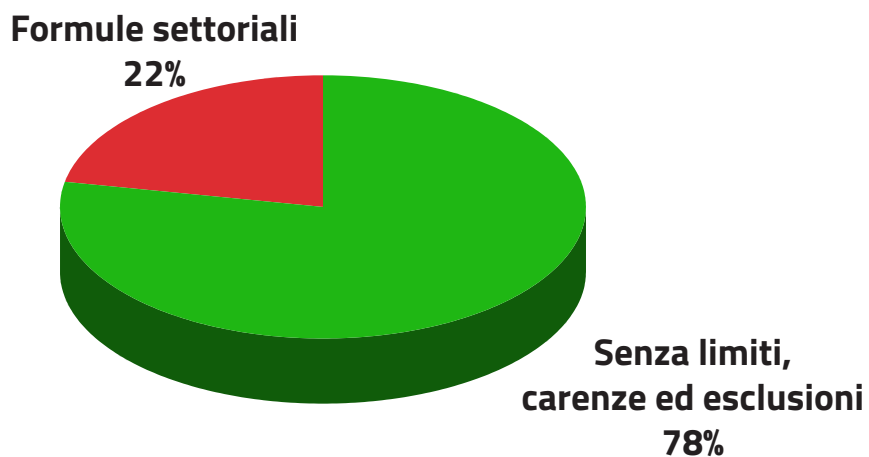
È SODDISFATTO DEL SERVIZIO EROGATO DALLA STRUTTURA SANITARIA?



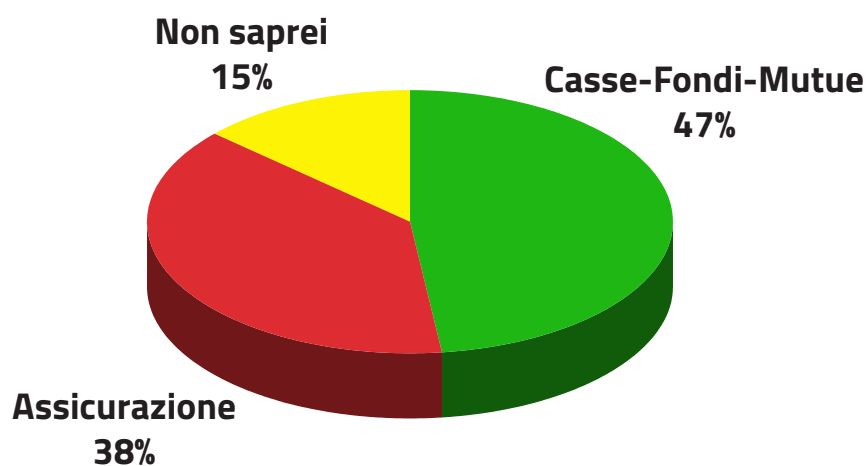
PERCHÉ NON ADERISCE AD UNA COPERTURA INTEGRATIVA?



QUALE COPERTURA VORREBBE?



HA PIÙ FIDUCIA IN UNA ASSICURAZIONE O IN CASSE-FONDI-MUTUE?



**ESTRATTO DALLA RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ
SVOLTA DALL'IVASS NELL'ANNO 2018
CONSIDERAZIONI DEL PRESIDENTE FABIO PANETTA**

LA SANITÀ INTEGRATIVA

Nel 2018 abbiamo ricevuto molti reclami e segnalazioni – anche di Associazioni dei consumatori e di professionisti del settore medico – per disservizi nelle prestazioni di Sanità Integrativa: ritardi nella presa in carico delle richieste, informazione carente, eccessiva onerosità delle procedure amministrative da seguire e della documentazione medica da fornire. Le lamentele riguardano Compagnie di assicurazione, ma spesso anche soggetti non vigilati da IVASS, come i fondi sanitari integrativi e le società di mutuo soccorso o anche i fornitori di servizi sanitari. Emerge chiaramente dalla nostra attività che i consumatori spesso non hanno chiaro chi sia il soggetto responsabile della prestazione sanitaria che deve essere erogata e quindi del disservizio: se il fondo, la mutua, il fornitore dei servizi o la Compagnia di assicurazione. Né che abbiano piena consapevolezza delle differenze tra le varie forme di Sanità Integrativa in termini di regole di funzionamento, presidi di solidità tecnico-patrimoniale e regime dei controlli cui sono sottoposti i diversi operatori.

Riteniamo necessario rafforzare trasparenza e chiarezza dei contratti sulle prestazioni sanitarie, da chiunque offerti. Si tratta di un tema delicato con importanti implicazioni, anche sociali.

Le Compagnie assicurative sono chiamate – è nel loro interesse – a approfondire il massimo impegno per evitare incertezze o dirimere eventuali situazioni di controversia legate a disservizi.

LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CONDOTTA

La IDD ha introdotto nell'ordinamento assicurativo di tutti i paesi dell'Unione la c.d. customer interest rule. Questa supera il più tradizionale approccio alla tutela incentrato sulla trasparenza informativa, per richiedere alle Compagnie di dotarsi di solidi processi per la definizione di prodotti chiari e in grado di rispondere alle effettive esigenze di protezione dei clienti (la c.d. Product Oversight Governance – POG) e di condividere con le reti distributive l'adozione di procedure di vendita e post-vendita corrette e professionali. All'obiettivo di dare priorità alle esigenze del cliente si associa il rischio di condotta sul quale sono chiamate a vigilare le Autorità di settore. Le maggiori tutele previste dalla IDD incidono sui processi di creazione e distribuzione dei prodotti, sui rapporti tra Compagnie, intermediari e clienti, sul piano delle responsabilità. Si impone un ripensamento della filosofia e dell'azione degli operatori e della stessa vigilanza su imprese e intermediari.

L'IVASS è chiamato a vigilare sulla correttezza ed efficacia dei presidi posti in essere da imprese di assicurazione e intermediari assicurativi prima e dopo il lancio di un nuovo prodotto sul mercato. A questo fine abbiamo da poco avviato una serie di incontri con gli

operatori assicurativi che coinvolgono sia il produttore sia i relativi distributori. Essi mirano ad acquisire una visione concreta delle azioni intraprese per adattare i processi interni alla nuova normativa e nel contempo rappresentare le aspettative del supervisore. Sono stati finora coinvolti sei gruppi assicurativi; altri lo saranno a breve. È una sfida complessa perché l'azione di supervisione muove verso aspetti sempre più qualitativi, assai difficili da intercettare. La vigilanza sulla condotta di mercato da parte dell'IVASS riprenderà taluni metodi dalla vigilanza prudenziale, altri ne svilupperà. Intendiamo fondare il nostro approccio su tre pilastri: articolazione e adeguatezza dei sistemi di governo e sorveglianza della produzione e distribuzione dei prodotti; definizione di strumenti di analisi dei rischi di condotta basati su indicatori quantitativi, in grado di segnalare situazioni di potenziale rischiosità; disciplina di mercato. La lente della vigilanza sarà focalizzata sulla governance e sulle funzioni chiave aziendali, primo e principale "centro di controllo" anche dell'operato della rete distributiva, con un particolare coinvolgimento della funzione di compliance, che andrà pertanto rafforzata. L'approccio tradizionale nella vigilanza sulla condotta di mercato degli operatori del settore assicurativo è da sempre stato guidato da una estrema attenzione alla "voce del consumatore", in particolare ai disservizi da questi rilevati nella quotidiana interazione con Compagnie e intermediari. Per sua natura, tuttavia, tale approccio opera ex post, cioè consente di identificare e correggere disfunzioni che si sono già verificate. Per accrescere la capacità di intervenire ex ante abbiamo definito due modelli di analisi dei rischi di condotta, che integrano la "vista" del consumatore nell'identificare le priorità per l'attività di vigilanza. Il primo scandaglia i prodotti e le pratiche liquidative; il secondo le reti di intermediari – gli oltre 230.000 iscritti al Registro Unico degli Intermediari (RUI) – con l'obiettivo di individuare indici di anomalia a livello di linea di business, canale distributivo, fino al singolo intermediario. Questo insieme informativo sarà presto integrato con l'utilizzo dei dati sugli "stretti legami" degli intermediari. La nostra esperienza mostra poi che la pubblicazione di pochi semplici dati, come le classifiche delle imprese rispetto a reclami e sanzioni ricevuti, ha innescato positive e tempestive risposte dalle Compagnie, attesi anche gli impatti reputazionali sui clienti e sull'opinione pubblica. Quelle sulle condotta di mercato sono informazioni di facile comprensione, in grado di raggiungere in tempi ristretti un numero elevato di soggetti potenzialmente coinvolti o interessati. Intendiamo pertanto proseguire e affinare gli strumenti di diffusione comparativa dei comportamenti delle imprese nei rapporti con i consumatori. Importanti indicatori verranno dai dati sui ricorsi e sulle decisioni dell'Arbitro assicurativo. Per conoscere e indagare i reali comportamenti in fase distributiva, obiettivo particolarmente complesso anche in sede ispettiva, è al vaglio la possibilità, che beneficerebbe di interventi normativi, di ricorrere a strumenti, già in uso presso Autorità estere, come il mystery surfing e il mystery shopping. Un aspetto che stiamo ponendo al centro delle nostre riflessioni è l'opportunità di applicare, anche in questo campo, una proporzionalità delle misure organizzative per evitare che siano eccessivamente penalizzati operatori di dimensioni ridotte. Sia i supervisori sia l'industria sono chiamati alla ricerca di un punto di equilibrio tra l'esigenza di sviluppare una buona organizzazione e quella di gestirne

i costi. È infine necessaria una menzione dei c.d. siti irregolari (o siti fake) tramite i quali si realizzano vere e proprie truffe a danno dei consumatori, specie nel settore della RC auto. Lo scorso giugno in questa sede sono state fornite indicazioni sulla diffusione del fenomeno, purtroppo ancora in crescita: nel 2018 sono stati individuati 103 siti irregolari, a fronte dei 50 del 2017; già oltre 80 casi sono stati segnalati nei primi mesi del 2019. Abbiamo anche ricordato la cooperazione fornita alle Autorità inquirenti, le uniche in grado di intervenire alla radice del problema e il ventaglio di iniziative che assumiamo per metterli off-line (ci si riesce oggi nel 95% dei casi). Abbiamo appreso con soddisfazione che, anche grazie al supporto fornito dall'IVASS, è in corso una importante indagine del Nucleo Speciale Frodi Tecnologiche della Guardia di Finanza sotto il coordinamento della Procura della Repubblica di Milano per il sequestro e l'oscuramento di oltre 100 siti irregolari e l'individuazione dei responsabili. Quello che ho illustrato è un approccio di minimum engagement, un obiettivo di base per il rispetto della nuova normativa: si aggiunge al tradizionale modo di operare dell'IVASS. Dobbiamo rafforzare sia i Servizi di controllo a distanza sia le risorse ispettive.

A rendere necessario questo rafforzamento è la portata e la complessità dei compiti che ci attendono: dall'ampliamento delle prospettive di vigilanza in un'ottica sempre più preventiva, che richiede uno sforzo strategico e un riassetto organizzativo, sul quale mi soffermerò a breve, alle sempre più fitte interrelazioni tra i due fronti della vigilanza, quella prudenziale e quella sulla condotta di mercato. È in corso una riflessione sull'adeguatezza delle risorse a disposizione dell'Istituto per svolgere appieno questi nuovi, più ampi compiti.