L'intermediario al tempo del coronavirus

In giorni in cui la parola d'ordine è separazione, distanza di sicurezza, quarantena, non si può fare a meno d'interrogarsi su come potrà avvenire la *ripartenza* anche per il mondo dell'assicurazione, da parte sua già interessato da tempo da forme di distribuzione in rapida evoluzione e che sembrano voler rimettere in discussione i ruoli dei protagonisti storici del settore. Quindi vale la pena di riflettere su come le diverse forme di gestione del *core business* dell'assicurazione (la fornitura di polizze) potranno misurarsi con il nuovo contesto. Questo non certamente sul piano delle norme di sicurezza sanitaria, che dipendono dalle autorità sanitarie e politiche, ma sul piano di come le diverse forme di distribuzione o d'intermediazione (come vogliamo chiamarla) possano rispondere all'esigenza di fondo, quella di permettere all'utenza d'acquisire polizze **adeguate** alle sue reali esigenze.

L'attività d'(inter)mediazione in forma *tipica* è attività che presuppone un rapporto diretto ed immediato tra persone; chi vuole vendere, chi vorrebbe (almeno potenzialmente) comperare e tra loro il mediatore (o intermediario se preferiamo) che cura nel proprio interesse la conclusione dell'affare (ovviamente comportandosi con diligenza, correttezza e trasparenza)[1]. Quindi un'attività che sembra non poter prescindere dal rapporto tra persone, preferibilmente *vis a vis.*

---

[1] Cassazione Civile, 15 marzo 2006, n. 5777
Nella mediazione, che consiste nel mettere in relazione due o più parti per la conclusione d'un affare, i soggetti del contratto sono tenuti all'obbligo generale e reciproco della buonafede, il quale si concreta a norma dell'articolo 1759 Codice Civile (Responsabilità del mediatore) nel dovere del mediatore di fornire tutte le informazioni di cui egli sia a conoscenza (compreso lo stato d'insolvenza dell'altra parte), che comprende sia le circostanze conoscendo le quali le parti o taluna di esse non avrebbero dato il consenso a quel contratto, sia le circostanze che avrebbero indotto le parti a concludere il contratto a diverse condizioni.
Ne consegue che la parte tenuta al pagamento della provvigione può far valere, secondo i principi di cui all'articolo 1218 Codice civile (Responsabilità del debitore), l'inadempimento del mediatore rispetto a tali obblighi per sottrarsi al pagamento della stessa provvigione.

Invece nella distribuzione *tipica* il venditore/produttore propone ed illustra, con attività pubblicitaria implementata con documenti informativi su supporti cartacei ed informatici, le qualità del suo prodotto ed il *compratore* lo valuta (con quali strumenti critici e soprattutto con quale esperienza specifica?) e decide se acquistarlo. Se pensiamo quindi alla semplice *distribuzione* la figura dell'intermediario potrebbe anche risultare superflua, quasi sostituita dall'informazione precontrattuale scritta. È proprio la norma comunitaria (la nota **IDD**) che sostituisce il termine *intermediario* con *distributore* anche se poi a tutti i livelli, ad iniziare dall'**IVASS** (vedi box,) il dualismo sul piano anche lessicale permane lasciando quindi intatta la sensazione che *distribuzione* ed *intermediazione* non siano propriamente due sinonimi, ma finiscano in pratica per connotare due attività diverse.

(dal sito IVASS 6 aprile 2020)
La distribuzione assicurativa riveste un carattere particolarmente rilevante anche in considerazione delle novità introdotte dalla Direttiva (UE) n. 2016/97, recepita nell'ordinamento italiano dal decreto legislativo 21 maggio 2018, n. 68, che ha modificato il Codice delle Assicurazioni Private (d.lgs. n. 209/2005). La nuova direttiva introduce sistemi più efficienti e semplificati di gestione dei registri e di vigilanza sulle imprese e sugli intermediari rafforzando il livello di tutela del consumatore e consolidando nell'ordinamento europeo principi e regole già presenti nella regolamentazione italiana.

Nel mondo delle polizze la *distribuzione* avviene già oggi regolarmente attraverso i siti INTERNET d'imprese e *distributori*[2] (intermediari) che operano nel rispetto d'obblighi comportamentali e documentali minuziosamente regolamentati (vedi *ex multis* il Regolamento **IVASS** 40/2018); fin troppo minuziosamente a giudizio non di pochi e probabilmente con effetti deleteri dal momento che troppa informazione, se non correttamente gestita, equivale a nessuna informazione (principio dell'attenzione selettiva per cui recepiamo automaticamente soprattutto quello che più si avvicina ai nostri *bias*) ed *anestetizza* lo spirito critico[3]. Questo approccio tra l'altro presuppone che il potenziale acquirente (contraente e potenziale assicurato) sappia già esattamente ciò di cui ha bisogno <u>e sia quindi in grado di valutare in quale misura i singoli prodotti rispondono alle sue specifiche esigenze.</u>

E qui la questione si fa più delicata visto che per acquistare una polizza *adeguata* può essere utile (ma non basta) semplicemente sapere, leggendo la non poca documentazione precontrattuale oggi prevista, **cosa** il prodotto offre e **come** lo offre;

[2] Anche a titolo accessorio.

[3] Lo spirito critico è fondamentale anche per conoscere noi stessi, conoscenza senza la quale la nostra vita non è migliorabile. Ci si potrebbe chiedere: ma perché devo chiedermi il perché delle mie azioni, se vivo bene una certa situazione? L'analogia classica è quella dell'esame sanitario di prevenzione. Vivere bene un certo momento non significa stare bene. L'analisi critica delle cause che ci spingono a fare determinate scelte ci rassicura sul fatto che siano buone scelte, ora e in futuro, che non sottintendano "*patologie nascoste*".

ma non basta certamente se non si sa con esattezza *a priori* da **quali** rischi ci si vuole tutelare e soprattutto in quali termini l'assicurazione può rispondere alle nostre esigenze.
Chiariamo meglio il concetto partendo dal secondo assunto: l'assicurazione ci mette a disposizione una somma di denaro od anche un servizio (ramo 1) la ove si verifichi un certo evento, anche indipendentemente dal livello di danno effettivamente subito (polizza parametrica). Sembra un'ovvietà: ma non lo è in quanto il tipo ed il livello di danno monetizzabile, direttamente o per equivalente, varia non di poco in funzione del tipo di rischio e delle caratteristiche *soggettive* (atteggiamenti personali, comportamenti, condizioni economiche) ed *oggettive* (rischi generali e specifici cui l'assicurando è esposto) dell'assicurando. L'informazione disponibile poco ci aiuta in questo senso e per convincersene basta guardare per iniziare, con gli occhi d'un soggetto non specialista, l'elenco dei rami assicurativi predisposto dall'**IVASS**[4] (e riportato in nota; tra parentesi ove utile la traduzione in assicurese corrente).
Da questo elenco comprendiamo che il ramo **vita** si occupa di tutelare il soggetto o di curarne gli interessi finanziari (come nel caso delle operazioni di capitalizzazione anche ai fini pensionistici, soggette al controllo congiunto **IVASS**/**Consob**) per ciò che riguarda la sua vita personalmente e direttamente, indipendentemente dal fatto che la copertura sia acquisita individualmente o collettivamente nell'ambito d'accordi

---

[4] **Elenco rischi Ramo vita**

1. Assicurazioni sulla durata della vita umana; (TCM)
2. Assicurazioni di nuzialità e natalità; (praticamente ignorate in Italia
3. Assicurazioni malattia e contro il rischio di non autosufficienza (RSS a vita intera, LTC, IPM);
4. Operazioni di capitalizzazione (accantonamenti); (PIP e polizze di capitalizzazione di tipo diverso)
5. Operazioni di gestione fondi collettivi per prestazioni in caso di morte, di vita, riduzione o cessazione attività lavorativa (esempio fondi pensione).

Elenco rischi Ramo danni

1. Infortuni (infortuni sul lavoro, malattie professionali; persone trasportate); (polizze infortuni individuali e collettive, R, infortuni conducenti e terzi trasportati)
2. Malattia; (RSS, RCO per malattie professionali)
3. Corpi di veicoli terrestri (non ferroviari); Kasko)
4. Corpi di veicoli ferroviari;
5. Corpi di veicoli aerei;
6. Corpi di veicoli marittimi, lacustri e fluviali;
7. Merci trasportate (anche bagagli e altri beni); (Trasporti)
8. Incendio ed elementi naturali (danni ai beni); (incendio e garanzie accessorie SRCC, trombe ed uragani, allagamento, alluvione, terremoto, eccetera)
9. Altri danni ai beni causati da grandine, gelo o altro evento (furto) non compreso dal precedente n. 8; (rischi agricoli, furto, guasti alle macchine)
10. Responsabilità civile autoveicoli terrestri; (RCA)
11. Responsabilità civile aeromobili;
12. Responsabilità civile veicoli marittimi, lacustri e fluviali;
13. Responsabilità civile generale (RC non compresa nelle precedenti); (RCT/RCO, RC Professionale, RC generale)
14. Credito;
15. Cauzione;
16. Perdite pecuniarie di vario genere;
17. Tutela legale;
18. Assistenza.

sindacali o benefit aziendali. La copertura offerta dalle assicurazioni di questo ramo ha lo scopo di garantire all'assicurato e direttamente od indirettamente anche al suo nucleo famigliare la sussistenza economica (attraverso l'erogazione d'una rendita o d'un capitale al verificarsi d'alcuni eventi) e quindi di limitare il disagio economico derivante da un evento drammatico (la morte, l'invalidità permanente, le spese per cure mediche od assistenza per sopravvenuta inabilità[5]).
Le polizze *tipiche* di quest'area si attivano in momenti topici della vita dell'assicurato. E non solo per eventi tragici o dolorosi, come può essere la morte o l'invalidità, ma anche per la perdita del lavoro (**PPI**[6]).
Le polizze relative agli eventi elencati nel ramo **danni**, hanno invece l'obiettivo di preservare la situazione patrimoniale dell'assicurato quale era prima del verificarsi dell'evento dannoso (sinistro). Già solo per i veicoli sono presenti diverse tipologie di copertura: quella che riguarda i rischi legati alla conduzione del veicolo (la **RC Auto obbligatoria**) e quella che riguarda i rischi di danno al veicolo come bene (furto, incendio, danni diretti da circolazione) o quella per le lesioni fisiche al conducente (infortuni).

Chi fosse arrivato a leggere fin qui, dopo aver scorso tutto l'elenco **IVASS** dei rischi assicurativi sopra riportato, non avrebbe dubbi: il termine "*ramo assicurativo*" sta ad indicare una famiglia di rischi con caratteristiche simili. Identifica, anche, un gruppo di polizze con un obiettivo comune: da una parte sostenere economicamente l'assicurato e/o i suoi cari (**polizze ramo vita**), dall'altro preservarne il patrimonio (**polizze ramo danni**). Ma sul piano della guida pratica all'utilizzo tutto ciò ci dice poco o nulla; non c'è corrispondenza tra questo catalogo e quanto si trova sul mercato nei vari **DIP** e **DIP** aggiuntivi, magari presentato con denominazioni commerciali come la polizza **tutti i rischi.** Ovvero qualcosa che non esiste o meglio esiste solo se partiamo dalla premessa assicurativa che si tratta di tutti i rischi che l'assicuratore decide di sottoscrivere[7]; esclusi quindi tutti quelli non assicurativi, quelli vietati per legge o quelli che l'assicuratore ha scelto di non sottoscrivere. Quindi un concetto di **tutti i rischi** ben diverso da quello che normalmente si potrebbe intendere nel senso

---

[5] Eventi questi che oltre al danno diretto da lucro cessante (la morte del capofamiglia percettore/produttore di reddito) comportano anche un danno emergente costituito un aumento di spese di cura, al momento assai poco tutelato dal welfare pubblico; si tratta del cosiddetto **rischio biometrico**. La legge italiana non fornisce nessuna definizione di "**rischio biometrico**". Nella disciplina comunitaria invece la direttiva 2003/41/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, relativa alle attività ed alla supervisione degli enti pensionistici aziendali o professionali, definisce come tali i rischi di morte, invalidità e longevità.

[6] **P**ayment **P**rotection **I**nsurance, che condividono caratteristiche del **vita** e delle perdite pecuniarie e che sono state oggetto d' una comunicazione congiunta al mercato ad opera di Banca d'Italia ed **IVASS** in data 17 marzo 2020 avente ad oggetto proprio l'informazione precontrattuale e la valutazione d'adeguatezza di queste polizze.

[7] Difatti più pudicamente in Francia questi tipi di copertura sono definiti *tous risques sauf.*

comune. Chiediamoci quindi come possa reagire un assicurando medio di fronte ad un testo come questo a fianco.

Sezione A - Incendio All Risks
La garanzia Incendio è in forma All Risks pertanto la sezione prevede delle esclusioni specifiche dettagliate riportate nel relativo articolo "Esclusioni". Tra le esclusioni generali, si segnala che sono esclusi i danni causati da: atti di guerra, insurrezione e simili; causati da radiazioni o esplosioni atomiche; di smarrimento, furto, rapina, ammanchi avvenuti in occasione di eventi garantiti; causati da occlusione di grondaie e sistemi di scarico, accumulo esterno d'acqua (salvo quanto previsto dalla garanzia allagamento ed occlusione grondaie, se prestate). Inoltre sono esclusi i danni da eventi catastrofali, salvo quanto espressamente previsto dalle garanzie Terremoto e Inondazione, Alluvione, se acquistate.

Sia chiaro che questa non vuole essere una critica ai redattori di questi documenti, che anzi fanno acrobazie per condensare in 4 facciate documenti che poi si presentano di 40 pagine dato che prestano diverse garanzie ricadenti in rami anche diversi; ma personalmente mi rimane incomprensibile come le varie Authority possano sostenere che si possano condensare in 4 pagine A4 le informazioni necessarie ad illustrare pienamente, ad un non assicuratore, il contenuto d'una polizza che assicura aree di rischio diverse con vasta gamma d'estensioni regolate in maniera variabile (condizioni sempre operanti, condizioni operanti in via condizionata in base a caratteristiche diverse quali età, settore d'attività o altro, estensioni da selezionare specificatamente sul modulo). E come sia possibile pensare che su queste basi l'assicurando possa esprimere un'adesione consapevole.

Siamo così arrivati al punto cruciale: senza un'assistenza professionale (per ora non chiamiamola *consulenza*) che permetta prima di tutto all'interessato di capire quale sia il suo stato di rischio ed il suo profilo di rischio, è arduo ipotizzare che l'assicurando - non professionista del settore - acquisisca da questi supporti un'informazione sufficiente ad esprimere con un'adesione consapevole autonoma la scelta della polizza più *adeguata* alle sue (reali) esigenze.
In fondo continuiamo a portarci appresso un equivoco già presente nella direttiva EU 92/2002 e che si evidenzia perfettamente nella prima stesura del **CAP** che all'articolo 120 comma 3 recitava
3. In ogni caso, prima della conclusione del contratto, l'intermediario assicurativo di cui al comma 1, anche in base alle informazioni fornite al contraente, propone o consiglia un prodotto adeguato alle sue esigenze, previamente illustrando le caratteristiche essenziali del contratto e le prestazioni alle quali è obbligata l'impresa d'assicurazione.
Si noti l'inciso "*anche in base alle informazioni fornite al contraente*"; al di là della speranza che si trattasse d'un *lapsus linguae* e che si dovesse leggere come *informazioni fornite dal contraente*[8], resta indubbio il fatto che queste informazioni sembrano avere un ruolo incidentale; ciò che conta è il prodotto. In fondo è una

[8] Difatti cosi si esprime la MIFID

posizione che sembra anticipare l'attuale procedura **POG**: il prodotto è di per sé *adeguato* se proposto ad uno specifico segmento di potenziali assicurati (che sarà tanto più ridotto quanto più il prodotto sarà analitico e mirato) ed offerto ad un assicurando individuato sulla base d'uno specifico questionario mirato non ad effettuare una reale analisi di rischio dell'interessato, ma piuttosto ad accertare il possesso di determinate caratteristiche e requisiti.

Ma a questo punto s'impone una questione di principio: è il prodotto che deve essere adeguato all'assicurando e non il contrario! Quindi si arriva automaticamente all'altro grande fantasma che aleggia su tutta la normativa, vale a dire la polizza *taylor* made ovvero alla polizza *adeguata* per definizione in quanto realizzata su misura ad ogni assicurato. Ragionando per assurdo quindi ogni polizza dovrebbe (potrebbe ?) essere diversa dall'altra, con questo distruggendo la base tecnica dell'assicurazione. Chiaramente non ci siamo e quindi occorre stemperare il concetto e riportarlo a pratiche realistiche. Proviamo a vedere un'ipotesi.

È chiaro che anche la polizza *taylor made* deve avere dei limiti nella sua formulazione (per conservare la validità del principio dei grandi numeri e consentire all'assicuratore di svolgere correttamente la sua attività assuntiva nel rispetto dei vincoli di SOLVENCY), ma dovrebbe trattarsi di limiti quantitativi, non qualitativi.
Mi spiego meglio. Ci vorrebbe un testo base di polizza invariabile e semplificato (e per chiarezza espositiva si dovrebbero lasciare perdere le polizze *multirischio* che sono di necessità complesse) con le **CGA** oramai in uso comune e che riflettano le *best practices* consolidate (anche a deroga del Codice civile) da implementare con un elenco di clausole che dettagliano i rischi (intesi come eventi che attivano l'assicurazione) assicurabili con il relativo costo per singola garanzia e/o somma di garanzie, (dipenderà dalle scelte di volta in volta operate dalla imprese). In pratica si tratta di tornare ai tempi della tariffa BLU rischi industriali che prima determinava i tassi base, poi i caricamenti e poi gli aumenti per le singole garanzie speciali ed i sovrappremi (o eventualmente gli sconti) per clausole speciali. Su questa base informativa si può costruire la polizza in funzione delle esigenze e scelte del singolo cliente (*taylor made*), sapendo quanto costerà sommando i singoli costi secondo i criteri indicati dall'assicuratore (che potranno essere diversi da compagnia a compagnia) operando secondo i criteri scelti (ad esempio sconti per migliorie od aumenti per aggravamenti - vedi tariffa BLU[9]). Sarebbe quindi possibile costruire la polizza *taylor made* sulla base delle esigenze rilevate e scegliendo tra le diverse opzioni di polizza previste dalle diverse compagnie che manterranno l'equilibrio tecnico anche sapendo quanto indennizzano per singola tipologia di rischio e potendo quindi costruire S/P analitici. Quindi per le imprese assicuratrici il prezzare le singole

[9] Qui si parla di tariffa blu, ma ai suoi tempi esistevano anche la tariffa verde (furti) e la tariffa marrone (RC varie) costruite secondo analoghi criteri.

garanzie o combinazioni di garanzia potrebbe agevolare nel mantenimento dell'equilibrio tecnico del portafoglio.

A questo punto (COVID 2019 permettendo) l'intermediario consulente professionale rientra in campo a pieno titolo (come in pratica non mi sento oggi d'immaginarlo, ma certamente l'informatica ci darà un appoggio determinante). Sarà lui che dovrà svolgere l'analisi di rischio col singolo cliente, determinare il profilo di rischio e scegliere il prodotto o meglio il *bouquet* di garanzie più adatte per realizzare la polizza *taylor made* che sarà adeguata al cliente in quel determinato momento. Questo perché è vero che la polizza dura un anno (nei rami danni)[10], ma l'attività del cliente (e speriamo anche la sua vita) dura decenni e questo comporta continui cambiamenti ed evoluzioni nel profilo di rischio (atteggiamento verso il rischio, quindi aspetto soggettivo) e nello stato di rischio (situazioni di rischio esistenti, quindi aspetto oggettivo), variazioni che modificando le condizioni al contorno dovranno essere integrate nella polizza per mantenere l'adeguatezza nel tempo.

Un sogno irrealizzabile ed un approccio atecnico? No se opportunamente calibrato. A ben vedere neanche le polizze parametriche possono esser *distribuite* a scatola chiusa. Al di fuori delle forme più semplici nella forma del *tutto o niente* (il ritardo del volo ad esempio) sarà sempre necessario stabilire verso quale rischio mi devo tutelare in funzione della sua reale pericolosità per me singolo valutata sulla base di dati generali e d'informazioni consolidate a livello specialistico[11]: oltretutto è ovvio che un danno di 2000 euro è sopportabile da chi ne guadagna 4000 al mese, ma può essere una tragedia per chi ne guadagna 800.
Una valutazione che non sia quella solo percepita per *bias* conoscitivi o per sensibilità personali. come fa la maggior parte di noi davanti al rischio che sappiamo essere possibile, ma che ci pare improbabile[12]. Ci pare improbabile soprattutto perché non l'abbiamo ancora sperimentato direttamente. Sappiamo che esiste, che può capitare, o che è già accaduto in passato, ma pensiamo che non succederà veramente a noi.
Quindi l'intermediario persona fisica mantiene la sua importanza centrale non come semplice distributore di prodotti (un *policies dispenser* in carne ed ossa), ma come fonte d'informazioni per permettere all'interessato di capire cosa effettivamente rischia e come si può tutelare sul piano economico da certi eventi che potrebbero sempre capitare nonostante la migliore prevenzione: se subisco un infortunio

[10] Qui si fa riferimento alla durata dell'operatività della polizza che è annuale (come il premio anche se rateizzato) indipendentemente dalla durata contrattuale.
[11] Informazioni che un valido intermediario consulente deve necessariamente possedere
[12] È il concetto di assuefazioni al rischio; se così non fosse nessuno si metterebbe al volante anche sapendo che è statisticamente molto più probabile morire in un incidente d'auto che per effetto di un incidente come Cernobil.

l'assicurazione mi cura e mi indennizza (e magari mi risarcisce se c'è colpa d'un terzo), ma non mi restituirà la forma fisica precedente; ergo sempre meglio prevenire che curare. O meglio prima prevenire, poi se necessario curare, insomma essere *resilienti*. Quindi l'intermediario deve esser prima di tutto un consulente ed analista che aiuta l'assicurando a capire **dove** e **come** e **quanto** rischia e **come** l'assicurazione può assisterlo, magari anche dopo avergli suggerito come ridurre il rischio.

A questo punto occorre essere chiari su un fattore cruciale. Se l'assicurazione subordina l'operatività della copertura all'adozione di certe misure di sicurezza, questo non va letto come una forma di prevaricazione e come un valido pretesto per non pagare, ma solo come un richiamo alle *best practice* di sicurezza che finiscono con il venire a vantaggio delle due parti. Meno sinistri che si sarebbero potuti evitare, ma garanzia efficace degli eventi gravi che si verificheranno sempre dato che il **cigno nero** è sempre in agguato, come i fatti di questi giorni dimostrano ampiamente.
Quindi vediamo gli intermediari assicurativi anche come consulenti in autoprotezione.

Ovviamente il livello d'approfondimento dovrà essere parametrato alla complessità del problema da risolvere ed in molti casi i prodotti già in essere potranno essere adeguati con pochi ritocchi sostanziali. Anche gli intermediari dovranno essere realisti; non si può pensare d'apportare dei semplici *maquillage* formali ad un testo per sostenere che si è realizzata una polizza *taylor made* espressione d'una raccomandazione personalizzata.
Altrettanto ovviamente deve esistere un rapporto tra impegno e remunerazione, dato che l'assicuratore/distributore/ intermediario è un professionista che ha diritto ad esser retribuito per la sua prestazione professionale. Non voglio qui entrare nella *querelle* infinita tra sostenitori del compenso su base provvigionale e quelli del compenso a *fee* , *querelle* che ha attraversato i lavori preparatori della IDD e si è poi conclusa con la pilatesca formula dell'obbligo di comunicare la forma del compenso, ma non l'ammontare (in Italia il solito *golden plating* invece ha già portato all'obbligo d'indicare anche il quantum, almeno per la RCA.

A questo punto però occorre portare a termine la *mifidizzazione* dell'area assicurativa e prevedere che l'intermediario sia remunerato a *fee* per la sua consulenza come un qualunque professionista ed allora potrà emergere la qualità delle persone ed il vero valore aggiunto dell'intermediazione professionale e veramente si vedrà come recitava il poeta:
Qui si parrà la tua nobilitate Inferno 2, 7-9