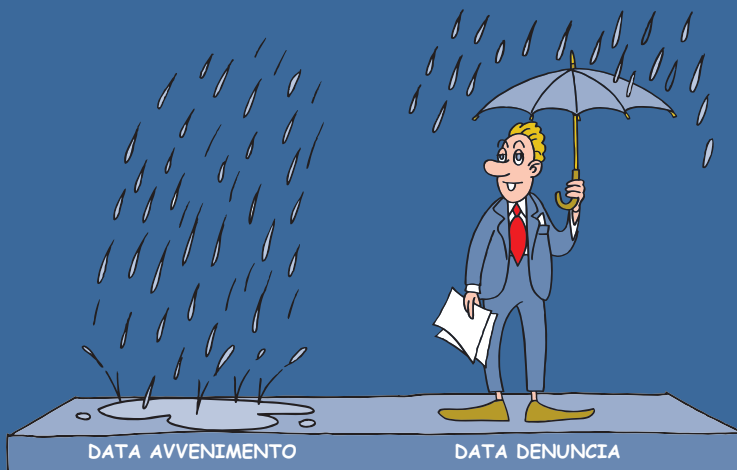


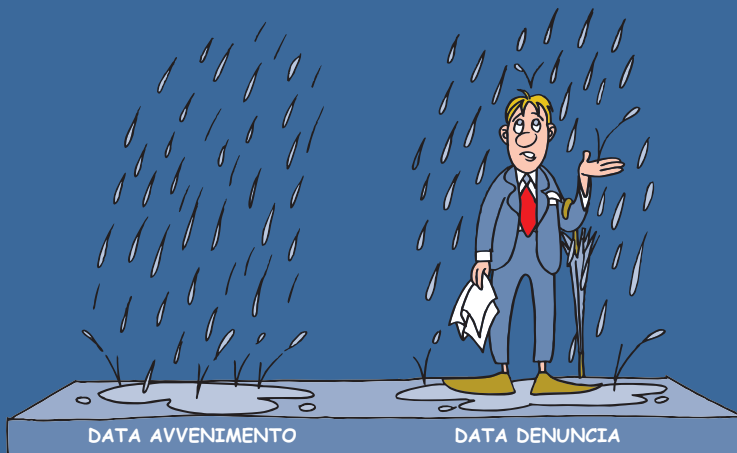
POLIZZE CLAIMS MADE PIÙ VANTAGGIOSE PER ASSICURATI E ASSICURATORI

UNA SEGNALEZIONE DELL'AUTORITÀ GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO
 RILANCIA IL DIBATTITO SULLE TRADIZIONALI MODALITÀ DI COPERTURA DEI CONTRATTI ASSICURATIVI.
 CLAUSOLE CLAIMS MADE E LOSS OCCURRENCE A CONFRONTO

CLAIMS MADE



LOSS OCCURENCE



Executive summary

Il 4 luglio scorso l'Autorità garante della concorrenza e del mercato (di seguito Antitrust) ha inviato una segnalazione al Governo e al Parlamento, ai fini della predisposizione del disegno di legge annuale per il mercato e la concorrenza. Tale segnalazione (AS1137) reca alcune proposte di riforma. In particolare, ai fini del presente documento, l'Autorità propone di modificare l'articolo 3, comma 5, lettera e) del d.l. n. 138/2011, convertito, con modificazioni, nella legge n. 148/2011 e cioè di prevedere espressamente (a fronte dell'obbligatorietà dell'assicurazione per la responsabilità civile per attività professionali), l'obbligo di offrire polizze, ovviamente differenziate nelle condizioni economiche, in regime c.d. loss occurrence, e cioè che garantiscano la prestazione assicurativa prevista dall'articolo 1917 c.c., vale a dire prive delle clausole c.d. *claims made* (regime di garanzia che copre i fatti e gli atti dell'assicurato, che sono causa di un danno, denunciati durante la vigenza della polizza, se pattuito anche indipendentemente dalla data di avvenimento dell'evento dannoso). La segnalazione si prefigge l'obiettivo di garantire alla domanda obbligata a ricorrere alla copertura assicurativa, la libertà di scegliere il prodotto assicurativo ritenuto più adeguato in un contesto pienamente concorrenziale e privo di ostacoli alla mobilità.

La segnalazione dell'Antitrust, tuttavia, pur benevola sicuramente nelle intenzioni, non può che comportare conseguenze sfavorevoli per il consumatore e per il mercato sia nel breve che nel lungo periodo. Con il presente documento intendiamo proporre alcune riflessioni utili a meglio comprendere e dimostrare che la clausola *claims made* si è sviluppata storicamente per sopperire ad alcuni seri inconvenienti generati dal regime in loss occurrence e che il *claims made* presenta numerosi vantaggi sia per l'assicurato che per l'assicuratore, quindi per la concorrenza e il mercato.

Il Presente, il Passato e il Futuro

È più rischioso assicurare un passato che non si conosce o il futuro, ignoto per definizione? Potrebbe essere rappresentato anche così il confronto in atto tra mercato assicurativo e l'autorità antitrust dopo che quest'ultima, in una segnalazione inviata al Parlamento all'inizio di luglio, ha proposto di prevedere espressamente che le polizze per la RC dei professionisti coprano obbligatoriamente ogni fatto illecito realizzato nel periodo di vigenza del contratto assicurativo, indipendentemente dal momento in cui il sinistro viene denunciato. Le polizze attualmente disponibili sul mercato tengono indenni gli assicurati da fatti avvenuti nell'anno in cui sono in vigore (la protezione si estende anche ad un determinato numero di anni precedente a volte anche per un periodo illimitato) ma per i quali la richiesta di risarcimento è comunque presentata nel medesimo periodo di vigenza contrattuale. Non coprono invece sinistri denunciati dopo la data di scadenza o dopo un definito periodo di ultrattività anche se relativi ad eventi avvenuti, ma non evidentemente denunciati, quando la polizza era in vigore. Si tratta di una lacuna tanto più rimarcevole - sottolinea l'Antitrust - perché riguarda un'assicurazione obbligatoria per legge.

I motivi del contendere attengono, come si vede, alle caratteristiche proprie di una polizza, all'oggetto della copertura assicurativa (scheda sulle fasi di un sinistro). È una problematica squisitamente tecnica ma che ha rilevanti implicazioni sugli assicurati e, come nel caso delle polizze di RC professionale, sui consumatori finali. Non sempre accade come nella Rc auto dove il danno causato da una condotta scorretta e la conseguente richiesta di risarcimento avvengono in tempi assai ravvicinati tra loro. Un automobilista non si ferma ad uno stop, causa un incidente e pochi minuti dopo, con la firma di una constatazione amichevole, il danneggiato già avvia la richiesta di risarcimento all'assicuratore. Tutto si svolge, e si conclude, in pochi minuti.

Prendiamo invece il caso di un notaio, coperto da una polizza di Rc professionale, che sbaglia nel trascrivere l'atto di compravendita di un immobile. Molti anni dopo, al momento di rivenderlo, emerge l'errore notarile e il proprietario chiede il risarcimento del danno causato dalla malaccorta condotta del professionista. In quel momento il notaio potrebbe essere in pensione o addirittura deceduto. E la compagnia che molti anni prima aveva coperto i rischi di Rc professionale potrebbe essere non più esistente o fallita. Sono fattispecie che possono verificarsi.

Nella storia dell'industria assicurativa inizialmente i contratti erano generalmente sottoscritti con le modalità attualmente auspicate dall'Antitrust, con la clausola cosiddetta *loss occurrence*. La polizza cioè copriva gli eventi illeciti avvenuti nel periodo di vigenza contrattuale indipendentemente dal momento di richiesta del risarcimento. Un articolo del codice civile (il n. 1917, vedi nota) ancora oggi richiama questa



consuetudine. Ma negli ultimi decenni il progresso della conoscenza e la sempre maggiore complessità dei rischi che l'industria assicurativa è stata chiamata a coprire, ha fatto comprendere che alcuni eventi dannosi possono avere cause remote i cui sintomi si presentano dopo una lunga latenza. È ad esempio il caso dell'asbestosi la malattia polmonare causata dall'inalazione di fibre di amianto, materiale frequentemente utilizzato fino agli anni sessanta e settanta nell'industria edile. Gravi forme di tumori polmonari possono manifestarsi anche 20-30 anni dopo l'esposizione all'asbesto ma ricerche che attestano una relazione diretta tra la malattia e la sua causa sono state pubblicate solo a partire dagli anni ottanta. Da allora chi si era ammalato (o i suoi familiari, se nel frattempo deceduto) sono andati alla ricerca dei responsabili. E se questi ultimi, nel momento in cui il danno si era prodotto, erano coperti da una polizza, il conto è stato presentato ad un assicuratore. Molte compagnie, soprattutto negli Stati Uniti, non hanno retto all'ondata dei risarcimenti e sono fallite (vedi scheda 3).

La risposta del mercato è stata quella di cambiare le regole di sottoscrizione introducendo la cosiddetta clausola *claims made* che da allora è divenuta praticamente lo standard per alcuni tipi di coperture assicurative. Nella sua iniziale e più rozza formulazione non soltanto prevede che nell'ambito della vigenza contrattuale si verifichino tutti gli elementi che caratterizzano un sinistro (comportamento illecito del responsabile, esposizione al danno, manifestazione del danno) ma anche la richiesta di risarcimento del danneggiato e la conseguente denuncia dell'assicurato. Nel concreto si è manifestata una certa evoluzione dei contratti che attualmente spesso includono nella garanzia anche eventi, ovviamente non conosciuti, avvenuti prima della sottoscrizione di una polizza, per un periodo definito di anni o illimitato. O avvenuti nel corso della vigenza contrattuale e denunciati successivamente alla scadenza del contratto per un determinato numero di anni (c.d. Ultrattività).

A questo punto può essere apprezzato il richiamo iniziale al presente, al passato e al futuro. A ben guardare una polizza con clausola *claims made* copre generalmente eventi del passato che si manifestano nel presente (la vigenza contrattuale) mentre una polizza con clausola *loss occurrence* copre eventi del presente che si manifestano nel futuro. In altre parole per la prima clausola la data che conta è quella della denuncia del sinistro, per la seconda invece è la data di avvenimento del fatto generatore della responsabilità che genera il sinistro. Si potrebbe arguire che un passato sconosciuto ha lo stesso grado di incertezza del futuro, infatti esso potrebbe nascondere un numero di sinistri pari se non superiore. Però con le polizze *claims made* le compagnie sono messe in condizione di capire meglio i rischi che stanno assicurando e, soprattutto, di tarificarli in modo appropriato e di correggere tempestivamente gli errori di stima per le polizze da emettere. Se attualmente una compagnia dovesse assicurare una comunità che è stata esposta all'amianto dovrebbe considerare il rischio di dover risarcire casi di asbestosi e tenerne quindi conto. Ma negli anni sessanta chi assicurava il costruttore di uno stabile dai rischi della responsabilità civile non calcolava nel premio di polizza sottoscritto con la clausola *loss*

occurrence quel rischio che a quel tempo nessuno conosceva. Un discorso analogo vale anche per gli assicurati. Chi compra una protezione assicurativa con la clausola *loss occurrence* con un determinato massimale non sa se tra venti o trenta anni quel capitale sarà adeguato ai rischi che verranno, oggi non conosciuti. La conclusione è la stessa e, se vogliamo, anche banale. Per assicurati e assicuratori appare comunque meno incerto assicurare il passato.

Claims made e loss occurrence al microscopio

Per alcuni tipi di rischi, quali le garanzie di responsabilità civile nei settori rc sanitaria, rc professionale, rc prodotti, rc inquinamento, con sinistri a manifestazione ritardata (*long tail claims*) o di lunga latenza il regime di garanzia *loss occurrence* non appare efficiente e comporterebbe numerose problematiche¹. In particolare il *loss occurrence*:

- impone alle imprese di stimare un importo di risarcimento sulla base di criteri valutativi non necessariamente in uso al momento della tariffazione;

scheda 1

L'articolo 1917 del Codice civile

“Nell’assicurazione della responsabilità civile l’assicuratore è obbligato a tenere indenne l’assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell’assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi. L’assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all’assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l’indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l’assicurato lo richiede”.

¹ Il ramo RC Generale è per sua natura “long tail”, i sinistri vengono pagati (anche denunciati) con un certo differimento temporale rispetto alla loro data di avvenimento.

- origina il fenomeno IBNR (acronimo delle parole incurred but not reported²⁾, si tratta dei sinistri che sono avvenuti ma che non sono stati ancora denunciati), pertanto se un'impresa decidesse di uscire dal mercato dovrebbe affrontare un ulteriore processo di arrivo dei sinistri con le difficoltà che ne conseguono;
- comporta la necessità per l'assicuratore di effettuare proiezioni statistico-attuariali relative alla sinistralità tardiva, i cui eventuali errori di stima gravano su annualità di bilancio future rispetto a quella della polizza attivata;
- implica che l'assicurato non può prevedere se al momento della denuncia di sinistro la compagnia sarà attiva ed operante sul mercato, è infatti possibile che la polizza sia stata rilasciata da una compagnia non solida oppure che le condizioni del mercato siano cambiate in modo così radicale da comprometterne la stabilità;
- comporta la difficoltà di fissare nel tempo il momento esatto che rende operante la garanzia;
- non esclude la possibilità che siano astrattamente attivabili più coperture prestate da diversi assicuratori



Scheda 2

Le fasi di un sinistro

È come in un libro giallo. La genesi di un sinistro segue una precisa sequenza di eventi che possono manifestarsi in diverse combinazioni e spazi temporali. Un'analitica comprensione di questa fenomenologia è essenziale per individuare dove si colloca una copertura assicurativa che può scattare, ad esempio, al momento di accadimento del danno o quando viene richiesto il risarcimento dal danneggiato.

La scansione di un sinistro è scandita in sei tempi:

- 1 - condotta colposa o omissiva che determina le condizioni per il verificarsi di un danno;
- 2 - accadimento del danno;
- 3 - manifestazione del danno alla cosa o alla persona;
- 4 - consapevolezza del compimento di un atto illecito dannoso;
- 5 - richiesta di risarcimento da parte del danneggiato all'assicurato;
- 6 - comunicazione da parte dell'assicurato della richiesta risarcitoria al proprio assicuratore con la contestuale domanda di provvedere al pagamento in sua vece secondo i termini della polizza. Per la richiesta di risarcimento e la comunicazione all'assicuratore la legge dispone tempi di prescrizione.

Nei casi più comuni le fasi da 1 a 4 si presentano simultaneamente. In altri gli intervalli temporali possono durare anni. In alcune fattispecie (ad esempio in un incidente sul lavoro) la fase 6 può anche precedere la fase cinque.

² Gli oneri finanziari che in tal modo vengono a gravare sul bilancio dell'assicuratore quando liquida sinistri IBNR lo costringono a vincolare risorse a questo scopo in apposite riserve di bilancio

nei distinti momenti del processo di sviluppo del rischio da danno potenziale a danno effettivo e manifesto;

- è connotato dal carattere aperto delle coperture le quali, dal momento della loro attivazione vengono a garantire una serie di sinistri da esso derivanti senza prevedere un termine ultimo per la cessazione della garanzia, rimanendo solo il limite monetario del massimale descritto in polizza.

Come si vede, la struttura della garanzia *loss occurrence* comporta che l'assicuratore subisca tutti gli effetti di uno sfavorevole e imprevedibile mutamento delle condizioni sia economiche (inflazione, tassi di interesse) che giuridiche (mutamento della giurisprudenza, innovazione legislativa) che si verifichino *medio tempore* tra i diversi momenti dell'accadimento dell'illecito, del suo manifestarsi in danno e della richiesta risarcitoria del danneggiato fino alla liquidazione del risarcimento. Questo intervallo temporale per i *long tail claims* cioè a manifestazione graduale nel tempo (quali quelli derivanti da difetto di prodotto, da inquinamento, da responsabilità sanitaria, da malattie professionali), può protrarsi anche per decenni, poiché il termine di prescrizione inizia a decorrere solo da quando il danneggiato si trova nella possibilità giuridica di far valere il suo diritto al risarcimento del danno. Gli svantaggi della clausola in *loss occurrence* sono più evidenti proprio in riferimento ai rischi a manifestazione graduale nel tempo.

Pertanto, nel corso degli anni il mercato assicurativo in ambito internazionale ha sviluppato la clausola *claims made*, che oggi rappresenta la tipica modalità con la quale vengono prestate garanzie di responsabilità civile nei settori rc sanitaria, rc professionale, rc prodotti, rc inquinamento, nei quali si pone molto seriamente il problema della difficoltà di determinazione tra il momento del sinistro ed il momento della sua denuncia.

Tale regime di garanzia rappresenta il superamento delle problematiche sopra descritte prevedendo un meccanismo di attivazione del contratto che

- consente alle imprese di stimare i costi in base a criteri in uso al momento della tariffazione e quindi di tariffare il prodotto con minore incertezza, con un sostanziale allineamento tra la valutazione del rischio in sede di sottoscrizione ed il suo costo in sede di liquidazione del relativo danno, senza particolare influenza derivante da fenomeni di inflazione economica o legale;
- esclude il fenomeno IBNER e lascia solo quello degli IBNER (acronimo delle parole *incurred but not enough reported* vale a dire i sinistri avvenuti e denunciati ma non correttamente stimati), con la possibilità di un immediato e definitivo consolidamento del bilancio di polizza alla data di scadenza contrattuale, senza incorrere nel rischio di doverlo rimettere in discussione per la sopravvenienza di sinistri tardivi, accaduti durante la vigenza temporale della polizza ma denunciati in epoca successiva, con conseguente maggiore stabilità anche della riserva tecnica sinistri;

- si basa su un momento facilmente determinabile nel tempo, vale a dire la data della denuncia da parte dell'assicurato della richiesta risarcitoria del terzo danneggiato;
- esclude la possibilità di attivare più di una polizza per sinistro;
- offre una delimitazione temporale del rischio certa e coincidente sostanzialmente con la vigenza temporale della garanzia;
- consente all'assicurato di disporre di un massimale di garanzia adeguato all'attuale costo del probabile danno, al netto di eventuale inflazione.

I limiti del nuovo sistema e la risposta del mercato

Il regime di garanzia appena illustrato, oltre ai numerosi vantaggi per la compagnia e per l'assicurato presenta anche alcuni svantaggi. Le principali criticità sollevate dal regime *claims made* nella formulazione che limita il periodo di retroattività o che non mettono a disposizione del cliente periodi di ultrattività nel caso di cessazione dell'attività professionale, come segnalato anche dall'Antitrust, risultano:

- l'assenza di copertura qualora il danno si sia compiuto anteriormente al periodo di retroattività della polizza mentre la denuncia di sinistro si colloca durante la vigenza temporale del contratto;
- l'assenza di copertura qualora il danno sia maturato nel periodo di vigenza temporale della garanzia mentre la richiesta di risarcimento pervenga all'assicurato dopo la scadenza della polizza;
- il rischio di assenza di copertura qualora non si rimanga sempre assicurati con la medesima compagnia. A spiegare quest'ultima problematica concorrerebbero prassi fidelizzanti con le quali alcune imprese garantiscono un periodo di retroattività iniziale (ad esempio un anno) per poi mantenere la stessa data di retroattività in caso di rinnovo del contratto. Per una polizza rinnovata consecutivamente per dieci anni la retroattività, nell'ultimo anno, sarebbe pertanto pari a 11 anni. È una condizione favorevole, normalmente accordata alla migliore clientela (con un numero limitato di sinistri), che potrebbe essere persa cambiando assicuratore.

Per superare tali criticità e venire incontro alle esigenze dell'utenza il mercato assicurativo ha introdotto nella struttura della clausola due importanti modifiche che estendono la portata temporale della garanzia, ampliandone la funzione di copertura:

- la garanzia di retroattività, vale a dire che la richiesta risarcitoria denunciata nel periodo di vigenza contrattuale può essere riferita anche a danni verificatisi in un periodo prestabilito anteriore alla stipulazione della polizza;

- la garanzia postuma o ultrattività, vale a dire che la denuncia di richiesta risarcitoria è ammessa anche se effettuata in un prestabilito periodo successivo alla scadenza della polizza, purchè relativa a danni originatisi nella vigenza di contratto.

Sia la retroattività sia l'ultrattività sono disponibili sul mercato, ovviamente devono essere correttamente considerate nel premio di polizza³. Inoltre, per eliminare lo svantaggio dovuto alla perdita della clausola di miglior favore, alcune compagnie sono solite mantenere ai nuovi clienti lo stesso periodo di retroattività accordato dal precedente assicuratore.

Un caso a parte riguarda la Rc dei medici sottoposta ad un regime più vincolante di garanzia, una copertura peraltro non obbligatoria per i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. La bozza di regolamento ministeriale in esecuzione del Decreto Balduzzi (2012), attualmente in discussione, stabilisce le caratteristiche dei contratti assicurativi che saranno sottoscritti dai sanitari. Per le denunce presentate per la prima volta all'assicurato (il medico) e da questi denunciate all'assicuratore entro il periodo di validità del contratto stesso, la copertura dovrà prevedere un periodo di retroattività esteso almeno dalla data di approvazione del Dpr che ha reso obbligatoria la polizza sui rischi di Responsabilità civile per i professionisti (agosto 2011), e di ultrattività (postuma) estesa almeno a dieci anni in caso di cessazione dall'attività.

“Nelle polizze Rc dei medici è già previsto un periodo di copertura retroattiva e postuma (a fine carriera)”

Conclusioni

Il regime di garanzia che ne risulta, il *claims made* completato nella sua struttura da modifiche quali la retroattività illimitata o di durata pari al termine di prescrizione dell'eventuale illecito e la garanzia postuma o ultrattività che lo ponga al riparo da richieste di risarcimento dovessero pervenire successivamente al pensionamento (strada da seguire sicuramente in caso di fine carriera, disponibile sul mercato) è quindi uno strumento flessibile, in grado di tutelare l'assicurato dalle richieste di risarcimento, in tal modo:

- per quanto riguarda il mercato tale formulazione non presenta gli svantaggi sopra sinteticamente illustrati della *loss occurrence*,
- per quanto riguarda la tutela degli assicurati ha il vantaggio di coprire lo stesso perimetro del regime in *loss occurrence*,
- inoltre il vantaggio è netto anche perchè l'assicurato rimane in condizione di cambiare compagnia in qualsiasi momento rimanendo al riparo da richieste risarcitorie per il tipo specifico di garanzia, senza rischiare periodi di vuoti di copertura passando da un regime ad un altro (rischio che, segnaliamo, si correrebbe anche in caso di obbligo di ritorno del mercato ad un unico regime in *loss occurrence*).

Quanto sopra illustrato può consentire alle compagnie di continuare a offrire tale prodotto sul mercato, facilitandone la reperibilità per gli assicurati e garantendo così la competitività, che dovrebbe essere il fine ultimo auspicabile in libera concorrenza.

Peraltro tornare a un regime in *loss occurrence* rispetto all'evoluzione che si è manifestata in questi anni nel mercato assicurativo comporterebbe, in aggiunta agli svantaggi esposti in precedenza, ulteriori conseguenze negative. Alcuni rischi, con il passaggio al vecchio sistema, non troverebbero copertura nei mercati riassicurativi internazionali costringendo le imprese operanti in Italia a restringere se non a ritirarne l'offerta. Infine con un simile ritorno al passato occorrerebbe gestire una difficile fase di transizione poiché giocoforza il passaggio dal regime *claims made* a quello *loss occurrence* determinerebbe periodi di scopertura a tutto svantaggio dell'utenza.

³ Sembra anche opportuno sottolineare la distinzione tra clausole di delimitazione della responsabilità, relative a pattuizioni che esonerano il contraente dalla sanzione derivante ex lege dall'inadempimento della prestazione dedotta in contratto, e clausole di delimitazione del rischio relative alla individuazione esatta del rischio assunto nel contratto assicurativo, e cioè quel rischio che viene trasferito sull'assicuratore per precisare che la clausola *claims made* non limita la responsabilità dell'assicuratore per inadempimento (non è una clausola di esonero da responsabilità) ma ha lo scopo di individuare con esattezza l'arco temporale del rischio dedotto in contratto, impennando il meccanismo di attivazione della garanzia sulla richiesta di risarcimento, presentata per la prima volta all'assicurato durante la vigenza del contratto.

Scheda 3

La crisi dell'assicurazione sulla responsabilità negli anni Ottanta

«Quei rischi erano collegati a innocenti polizze sulle abitazioni in Nord America. Poi qualcuno a un certo punto grattò un muro e disse: 'qui c'è qualcosa che uccide la gente'». Qualche anno fa Lord Peter Levene, ex presidente dei Lloyd's, ricostruì con poche parole la nascita della "grande crisi" che attraversò il mercato assicurativo statunitense alla metà degli anni ottanta. Quel "qualcosa che uccide" erano le fibre di amianto utilizzate a piene mani dall'industria edile per coibentare le abitazioni. Si scoprì che dopo una latenza di molti anni, potevano causare tumori polmonari. E un'ondata di *class action* si abbatté sui responsabili. L'asbestosi è stata una delle principali cause di quella che è passata alla storia come la *liability insurance crisis*, la crisi dell'assicurazione sulla responsabilità, che sconquassò il mercato assicurativo danni in Usa. In pochi anni dall'83 all'87 fallirono più di 60 compagnie e l'impennata dei premi necessaria a riequilibrare i conti in rosso delle società fece triplicare la raccolta nel ramo della responsabilità generale (dai 6,5 miliardi dell'84 ai 19,5 miliardi di dollari dell'87). Erano gli anni in cui il crescente attivismo degli studi legali trovava sempre nuovi campi d'azione: oltre all'amianto, la malpractice dei medici, i disastri ambientali, gli effetti dannosi delle medicine. Quelle vicende mostravano alcuni tratti comuni: il lungo periodo di incubazione prima dell'emersione dei danni e, soprattutto, le modalità di sottoscrizione delle polizze che si rivelò catastrofica per gli assicuratori. Le polizze erano state stipulate, anche molti anni prima, con la clausola *loss occurrence* che copre i sinistri accaduti nell'anno di vigenza contrattuale indipendentemente da quando sono richiesti i risarcimenti. Già, ma dopo molti anni come si fa a determinare il momento esatto in cui è stato causato un danno? La giurisprudenza americana individuò diversi meccanismi che facevano scattare le garanzie assicurative. Il fattore scatenante fu fatto risalire, di volta in volta, al momento in cui si erano manifestati gli effetti dannosi, a quello dell'esposizione all'agente nocivo, a quello del definitivo consolidamento della lesione. E in più di un'occasione le corti stabilirono il principio di un meccanismo continuo di attivazione (dal momento dell'esposizione al definitivo consolidamento della lesione) che finiva per coinvolgere tutti gli assicuratori che avevano coperto il rischio della responsabilità civile per tutti gli anni presi in considerazione. Cumulando i massimali i risarcimenti raggiunsero spesso cifre poderose. Fece scuola il caso del farmaco DES, un estrogeno sintetico prodotto e commercializzato da un colosso farmaceutico americano nel periodo 1940-1969 che veniva prescritto alle donne gravide per prevenire le interruzioni involontarie della gravidanza. Alla fine degli anni 70 furono accertati effetti cancerogeni di quel farmaco sulle figlie nate dalle donne che ne avevano fatto uso. Nel 1985 la Corte federale americana si pronunciò sul caso ritenendo solidalmente obbligati a indennizzare il danno tutti gli assicuratori del produttore del farmaco dal 1942 in poi. La risposta iniziale del mercato assicurativo alla grande, e incontrollata, ondata dei risarcimenti fu rappresentata dal rapido incremento dei premi e dalla rarefazione dell'offerta di polizze. Poi dai riassicuratori delle Bermuda - attirati da favorevoli condizioni fiscali convergono tradizionalmente in quelle isole molti capitali di investitori interessati al mercato assicurativo danni - iniziò ad affermarsi una tecnica innovativa di delimitazione temporale del rischio di responsabilità civile, in grado di fronteggiare le problematiche emerse con i rischi di lunga latenza. Denominata Bermuda form, prevedeva per la prima volta una garanzia strutturata nella forma *claims made* in cui il fattore decisivo per attivare la protezione assicurativa diveniva il momento in cui veniva richiesto il risarcimento, necessariamente collocato (per ottenere i risarcimenti) nel corso della vigenza contrattuale della polizza. **Nasceva così una nuova era dell'industria assicurativa che fino a oggi ha caratterizzato la copertura dei rischi di responsabilità civile.**

Ania
Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici