

RIVISTA  
TRIMESTRALE  
DI DIRITTO  
DELL'ECONOMIA

RASSEGNA  
DI  
DOTTRINA  
E  
GIURISPRUDENZA

DIREZIONE SCIENTIFICA

G. ALPA - M. ANDENAS - A. ANTONUCCI  
F. CAPRIGLIONE - R. MASERA - R. Mc CORMICK  
F. MERUSI - G. MONTEDORO - C. PAULUS

2 / 2019

ISSN: 2036 - 4873

# RIVISTA TRIMESTRALE DI DIRITTO DELL'ECONOMIA

---

[WWW.RTDE.LUISS.IT](http://WWW.RTDE.LUISS.IT)

La sede della Rivista è presso  
la Fondazione G. Capriglione Onlus,  
Università Luiss G. Carli,  
Viale Romania 32, 00197 Roma.

## *Direzione Scientifica*

G. Alpa - M. Andenas - A. Antonucci - F. Capriglione - R. Masera  
F. Merusi - R. McCormick - G. Montedoro - C. Paulus

## *Direttore Responsabile*

F. Capriglione

## *Comitato Editoriale*

A. Tucci - V. Lemma - E. Venturi - D. Rossano - N. Casalino - A. Troisi

I contributi pubblicati in questa Rivista potranno essere  
riprodotti dalla Fondazione G. Capriglione Onlus su altre  
proprie pubblicazioni, in qualunque forma.

*Autorizzazione n. 136/2009, rilasciata dal Tribunale di Roma in data 10 aprile 2009.*

## COMITATO SCIENTIFICO PER LA VALUTAZIONE

L. Ammannati, S. Amorosino, E. Bani, P. Benigno, R. Bifulco, A. Blandini, C. Brescia Morra, M. Brogi, R. Calderazzi, E. Cardi, A. Cilento, M. Clarich, A. Clarizia, G. Colavitti, F. Colombini, G. Conte, P. E. Corrias, C. G. Corvese, L. De Angelis, M. De Benedetto, P. De Carli, C. De Caro, P. de Gioia Carabellese, M. De Poli, G. Desiderio, L. Di Brina, L. Di Donna, G. Di Gaspare, F. Di Porto, G. Di Taranto, V. Donativi, M. V. Ferroni, L. Foffani, C. Fresa, P. Gaggero, I. Ingravallo, C. Irti, R. Lener, L. Ludovici, M. B. Magro, F. Maimeri, A. Mangione, G. Martina, S. Martuccelli, M. Maugeri, R. Miccù, F. Moliterni, S. Monticelli, G. Napolitano, G. Niccolini, A. Niutta, M. Passalacqua, M. Pellegrini, M. Rabitti, N. Rangone, P. Reichlin, R. Restuccia, A. Romano, A. Romolini, C. Rossano, C. Russo, I. Sabbatelli, F. Sartori, A. Sciarrone, M. Sepe, G. Sicchiero, D. Siclari, G. Terranova, G. Tinelli, V. Troiano, A. Urbani, P. Valensise, A. Zimatore

## REGOLE DI AUTODISCIPLINA PER LA VALUTAZIONE DEI CONTRIBUTI

I contributi inviati alla Rivista Trimestrale di Diritto dell'Economia sono oggetto di esame da parte del «Comitato scientifico per la valutazione» secondo le presenti regole.

1. Prima della pubblicazione, tutti gli articoli, le varietà, le note e le osservazioni a sentenza inviati alla *Rivista* sono portati all'attenzione di due membri del *Comitato*, scelti in ragione delle loro specifiche competenze ed in relazione all'area tematica affrontata nel singolo contributo.
2. Il contributo è trasmesso dalla *Redazione* in forma anonima, unitamente ad una scheda di valutazione, ai membri del *Comitato*, perché i medesimi – entro un congruo termine – formulino il proprio giudizio.
3. In ciascun fascicolo della *Rivista* sarà indicato, in ordine alfabetico, l'elenco dei membri del *Comitato* che hanno effettuato la valutazione dei contributi pubblicati.
4. In presenza di pareri dissenzienti, la *Direzione* si assume la responsabilità scientifica di procedere alla pubblicazione, previa indicazione del parere contrario dei membri del *Comitato*.
5. Ove dalle valutazioni emerga un giudizio positivo condizionato (a revisione, integrazione o modifica), la *Direzione* promuove la pubblicazione solo a seguito dell'adeguamento del contributo alle indicazioni dei membri del *Comitato*, assumendosi la responsabilità della verifica.

## I CONTRIBUTI DEL PRESENTE FASCICOLO SONO STATI VALUTATI DA:

A. Cilento, L. Di Brina, P. Gaggero, R. Miccù, F. Moliterni,  
M. Pellegrini, I. Sabbatelli, M. Sepe, D. Siclari, V. Troiano

## PARTE PRIMA

### ARTICOLI

PIERLUIGI CIOCCA – <i>Visioni demonologiche della finanza (Negative visions of finance: a déjà vu)</i> .....	174
GIOVANNI CASTALDI – <i>Servizi di pagamento e moneta elettronica: la disciplina antiriciclaggio dei collaboratori esterni (Payment services and electronic money: the anti-money laundering regulation of external collaborators)</i> .....	180
ALESSANDRA CAMEDDA – <i>Sanità digitale e contratto di assicurazione: un nuovo connubio (Digital Health and Insurance: a new union)</i> .....	207
ROBERTO CARATOZZOLO – <i>La virtualizzazione delle valute: prospettive regolatorie tra opportunità da cogliere e rischi da evitare (The virtualization of currencies: regulatory perspectives between opportunities to be taken and risks to be avoided)</i> .....	237

## PARTE SECONDA

### NOTE ED OSSERVAZIONI A SENTENZA

DIEGO ROSSANO – <i>Il Tribunale UE boccia la Commissione europea sul caso Tercas (The General Court of the European Union rejects the European Commission in the Tercas case), nota a sentenza del Tribunale UE del 19 marzo 2019</i> .....	1
FRANCESCO GUARRACINO – <i>Il sindacato giudiziale sugli atti preparatori delle procedure di autorizzazione all’acquisizione di partecipazioni qualificate: il caso Berlusconi (Judicial review of national preparatory measures in the procedure for authorising acquisitions of qualifying holdings: the Berlusconi case-law), nota a sentenza del Consiglio di Stato del 3 maggio 2019, n. 2890</i> .....	36

## SANITÀ DIGITALE E CONTRATTO DI ASSICURAZIONE: UN NUOVO CONNUBIO \*

*(Digital Health and Insurance: a new union)*

**ABSTRACT:** *This paper aims to show the most relevant and innovative features of Digital Health Insurance, i.e. health insurance contracts which integrate traditional health cover with a variety of technological devices that access huge volumes of policyholder data. After a review of the main forms of digital health insurance offered by insurers operating on the Italian market, the paper highlights the opportunities for customers and the potentially disruptive effects on health risk assessment and pricing activities and on the role of insurance. We also focus on the main dangers related to the use of new technologies. In particular, the possible treatment of biometric, behavioral and genetic data of insurance companies by insurance companies raises doubts because of the potential contrast with fundamental rights of the individuals such as health, privacy and self-determination.*

**SOMMARIO:** 1. La *Digital Health Insurance*. – 2. La risposta del mercato assicurativo italiano. – 3. I vantaggi per le imprese di assicurazione: verso nuove tecniche di selezione e tariffazione dei rischi? – 4. Profili di criticità. Politiche discriminatorie e interferenza con i diritti fondamentali dell'individuo. – 5. Un primo bilancio.

1. È di recente emersione nel mercato assicurativo italiano la *Digital Health Insurance*, ossia la tipologia di assicurazione della salute che integra le tradizionali coperture sanitarie con dispositivi tecnologici di varia natura e che presenta il pregio

---

\*Contributo approvato dai revisori.

di consentire agli assicurati una più efficiente e rapida fruizione delle prestazioni garantite grazie allo «spostamento del fulcro dell'assistenza verso il *self care* e il domicilio»<sup>1</sup>.

Il fenomeno – che costituisce una specifica manifestazione dell'*Insurtech*<sup>2</sup> e affonda le sue radici nel mercato assicurativo statunitense<sup>3</sup> - pare destinato ad un significativo sviluppo, favorito dall'attuale quadro demografico, economico e sociale<sup>4</sup> e dal processo di digitalizzazione del settore sanitario promosso dalle Istituzioni europee<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup>Cfr. IVASS, Report *analisi trend offerta prodotti assicurativi (luglio – dicembre 2017)*, Marzo 2018, p. 8. Sul tema, v. anche IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi – Le nuove polizze sulla salute: la Digital Health Insurance*, Roma, 18 settembre 2016.

<sup>2</sup>La Digital Health Insurance si ricollega, in particolare, alle aree della *Internet of Things* (IoT) e dei *Big Data*. Sui fenomeni richiamati, v. FARO e LETTIERI, *Big Data e Internet delle cose: opportunità, rischi e nuove esigenze di tutela per gli utenti della Rete*, in C. PERLINGIERI e RUGGERI (a cura di), *Internet e Diritto civile*, Napoli, 2015, p. 279 ss. Sull'uso dell'IoT e dei *Big data* nel settore assicurativo sia consentito rinviare a CAMEDDA, *La rivoluzione tecnologica nel settore assicurativo: l'avvento dei big data* (Big Data & insurance: potential benefits and issues), in questa *Rivista*, 2016, 4 - Supplemento, p. 5 ss.

<sup>3</sup>La tendenza evocata ha riguardato, *in primis*, i Paesi caratterizzati da sistemi sanitari prevalentemente privati come gli Stati Uniti, dove è frequente che i datori di lavoro, sui quali grava l'obbligo di stipulare contratti di assicurazione della salute in forma collettiva per i propri dipendenti, acquistino braccialetti elettronici per monitorare lo stato di rischio dei dipendenti e ottenere, al contempo, dall'impresa di assicurazione uno sconto sul premio. Tale beneficio si riverbera anche sui dipendenti assicurati, in quanto il datore di lavoro - che in qualità di contraente usufruisce dello sconto sul premio - riconosce a costoro un *bonus* economico al raggiungimento di determinati obiettivi di benessere (ad esempio, più di un milione di passi in un anno). Per una panoramica del sistema sanitario statunitense v. DI NOVI, *Selezione avversa e mercato assicurativo privato: un'analisi empirica su dati USA*, in *Dir. econ. ass.*, 2011, p. 945 ss.; CARDUCCI AGOSTINI, *La riforma sanitaria americana: il difficile compromesso tra esigenze di universalità di cure, contenimento dei costi e mantenimento di un sistema sanitario di tipo privato*, in *Dir. fisc. ass.*, 2013, p. 508 ss.; BASSINI e ROMEO, *Il "Welfare" statunitense: lo spettro del "big government" e le tentazioni solidaristiche*, in *Dir. pubb. comp. eur.*, 2013, p. 1484 ss.; GIANNELLI, *I sistemi sanitari di Stati Uniti, Germania, Regno Unito: mercato, redistribuzione e reciprocità*, in *Amministrare*, 2016, p. 147 ss.

<sup>4</sup>Non è il caso di soffermarsi su tale aspetto essendo ampiamente noto che la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari dei Paesi dell'Unione europea è messa a dura prova dal progressivo invecchiamento della popolazione e dal correlato aumento di patologie croniche, dai quali deriva una crescente domanda di servizi sanitari privati, anche integrativi. Ne è scaturita la ricerca di

Infatti, l'offerta di moderne soluzioni assicurative più aderenti alle mutate esigenze sanitarie dei cittadini, derivante dall'incontro tra la sanità digitale e l'industria assicurativa, potrebbe enfatizzare la funzione sociale delle assicurazioni della salute<sup>6</sup> -potenziandone il ruolo all'interno dei sistemi di *Welfare*<sup>7</sup> - nonché

---

soluzioni innovative in grado di soddisfare l'esigenza di sistemi sanitari più efficienti, sostenibili ed efficaci, in grado di coniugare l'innalzamento della qualità dell'assistenza e il contenimento dei relativi costi.

<sup>5</sup>Sul tema, v. COMMISSIONE EUROPEA, *Comunicazione relativa alla trasformazione digitale della sanità e dell'assistenza nel mercato unico digitale, alla responsabilizzazione dei cittadini e alla creazione di una società più sana* [COM(2018)233 final], Bruxelles, 25 aprile 2018; COMMISSIONE EUROPEA, *State of Health in the EU: Companion report 2017*; COMITATO ECONOMICO E SOCIALE EUROPEO, *La rivoluzione digitale nella sanità e il suo impatto sull'assicurazione sanitaria* (Parere d'iniziativa), adottato in sessione plenaria il 20 settembre 2017; COMMISSIONE EUROPEA, *Libro verde sulla sanità mobile ("mHealth")* [COM(2014)219 final], Bruxelles, 10 aprile 2014; COMMISSIONE EUROPEA, *Comunicazione relativa a sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti* [COM(2014)215 final], Bruxelles, 4 aprile 2014; COMMISSIONE EUROPEA, *Comunicazione "Sanità elettronica – migliorare l'assistenza sanitaria dei cittadini europei: piano d'azione per uno spazio europeo della sanità elettronica* [SEC(2004)359].

<sup>6</sup>Sulla funzione sociale delle assicurazioni private, v. COTTINO, *L'assicurazione tra passato e presente*, in IRRERA, *L'assicurazione: l'impresa e il contratto*, in *Tratt. dir. comm.* Cottino, Padova, 2011, p. XX; SANTORO PASSARELLI, *Funzioni delle assicurazioni private e delle assicurazioni sociali*, in *Assicurazioni*, 1962, p. 42, secondo il quale gli istituti e le norme di favore predisposti dal legislatore con riguardo all'assicurazione sarebbero espressione dell'utilità sociale propria dell'operazione ad essa sottesa, pur nelle sue varie formulazioni. In giurisprudenza, Cass., SS. UU., 30 dicembre 2011, n. 30174, in *Dir. fisc. ass.*, 2012, p. 667 ss., con nota di PUCCI.

<sup>7</sup>Cfr. ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all'impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, p. 5, ove si evidenzia che il fenomeno in esame «potrebbe agevolare sviluppi importanti in una situazione come quella italiana, dove esiste un ampio gap di protezione delle famiglie con riguardo a particolari tipologie di rischio, come quelli della salute, soprattutto rispetto ad altri Paesi europei (es. Francia e Germania)»; KELLER, *Big Data and Insurance: Implications for Innovation, Competition and Privacy*, The Geneva Association, 2018, p. 10. Sul punto v. VECCHIETTI, *Prefazione*, in CAVAZZA – DEL VECCHIO – DE PIETRO – RAPPINI, *L'innovazione nell'assicurazione salute*, Milano, 2016, p. 9, il quale rileva che la limitata diffusione in Italia delle assicurazioni della salute e la conseguente scarsa efficacia del meccanismo di *risk sharing* hanno comportato ingenti perdite per le imprese assicurative e l'esiguità degli investimenti nel settore, «penalizzato da una forte dinamica dei costi con valori superiori a quelli inflattivi. Proprio la filiera dei costi ha rappresentato un elemento di forte criticità nella gestione del ramo, sia per la sua assoluta peculiarità rispetto a quella riconducibile agli altri rami danni, sia per la notevole difficoltà di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria [...]»; BARIGOZZI, *Assicurazione sanitaria*, in *Riv. pol. econ.*, 2006, p. 250, la quale definisce le assicurazioni della salute un «mercato di nicchia» sia per fattori culturali, come la diffidenza verso i contratti

contribuire alla prevenzione delle malattie e alla promozione di stili di vita più sani, incoraggiandone l'adozione mediante sconti sui premi.

Il presente contributo si propone di illustrare gli aspetti più rilevanti e innovativi della *Digital Health Insurance*<sup>8</sup> e di mettere in luce le opportunità che essa offre, non solo ai clienti, ma anche alle imprese di assicurazione. Si avrà cura di evidenziarne soprattutto gli effetti, potenzialmente dirompenti, sulle attività di valutazione e tariffazione dei rischi sanitari e sul ruolo dell'impresa di assicurazione, per come questi tradizionalmente si configurano<sup>9</sup>.

Ci si soffermerà, inoltre, sulle insidie legate all'uso delle nuove tecnologie e astrattamente in grado di ostacolare l'effettiva diffusione dei contratti in esame tra i potenziali clienti. Si vedrà, infatti, che il possibile trattamento, da parte delle imprese di assicurazione, di dati biometrici, comportamentali e finanche genetici dell'assicurato/to suscita non poche perplessità in ragione della potenziale interferenza con diritti fondamentali dell'individuo come quello alla salute, alla riservatezza e all'autodeterminazione<sup>10</sup>.

---

assicurativi in genere, sia per gli elevati costi connessi alla stipulazione di tali contratti, soprattutto nella forma delle assicurazioni individuali.

<sup>8</sup>Esulano dall'oggetto delle presenti considerazioni, pur costituendo anch'esse un *trend* emerso nell'area della protezione della persona e della salute per effetto della progressiva digitalizzazione del settore assicurativo, le cc.dd. *instant insurance*, ossia coperture assicurative a basso costo e di brevissima durata (anche giornaliera) destinate alla copertura di esigenze contingenti e specifiche del cliente, delle quali costituisce esempio tipico quella di proteggersi contro gli infortuni che potrebbero occorrere durante lo svolgimento di attività sportive amatoriali (es. lo sci per un giorno) oppure durante un viaggio. Di regola, grazie alla collaborazione tra le imprese di assicurazione tradizionali (cc.dd. *incumbent*) e le *start-up insurtech*, il potenziale cliente riceve direttamente sul proprio *smartphone* proposte di copertura ritagliate sulle esigenze del momento che, se di suo gradimento, può sottoscrivere "in mobilità". Così IVASS, Report *Analisi trend offerta prodotti assicurativi (gennaio – giugno 2018)*, Novembre, 2018, p. 3 s.

<sup>9</sup>V. *infra*, par. 3.

<sup>10</sup>V. *infra*, par. 4.



2. Con l'espressione *Digital Health Insurance* si allude all'offerta di «polizze salute legate all'utilizzo di tecnologie digitali» in grado di registrare e trasmettere dati precisi sullo stato di salute dei clienti<sup>11</sup>.

È doveroso chiarire *in limine* che i contratti di assicurazione che possono assumere rilievo in tale contesto, in quanto riconducibili entro l'unitaria nozione di "assicurazioni della salute", sono molteplici<sup>12</sup>: (i) le assicurazioni infortuni e/o malattie<sup>13</sup>, con le quali l'assicuratore assume l'obbligo di erogare una somma di denaro – predeterminata in misura forfettaria - nell'ipotesi in cui l'assicurato subisca una lesione psicofisica e/o sia colpito da uno stato morboso che ne provochi la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea<sup>14</sup>; (ii) le assicurazioni di spese mediche o sanitarie, le quali garantiscono la mera rifusione delle spese

---

<sup>11</sup>Cfr. IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi – Le nuove polizze sulla salute: la Digital Health Insurance*, cit., p. 3.

<sup>12</sup>Sull'operatività delle imprese di assicurazione nel settore della salute, v. LANDINI, *Il ruolo delle assicurazioni nella salute*, in *Diritto e salute*, 2017, p. 88 ss.; GAGLIARDI, *Salute e assicurazione: il diritto delle assicurazioni in campo sanitario*, in *Riv. it. med. leg.*, 2015, p. 1321 ss.; E. PIRAS, *Fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso: le nuove frontiere della sanità integrativa*, in *Resp. civ. prev.*, 2016, p. 1870 ss.

<sup>13</sup>Altrimenti dette "assicurazioni contro i danni alla persona". Sul tema, v. ampiamente ROSSETTI, *Il diritto delle assicurazioni*, II, *Le assicurazioni contro i danni*, Padova, 2012, p. 572 ss. Tra i contributi meno recenti si segnalano: SANTARONI, *Assicurazione degli infortuni*, in A.D. CANDIAN, POLOTTI DI ZUMAGLIA e SANTARONI (a cura di), *Assicurazione vita e infortuni. Contratti para-assicurativi*, Torino, 1992, p. 203 ss.; DURANTE, *Il contratto per l'assicurazione privata contro gli infortuni*, Milano, 1974; VOLPE PUTZOLU, *L'assicurazione privata contro gli infortuni nella teoria del contratto di assicurazione*, Milano, 1968; PASANISI, *L'assicurazione infortuni nella disciplina legislativa del contratto di assicurazione*, in *Assicurazioni*, 1962, p. 361 ss.; FANELLI, *Assicurazione privata contro gli infortuni*, in *Enc. dir.*, III, 1958, p. 581 ss. e, dello stesso A., *L'assicurazione privata contro gli infortuni*, Milano, 1945; SALANDRA, *Natura e disciplina giuridica dell'assicurazione privata contro gli infortuni*, in *Assicurazioni*, 1948, I, p. 3 ss.

<sup>14</sup>L'art. 2 c. ass. contempla le figure contrattuali in esame sia nei rami 1 e 2 danni (infortuni e malattia) che nel ramo IV vita (assicurazioni malattia e assicurazioni di non autosufficienza garantite mediante contratti di lunga durata, non rescindibili dall'assicuratore, a copertura del rischio di invalidità grave dovuta a infortunio, malattia o longevità).

sostenute dall'assicurato per far fronte all'evento che incida sulla sua salute, purché documentabili<sup>15</sup>; (iii) le c.d. assicurazioni *Long Term Care* (breviter LTC)<sup>16</sup>, con le quali è garantita all'assicurato assistenza di lungo periodo in caso di non autosufficienza dovuta a malattia, infortunio o senescenza<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup>Con le assicurazioni per il rimborso delle spese mediche si conviene l'erogazione, da parte dell'impresa assicurativa, di una somma di denaro il cui importo è rapportato alle spese mediche (per esami diagnostici, visite specialistiche, ricoveri, interventi chirurgici, ecc.) rese necessarie da un infortunio o da una malattia. Pertanto, i contratti di assicurazione *de quibus* sono di regola qualificati come assicurazioni contro i danni – più precisamente, assicurazioni del patrimonio - in quanto tali soggetti all'applicazione del principio indennitario. In tal senso v. IRRERA, *L'assicurazione: l'impresa e il contratto*, cit., p. 453 s., 465 s.; Cass., 20 agosto 1992, n. 9689, in *Nuova giur. civ. comm.*, 1993, p. 517 ss., con nota di DONZELLA, secondo cui il contratto di assicurazione c.d. di "sicurezza sanitaria", avendo lo scopo di garantire l'assicurato contro il rischio derivante da malattia o infortunio limitatamente alle spese che, in tale evenienza, egli fosse costretto a sborsare per cure mediche e per il ricovero in ospedale o in altri luoghi di cura, non è assimilabile all'assicurazione infortuni per il caso di morte, che ha finalità prettamente previdenziale. Sul tema, v. CORRIAS, *Il contratto di assicurazione (Profili funzionali e strutturali)*, Napoli, 2016, p. 58, secondo il quale anche le assicurazioni di spese mediche o sanitarie, al pari delle assicurazioni contro gli infortuni e le malattie, apparterebbero al *genus* delle "assicurazioni della salute" e sarebbero caratterizzate da una funzione previdenziale in quanto rivolte alla tutela di interessi squisitamente personali.

<sup>16</sup>Sul tema, v. DI NELLA, *Le assicurazioni per il rischio di non autosufficienza. Modelli e tutele*, in CAVAZZONI, DI NELLA, MEZZASOMA e RIZZO (a cura di), *La tutela del consumatore assicurato tra codice civile e legislazione speciale*, Napoli, 2012, p. 217 ss.; GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazioni sanitarie e prestazione diretta di assistenza: il caso delle polizze long term care*, in CORRIAS e RACUGNO, *Prestazioni di facere e contratto di assicurazione*, Milano, 2013, p. 39 ss.; ID., *Tutela degli anziani ed assicurazioni per l'assistenza di lungo periodo alla luce dei diritti fondamentali*, in COMANDÈ (a cura di), *Diritto privato europeo e diritti fondamentali (Saggi e ricerche)*, Torino, 2004, p. 213 ss.; DE STROBEL, *Le assicurazioni per il rischio di non autosufficienza Long Term Care. I profili giuridici*, in *Dir. econ. ass.*, 2004, p. 147 ss.; PETRONE, *Il rischio non autosufficienza delle persone e le assicurazioni long term care: alcune riflessioni giuridiche*, in PACI (a cura di), *Il rischio di non autosufficienza e l'offerta assicurativa in Italia*, Milano, 2003, p. 129 ss. Per ulteriori riferimenti bibliografici su specifici aspetti del tema, quale l'utilizzabilità di *test* genetici nell'ambito delle assicurazioni LTC, v. *infra*, nt. 55.

<sup>17</sup>L'art. 2, comma 2, c. ass. contempla tali fattispecie contrattuali nell'ambito del ramo IV vita. Tuttavia, a quello che è stato definito, con una efficace espressione, un «apparente inquadramento «monoramo» delle polizze LTC» si contrappone una duplice classificazione dei contratti in esame, in relazione alla prestazione garantita, ad opera del Regolamento ISVAP n. 29/2009 (concernente le istruzioni applicative sulla classificazione dei rischi all'interno dei rami di assicurazione). In base all'art. 8 del Regolamento, infatti, i contratti *de quibus* devono essere ricondotti al ramo IV vita quando la prestazione garantita dall'assicuratore consiste in una rendita; quando, invece, la prestazione assicurativa è costituita dal risarcimento (*rectius*: rimborso) del costo per l'assistenza o

Tutte le fattispecie contrattuali menzionate – tra le quali le più diffuse e discusse sono indubbiamente le prime<sup>18</sup> - sono accomunate dalla finalità di garantire l'assicurato nei confronti di accadimenti idonei a procurargli una menomazione della integrità psico-fisica<sup>19</sup>; esse, infatti, sono dirette a fronteggiare le spese, le cure e ogni altra conseguenza di un'alterazione dello stato di salute, indipendentemente dalla natura dell'evento che ne costituisca la causa<sup>20</sup>.

Ciò rilevato, il *trend* della digitalizzazione delle assicurazioni della salute presenta diverse declinazioni in quanto molteplici sono i dispositivi e i servizi *hi-tech* con i quali è possibile integrare le coperture sanitarie.

L'«offerta digitale» delle imprese assicurative italiane nell'area della salute si concentra in particolar modo su proposte che incentivano l'uso di braccialetti

---

da una prestazione in natura (c.d. prestazione diretta), l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza deve essere classificata nel ramo 2 danni di cui all'art. 2, comma 3, c. ass. Per maggiori approfondimenti, v. GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazioni sanitarie e prestazione diretta di assistenza: il caso delle polizze long term care*, cit., p. 52 ss., da cui è tratta la citazione testuale.

<sup>18</sup>Non è possibile soffermarsi in questa sede sull'annoso dibattito relativo alla natura giuridica delle assicurazioni infortuni, la cui rilevanza pratica si ricollega alla difficoltà, in assenza di indicazioni legislative, di individuare, nell'ambito della disciplina codicistica del contratto di assicurazione, il nucleo di disposizioni concretamente applicabili a tali figure negoziali. Al riguardo, sia consentito solo ricordare che tuttora l'elaborazione dottrinale sul tema non fornisce una soluzione uniforme della questione. Quanto alla giurisprudenza, essa si è recentemente orientata nel senso della qualificazione come assicurazioni sulla vita delle sole polizze contro il rischio di infortuni mortali, con conseguente inquadramento delle polizze contro gli infortuni non mortali nell'ambito delle assicurazioni contro i danni. In tal senso, nel solco di Cass., SS. UU., 10 aprile 2002, n. 5119, v. da ultimo Cass., 11 giugno 2014, n. 13233, in *Resp. civ. prev.*, 2014, p. 1879 ss, con nota di LOCATELLI; Trib. Reggio Emilia, 2 marzo 2016, n. 315, secondo cui in caso di polizza infortuni che preveda il caso morte, qualora si verifichi l'infortunio mortale si applica la disciplina propria delle assicurazioni sulla vita che non incontra il limite del principio indennitario. Per una dettagliata ricostruzione dei principali orientamenti dottrinali e giurisprudenziali sul tema, v. ROSSETTI, *Il diritto delle assicurazioni*, cit., p. 572 ss.

<sup>19</sup>Cfr. CORRIAS, *Il contratto di assicurazione (Profili funzionali e strutturali)*, cit., p. 57.

<sup>20</sup>Così GAGLIARDI, *L'assicurazione della salute tra aleatorietà e tutela dell'identità personale*, in BUSNELLI e COMANDÈ (a cura di), *L'assicurazione tra codice civile e nuove esigenze: per un approccio precauzionale al governo dei rischi*, Milano, 2006, p. 81.

elettronici o di altri dispositivi *wearables* (ad esempio i contapassi) di rilevazione e monitoraggio dell'attività fisica dell'assicurato (cc.dd. *activity trackers*)<sup>21</sup>.

In alcuni casi, l'impresa di assicurazione incoraggia l'uso di siffatti dispositivi con la promessa di sconti sul premio assicurativo, applicabili sia all'atto della stipulazione del contratto che nel corso della sua esecuzione.

Nello specifico, i clienti che, condividendo con l'assicuratore alcuni dati clinici, dimostrino di essere in buono stato di salute al momento dell'instaurazione del rapporto otterranno un immediato sconto sul premio, del quale beneficeranno per tutta la durata del contratto<sup>22</sup>.

Inoltre, gli assicurati che seguano un apposito programma di allenamento e si adeguino a modelli di vita *healthy* potranno ottenere ulteriori sconti sul premio nella fase di esecuzione del contratto. L'impresa di assicurazione predispone, infatti, una sorta di *premium plan* che presuppone l'uso, da parte di ciascun assicurato, di uno fra i *devices* indicati dall'impresa medesima: qualora i dati registrati dal dispositivo segnalino lo svolgimento, in corso di rapporto, di regolare attività fisica e il raggiungimento della soglia minima annuale di movimento prevista dal contratto, l'assicurato avrà diritto, al momento del rinnovo della polizza, ad uno sconto aggiuntivo, il quale verrà automaticamente applicato all'annualità successiva<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup>Per una panoramica sui dispositivi *wearables*, GERMANI e FEROLA, *Il wearable computing e gli orizzonti futuri della privacy*, in *Dir. inf.*, 2014, p. 75 ss.

<sup>22</sup>L'impresa assicurativa effettua tale valutazione sulla base della presentazione di uno scontrino della farmacia dal quale risulti che alcuni specifici parametri di benessere (indice di massa corporea, pressione arteriosa, colesterolo) sono "nella norma" e delle dichiarazioni rese dall'assicurato mediante la compilazione del c.d. questionario anamnestico o sanitario.

<sup>23</sup>I cc.dd. "traguardi" sono previsti, per tutti gli assicurati, sulla base del movimento minimo normalmente richiesto ad un soggetto in buono stato di salute. Affinchè l'impresa possa accertarne il raggiungimento, è necessario che l'assicurato effettui la registrazione ad una apposita piattaforma digitale e vi traferisca periodicamente (di solito con cadenza mensile) i dati registrati dal dispositivo elettronico in uso. L'impresa potrà, così, analizzare i dati raccolti, convertirli in MOVES (unità di

In altri casi, l'impresa assicurativa offre, senza alcun costo aggiuntivo, a coloro che stipulino una polizza della salute un *wearable device* il cui uso, pur non essendo associato a benefici di tipo economico quali la riduzione del premio, permette all'assicurato il controllo continuativo dei dati relativi all'attività fisica e di fruire di un efficace strumento di autoprevenzione<sup>24</sup>.

La medesima prassi è emersa con riferimento a dispositivi *wireless* di tipo medico (o "bio-medicali"), non necessariamente indossabili, che si differenziano da quelli poc'anzi menzionati principalmente per l'oggetto della rilevazione. Siffatti strumenti, infatti, sono destinati a tracciare, non l'attività fisica dell'assicurato, ma un'ampia gamma di parametri vitali (come il livello di glucosio nel sangue, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la saturazione dell'ossigeno, ecc.) e si rivelano, dunque, particolarmente utili per il monitoraggio a distanza di soggetti a rischio o affetti da gravi patologie<sup>25</sup>.

Tuttavia, in talune ipotesi il rapporto fra la polizza della salute e i *devices* bio-medicali appare "rovesciato" rispetto alle ipotesi precedentemente evocate: difatti, è l'acquisto di uno di tali dispositivi a consentire l'attivazione di una polizza della salute, e non viceversa. Così, sulla base di un'apposita convenzione con l'azienda produttrice, un'impresa assicurativa ha ritenuto di offrire gratuitamente, ad ogni acquirente di apparecchi del tipo descritto, una polizza sanitaria base temporanea per la copertura di specifiche spese mediche nonché la possibilità di installare sullo

---

misura dell'attività fisica quotidiana) e procedere all'eventuale applicazione degli sconti previsti.

<sup>24</sup>È il caso di "Poste Protezione Innova Salute Più" promosso da Poste Assicura S.p.A.. L'assicurato che stipuli alcune delle formule offerte da tale contratto di assicurazione (ad esempio, grandi interventi chirurgici) e che opti per il pagamento di un premio annuale, potrà ricevere in regalo un braccialetto elettronico del tipo "Bluetooth" che gli consentirà di monitorare i dati registrati in relazione allo stile di vita e all'attività sportiva utilizzando una *App* dedicata o consultando il *display* presente sul dispositivo.

<sup>25</sup>Cfr. GERMANI e FEROLA, *Il wearable computing e gli orizzonti futuri della privacy*, cit., p. 77.

*smartphone* una *App* dedicata, con la quale monitorare il proprio stato di salute, ricevere consulenza medica e suggerimenti sui comportamenti da adottare per migliorare il proprio stile di vita, ottenere aggiornamenti sul livello di rischio di insorgenza di nuove patologie, ad esempio cardiovascolari e metaboliche<sup>26</sup>.

Una diversa e specifica manifestazione della *Digital Health Insurance*, che conviene menzionare espressamente, è costituita dalla polizze della salute che contemplano servizi abbinati di Telemedicina e di *Home care*<sup>27</sup>.

Grazie ad *App* dedicate e a dispositivi medici all'avanguardia, tali contratti garantiscono all'assicurato l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria secondo modelli innovativi incentrati sul cittadino; il medico e il paziente non si confrontano "*de visu*" ma comunicano a distanza, in qualsiasi momento<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup>È questa l'offerta scaturita dalla collaborazione fra RBM SALUTE, impresa specializzata nell'assicurazione sanitaria, e IHEALTH, azienda che produce e distribuisce prodotti *wireless* innovativi per la salute. Con l'acquisto di uno dei suddetti dispositivi l'acquirente ottiene in regalo un'assicurazione sanitaria individuale della durata di tre anni, rinnovabile fino a cinque, per la copertura di spese mediche (per visite specialistiche, grandi interventi chirurgici, specifiche prestazioni odontoiatriche). L'assicurato può personalizzare, con un premio a suo carico, la copertura offerta dalla polizza di base (ad esempio per le cure fisioterapiche, la gravidanza, i medicinali, gli occhiali o l'inabilità) ed estenderla ai propri familiari.

<sup>27</sup>Sul tema, v. STEFANINI, *Telemedicina, "mHealth" e diritto*, in *Rassegna di diritto farmaceutico e della salute*, 2016, p. 1023 ss.; FILAURO, *Telemedicina, cartella clinica elettronica e tutela della privacy*, in *Danno resp.*, 2011, p. 472 ss.

<sup>28</sup>Cfr. MINISTERO DELLA SALUTE, *Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali*, 2014, p. 8, consultabili sul sito [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2129\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf), secondo il quale «Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti»; COMMISSIONE UE, *Comunicazione sulla telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società*, 4 novembre 2008 [COM(2008)689], p. 3. La Telemedicina, dunque, consente lo spostamento delle informazioni mediche evitando lo spostamento delle persone (cfr. IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi – Le nuove polizze sulla salute: la Digital Health Insurance*, cit., p. 10).

Alcune polizze prevedono che, in caso di ricovero conseguente a malattia o infortunio, eventualmente accompagnato da intervento chirurgico, l'assicurato possa richiedere alla Struttura organizzativa collegata all'impresa di assicurazione di installare presso il suo domicilio un sistema tecnologico di comunicazione audio-visuale e di trasmissione di dati clinici utilizzabile dal personale medico e paramedico che lo assista<sup>29</sup>.

Altre, invece, sono integrate da servizi per il telemonitoraggio di alcune specifiche patologie croniche. È il caso dei contratti in forza dei quali gli assicurati in possesso di determinati requisiti anagrafici e clinici<sup>30</sup> ricevono gratuitamente, al proprio domicilio, dispositivi che ne rilevano i parametri vitali e li trasmettono in tempo reale alla Centrale Operativa dell'impresa di assicurazione; il *team* di medici e di infermieri specializzati ivi operante può così monitorare continuamente lo stato di salute del paziente/assicurato, offrire a quest'ultimo suggerimenti e raccomandazioni ed intervenire tempestivamente in presenza di *alert* clinici<sup>31</sup>.

Alle polizze sanitarie possono essere abbinati anche servizi di telecontrollo, che garantiscono la sorveglianza e l'assistenza da remoto di determinati soggetti (si

---

<sup>29</sup>*Generali Sei in salute* di Generali Italia S.p.A. prevede che le spese per l'installazione delle apparecchiature al domicilio dell'assicurato restino a carico della Struttura organizzativa fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

<sup>30</sup>Si tratta di soggetti oltre il 50mo anno di età e affetti da patologie croniche come il diabete, l'ipertensione, l'asma e la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva. Con riferimento a tali soggetti aventi tali caratteristiche potrebbe manifestarsi un più serio problema di *digital divide*, ossia il rischio che gli strumenti di *eHealth*, che dovrebbero garantire una maggiore equità dell'assistenza sanitaria, finiscano, in concreto, per accentuare il divario tra coloro che possiedono maggiori conoscenze e competenze digitali e coloro che ne risultano privi. Si è infatti riscontrato che la scarsa abilità nell'uso delle nuove tecnologie ha contribuito ad una limitata diffusione dei dispositivi tecnologici esaminati (ad es. *app* per la salute) tra i soggetti *over 55* affetti da patologie croniche, nonostante si tratti, almeno astrattamente, degli individui che potrebbero trarne i maggiori benefici. Cfr. VICARELLI e BRONZINI, *La sanità digitale: dimensioni di analisi e prospettive di ricerca*, in *Politiche sociali*, 2018, p. 155.

<sup>31</sup>Servizio *Monitor Salute* offerto dalla compagnia Unisalute del gruppo Unipol.

pensi agli anziani che vivano da soli) attraverso apparecchi dotati di sensori che ne rilevano malesseri o cadute all'interno dell'appartamento e che, grazie a dispositivi GPS, consentono la localizzazione del paziente e l'invio sul posto del personale medico o paramedico necessario<sup>32</sup>.

I vantaggi offerti dai sopra descritti servizi di Telemedicina e *Home Care* sono evidenti: l'assistenza sanitaria domiciliare e da remoto, da un lato, può contribuire ad un abbattimento dei costi dei servizi sanitari, riducendo il numero di giorni di ricovero presso strutture ospedaliere<sup>33</sup>; dall'altro, può permettere al paziente/assicurato di beneficiare di prestazioni mediche all'interno del proprio ambiente familiare, fattore non trascurabile quando si tratti di un soggetto particolarmente vulnerabile in quanto anziano, affetto da malattie croniche e/o impossibilitato a muoversi.

---

<sup>32</sup>Cfr. IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi – Le nuove polizze sulla salute: la Digital Health Insurance*, cit., p. 10 ss., ove si segnala anche l'offerta di polizze salute che garantiscono all'assicurato una cartella clinica *web*, ossia una piattaforma digitale attraverso la quale conservare e consultare, in maniera riservata e sicura, le informazioni relative alla propria storia clinica e condividerle con il medico curante e/o con altri medici per un consulto o in casi di emergenza; ad esempio, qualora l'assicurato si trovi all'estero la cartella clinica elettronica potrà essere messa a disposizione dei medici del posto, nella loro lingua madre, affinché possano effettuare una prima valutazione dei sintomi dell'assicurato, fornire un parere ed eventualmente prescrivere una visita specialistica. Al fine di incrementare il gradimento dei clienti per le cartelle cliniche *web* sarà indispensabile fornire loro adeguate garanzie in ordine all'archiviazione e alla distribuzione protetta in rete dei relativi dati sensibili; obiettivo che potrebbe essere agevolato dall'applicazione delle tecnologie *blockchain* e dei sistemi di crittografia che le contraddistinguono.

<sup>33</sup>Secondo il MINISTERO DELLA SALUTE, *Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali*, cit., p. 8, «Se correttamente utilizzati, i servizi di Telemedicina possono contribuire a una trasformazione del settore sanitario ed a un cambiamento sostanziale dei modelli di business che ad esso sottendono. [...] è chiaro infatti come la disponibilità di servizi di Telemedicina per aree o pazienti disagiati potrebbe permettere anche una diminuzione delle spese, come pure un aumento dell'efficienza del sistema. Inoltre, la Telemedicina può essere di supporto alla dimissione protetta ospedaliera, alla riduzione delle ospedalizzazioni dei malati cronici, al minor ricorso ai ricoveri in casa di cura e di riposo degli anziani, alla riduzione della mobilità dei pazienti alla ricerca di migliori cure».



Quanto fin qui osservato, evidenzia che, indipendentemente dalla tipologia prescelta, la componente *smart device* delle nuove polizze della salute può costituire un valore aggiunto sia nella fase che precede l'evento dedotto in rischio, favorendo la prevenzione del relativo accadimento<sup>34</sup>, sia nella fase successiva al verificarsi di siffatto accadimento, ottimizzando eventuali prestazioni di assistenza e consulenza.

3. Il quadro ricognitivo delle fattispecie contrattuali più diffuse nella prassi, pur non esaurendone l'intera gamma - rimessa alla creatività degli operatori del settore e dunque destinata ad una ulteriore evoluzione nel prossimo futuro - permette di illustrare le opportunità offerte dalla *Digital Health Insurance* alle imprese di assicurazione sul piano della valutazione e tariffazione dei rischi; opportunità che destano il maggiore interesse in quanto vertono sul fulcro dell'operazione assicurativa<sup>35</sup>.

Al riguardo, è appena il caso di ricordare che, secondo l'opinione tradizionale, le imprese di assicurazione si trovano di regola in una posizione di *gap* informativo, in relazione allo stato del rischio, rispetto al contraente/assicurando<sup>36</sup>. Pertanto,

---

<sup>34</sup>Cfr. IVASS, Report *analisi trend offerta prodotti assicurativi (luglio – dicembre 2017)*, cit., p. 8.

<sup>35</sup>Non si tratta dell'unico vantaggio offerto dalla *Digital Health Insurance* alle imprese assicurative; la conoscenza dei dati personali, dei comportamenti e degli stili di vita degli assicurandi/ti potrebbe anche incrementare la competitività all'interno del mercato, grazie all'ampliamento della gamma dei prodotti offerti, e la riduzione del rischio di frodi.

<sup>36</sup>Il mercato assicurativo sarebbe caratterizzato da una asimmetria informativa bilaterale, in forza della quale, alla "supremazia" dell'assicuratore in relazione alle informazioni concernenti i diritti e gli obblighi derivanti dal contratto, corrisponderebbe una posizione di inferiorità del medesimo in ordine alla conoscenza del rischio e delle relative circostanze. In tal senso, v. PIRILLI, *La fase precontrattuale nell'assicurazione*, in *Assicurazioni*, 2013, p. 418 e 421; CESERANI, *Rappresentazione del rischio, asimmetria informativa ed uberrima fides: diritto italiano e diritto inglese a confronto*, in *Dir. econ. ass.*, 2009, p. 163, il quale rimarca che «gli elementi circostanziali del rischio sono conosciuti solo dall'assicurando»; DI NOVI, *Selezione avversa e mercato*

esse si affidano, nella selezione dei rischi, pressochè esclusivamente alle dichiarazioni da quest'ultimo rese in fase precontrattuale<sup>37</sup>, le quali si rivelano essenziali per il fisiologico funzionamento dell'operazione assicurativa, fondata sul principio di mutualità, e per il corretto calcolo dei premi richiesti agli assicurati.

Infatti, soltanto la corrispondenza tra il rischio rappresentato dal contraente e il rischio reale può garantire che il premio applicato non sia inferiore al rischio assicurato<sup>38</sup>. Ciò trova conferma nel tessuto normativo in materia di rischio assicurativo e, segnatamente, nelle disposizioni codicistiche che sanzionano l'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni precontrattuali del contraente (artt. 1892 e 1893 c.c.) e che disciplinano le ipotesi di variazione del rischio in corso di rapporto (artt. 1897 e 1898 c.c.)<sup>39</sup>.

---

*assicurativo privato: un'analisi empirica su dati USA*, in *Dir. econ. ass.*, 2011, p. 944 ss.; GAGLIARDI, "Atipicità" dell'assicurazione tra prassi assicurativa e copertura di nuovi rischi, in COMANDE (a cura di), *Gli strumenti della precauzione: nuovi rischi, assicurazione e responsabilità*, Milano, 2006, p. 199.

<sup>37</sup>Come osservato da DONATI, *Trattato del diritto delle assicurazioni private*, II, *Il diritto del contratto di assicurazione*, 1, *I principi generali del contratto di assicurazione*, Milano, 1954, p. 298, l'assicurando è un vero e proprio gestore del rischio in quanto unico soggetto a conoscenza delle circostanze utili ad identificarlo e valutarlo; l'accertamento preventivo degli elementi del rischio da parte dell'impresa assicurativa risulterebbe complicato e oneroso, spesso addirittura impossibile trattandosi di avvenimenti del passato o di natura delicata. In tal senso, v. anche ANTONUCCI, *L'assicurazione fra impresa e contratto*, Bari, 2000, p. 89, la quale evidenzia che nelle assicurazioni di massa le dichiarazioni dell'assicurando «generalmente costituiscono l'unico strumento informativo cui fa ricorso l'assicuratore: altri strumenti di indagine, i cui costi gravano sull'assicurato, comporterebbero eccessive diseconomie organizzative ed un chiaro disincentivo per l'assicurando»; NITTI, *Duty of disclosure nel contratto di assicurazione. Analisi comparata tra sistema italiano e sistema inglese*, in *Dir. econ. ass.*, 2010, p. 551 s. In giurisprudenza v., *ex multis*, Cass., 24 novembre 2003, n. 17840 e Cass., 19 dicembre 2000, n. 15939, secondo cui le dichiarazioni dell'assicurato mirano a garantire all'assicuratore la conoscenza, prima della conclusione del contratto, di tutte le circostanze che possono influire sulla determinazione concreta del rischio assicurato e che egli difficilmente potrebbe desumere *aliunde*.

<sup>38</sup>Così Cass., 13 marzo 2007, n. 5848. Nella stessa direzione, si sono espresse Cass., 24 novembre 2003, n. 17840, *cit.*; Cass., 19 dicembre 2000, n. 15939, *cit.*; e, da ultimo, Cass., 4 agosto 2017, n. 19520.

<sup>39</sup>Secondo la dottrina maggioritaria le disposizioni sopra citate (artt. 1892 e 1893 c.c.) sarebbero

Nello specifico caso delle assicurazioni della salute, in un contesto di “bassa digitalizzazione”<sup>40</sup>, la prassi vede l’impresa fondare la valutazione dei rischi e la determinazione dei premi sulle informazioni fornite dal cliente con la compilazione del questionario sanitario sottopostogli prima della stipulazione del contratto; il questionario costituisce dunque lo strumento tradizionale attraverso il quale l’impresa assicurativa, non solo assolve il proprio dovere di collaborazione verso la controparte contrattuale consentendole di riconoscere gli elementi del rischio

---

animate dalla *ratio* di tutelare non tanto la posizione dell’assicuratore quanto quella degli assicurati, ancorchè in via indiretta, ossia garantendo la correttezza del congegno tecnico di assunzione del rischio a costo parziale che caratterizza il contratto di assicurazione. In tal senso, per tutti, GAMBINO, *Assicurazione (Contratto di assicurazione: profili generali)*, in *Enc. Giur. It.*, III, 1988, p. 10; ID., *La prevenzione nelle assicurazioni sulla vita e nei nuovi prodotti assicurativo-finanziari*, in *Assicurazioni*, 1990, p. 30, secondo il quale la disciplina codicistica delle dichiarazioni precontrattuali sul rischio non è più riferibile, per il suo contenuto e la sua *ratio*, alla disciplina generale sui vizi del consenso e cioè sull’errore dell’assicuratore, come si riteneva nel vigore del Codice di commercio del 1882, ma intende dare all’assicuratore una precisa conoscenza del rischio al fine di valutarne l’assicurabilità tecnica e di garantire un’esatta determinazione del premio, come corrispettivo di un rischio medio, calcolato in relazione ad una massa di rischi omogenei; VOLPE PUTZOLU, *L’assicurazione privata contro gli infortuni nella teoria del contratto di assicurazione*, cit., p. 45 ss., secondo la quale se si ha riguardo al complesso meccanismo di comunione dei rischi (il quale pretende un costante equilibrio tra rischio e premio nella sua accezione tecnica) si può notare come le disposizioni sopra richiamate non mirino ad investire l’assicuratore, come parte del contratto, di un ingiustificato privilegio ma a garantire una corretta gestione dell’impresa a salvaguardia dell’intera massa degli assicurati, ossia dell’adempimento degli obblighi assunti nei confronti degli assicurati per i quali si verificherà il rischio. Nella medesima prospettiva, «che vede strettamente intrecciate vicende del contratto e vicende dell’impresa», ANTONUCCI, *L’assicurazione fra impresa e contratto*, cit., p. 88.

<sup>40</sup>Lo scenario considerato si caratterizza per l’indisponibilità di un immenso patrimonio di dati personali come quello generato dai *devices* associati alla *Digital Health Insurance*.

rilevanti ai fini della sua valutazione<sup>41</sup>, ma tenta altresì di riequilibrare a proprio vantaggio la suddetta asimmetria informativa<sup>42</sup>.

Tuttavia il questionario sanitario, sebbene sia finalizzato alla raccolta di dati precisi sullo stato di salute e su eventuali patologie pregresse e/o di natura ereditaria dell'assicurando, non risolve in radice il problema della naturale incompletezza delle informazioni relative al rischio; difatti, anche l'assicurando potrebbe ignorare alcune circostanze rilevanti ai fini della sua assunzione. L'impresa di assicurazione pare, dunque, costantemente esposta all'eventualità che il cliente possa omettere, anche involontariamente, informazioni rilevanti sullo stato del rischio da assicurare.

Analoga situazione di asimmetria informativa in relazione alle caratteristiche del rischio è riscontrabile nella fase successiva alla stipulazione del contratto. In tale fase l'assicuratore generalmente non è in grado di osservare e monitorare i comportamenti degli assicurati, i quali potrebbero porre in essere condotte, anche omissive, tali da aumentarne la rischiosità<sup>43</sup>; pertanto, egli ha il diritto, ex artt. 1897

---

<sup>41</sup>L'interpretazione degli artt. 1892 e 1893 c.c., dai quali si desume l'obbligo del contraente di descrivere il rischio in modo esatto e completo, ha condotto la giurisprudenza ad individuare in capo all'assicuratore un dovere di cooperazione, in forza del quale egli deve porre l'assicurando nelle condizioni di comprendere quali siano le circostanze del rischio rilevanti ai fini della sua assunzione. Sul tema, ampiamente, BUGIOLACCHI, *Disclosure dell'assicurato e cooperazione dell'assicurazione nella determinazione dell'informazione rilevante*, in *Resp. civ. prev.*, 2009, p. 1598 ss.

<sup>42</sup>Cfr. DI NOVI, *Selezione avversa e mercato assicurativo privato: un'analisi empirica su dati USA*, cit., p. 949, sottolinea la tendenza degli assicuratori ad arginare gli effetti negativi della propria posizione di *gap* informativo (in particolare possibili fenomeni di selezione avversa) non solo tramite il questionario precontrattuale anche attraverso altri strumenti, quali la predisposizione e l'offerta di prodotti attraenti solo per individui a basso rischio e, nel caso delle assicurazioni sanitarie, in buona salute (es. polizze che contemplino abbonamenti alla palestra) con riferimento alle quali si è soliti parlare di pratiche di *cream skimming*.

<sup>43</sup>Come rilevato da ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all'impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, cit., p. 4, spesso nella fase successiva alla stipulazione del contratto si registra una minore propensione degli assicurati all'adozione di adeguate misure di prevenzione del rischio.

e 1898 c.c., di essere informato dal contraente di eventuali mutamenti rilevanti del rischio assunto.

Dall'impossibilità per l'impresa assicurativa di riconoscere, sia *ex ante* che nella fase successiva alla conclusione del contratto, il grado di rischio individuale degli assicurandi/ti discende quella di parametrare ad esso l'importo dei premi. La tradizionale tecnica di tariffazione dei rischi consiste, come è ampiamente noto, nella previsione di un premio che riflette la rischiosità media di tutti gli assicurandi appartenenti ad una medesima classe, nel quadro della neutralizzazione dei rischi individuali in cui si sostanzia il principio di mutualità assicurativa; in altri termini, nella sua accezione tecnica il premio non rappresenta il corrispettivo del rischio assunto con il singolo contratto di assicurazione, ma è calcolato sulla base di elementi probabilistici in relazione ad una massa di rischi omogenei assunti dall'assicuratore<sup>44</sup>.

In uno scenario come quello descritto che, secondo la teoria economica, potrebbe innescare fenomeni di selezione avversa o di azzardo morale<sup>45</sup>, la “svolta

---

<sup>44</sup>Cfr. GAMBINO, *L'assicurazione nella teoria dei contratti aleatori*, Milano, 1964, p. 377 s., il quale evidenzia che «I rischi individuali vengono neutralizzati facendo gravare su ciascun assicurato [...] una proporzionale aliquota degli oneri derivanti dal verificarsi di una pluralità di eventi». Come sottolineato da DE LORENZI, *Contratto di assicurazione. Disciplina giuridica e analisi economica*, Padova, 2008, p. 18 s., «il rischio del singolo soggetto non è “prezzato” singolarmente, ma dentro un gruppo di rischio; infatti, è impossibile o troppo costoso stimare il rischio, il danno atteso del singolo individuo isolatamente considerato, perché non si conosce la sua storia, la sua esperienza, mancano le statistiche, o comunque la valutazione sarebbe troppo costosa, e i costi si rifletterebbero sul premio. Mentre è impossibile o troppo costoso calcolare il danno atteso dell'individuo isolatamente, il calcolo del danno atteso del singolo è possibile per l'assicuratore entro un gruppo. L'assicurazione si fonda su stime di gruppi similari di danno atteso; sulla base della probabilità di gruppo (statistiche, esperienza, legge dei grandi numeri), l'assicuratore riesce a stabilire il danno atteso di un soggetto; per ragioni pratiche, il danno atteso è un concetto statistico, fondato su una probabilità di gruppo. (Vi è quindi un rischio medio, un danno atteso medio, un'indennità attesa media, un premio medio per gruppo)».

<sup>45</sup>Per “selezione avversa” si intende il fenomeno per il quale l'impossibilità per l'impresa di assicurazione di riconoscere il grado di rischio individuale dei potenziali assicurati e la conseguente

digitale” delle assicurazioni della salute potrebbe stravolgere le tradizionali tecniche di valutazione e tariffazione dei rischi sopra descritte, offrendo l’opportunità di una significativa riduzione della suddetta asimmetria informativa sia nella fase che precede la stipulazione del contratto che in quella della sua esecuzione.

In primo luogo, le formule assicurative che incentivassero gli assicurandi a condividere, sin dalla fase genetica del rapporto, i dati sensibili risultanti da uno scontrino della farmacia<sup>46</sup> o quelli comportamentali rilevati da dispositivi *wearables* in uso metterebbero a disposizione delle imprese di assicurazione un patrimonio

---

previsione di un premio di importo identico per tutti gli assicurandi della medesima classe determinerebbero la fuoriuscita dal mercato assicurativo dei soggetti portatori di rischi meno elevati: questi ultimi, infatti, dinanzi ad un “premio medio” per loro poco vantaggioso – in quanto eccessivo rispetto alla bassa probabilità che per essi il rischio si verifichi - sarebbero indotti a rinunciare alla copertura assicurativa o a stipulare polizze assicurative meno costose (*id est*, per le quali sia previsto un premio inferiore rispetto a quello medio testè menzionato) e poco convenienti sul piano delle prestazioni garantite. Per converso, i soggetti esposti a maggiori rischi, attratti dalla convenienza del “premio medio”, stipulerebbero contratti di assicurazione che garantiscono una copertura elevata, beneficiando del fenomeno della sovvenzione incrociata (“*cross-subsidy*”); precisamente, gli assicurati più esposti al rischio, essendo tenuti a corrispondere un premio medio di importo inferiore a quello che avrebbero dovuto pagare se il premio fosse stato commisurato alla loro effettiva rischiosità individuale, saranno indirettamente sovvenzionati dai soggetti meno rischiosi che scelgano comunque di assicurarsi. Diversamente dalla “selezione avversa”, che attiene alla fase di assunzione dei rischi, il c.d. “azzardo morale” rappresenta una forma di inefficienza del mercato assicurativo derivante dall’impossibilità per l’assicuratore di osservare i comportamenti posti in essere dagli assicurati nella fase successiva alla stipulazione dei contratti. Esso si manifesterebbe allorquando gli assicurati ponessero in essere attività e condotte tali da aumentare la probabilità che si verifichi l’evento dedotto in rischio; per tale ragione, si è soliti definire tali condotte “rischi aggiuntivi” dipendenti dalla mancata adozione di misure di precauzione, talvolta determinata proprio dall’esistenza di un contratto di assicurazione. Cfr. CESERANI, *Rappresentazione del rischio, asimmetria informativa ed uberrima fides: diritto italiano e diritto inglese a confronto*, cit., p. 162 ss.; DI NOVI, *Selezione avversa e mercato assicurativo privato: un’analisi empirica su dati USA*, cit., p. 943 s.; RUSSO, *Trasparenza ed informazione nel contratto di assicurazione. La prospettiva dell’analisi economica del diritto*, Padova, 2002, spec. p. 115 ss. Su tali fenomeni nelle assicurazioni della salute, v. BARIGOZZI, *Assicurazione sanitaria*, in *Riv. pol. econ.*, 2006, p. 217 ss., spec. 222 ss., la quale rammenta la possibile distinzione, nell’ambito delle sole assicurazioni della salute, fra ipotesi di azzardo morale *ex ante*, riferibili a condotte poste in essere dagli assicurati prima dell’avveramento del rischio, e di azzardo morale *ex post*, qualora la condotta attenga alla fase successiva all’accadimento dell’evento assicurato.

<sup>46</sup>V. *supra*, par. 2

informativo altrimenti inaccessibile, il quale potrebbe integrare e, potenzialmente, sostituire le informazioni su cui generalmente si fonda la valutazione pre-assuntiva dei rischi. Ne deriverebbe la possibilità di individuare il profilo di rischio individuale di ciascun cliente e di parametrare ad esso l'importo dei premi<sup>47</sup>.

Inoltre, poichè i *devices* abbinati alle nuove polizze della salute consentono il monitoraggio costante e continuativo di parametri clinici, abitudini e stili di vita, gli assicuratori potrebbero osservare in costanza di rapporto condotte individuali tali da aumentare la probabilità dell'evento pregiudizievole per la salute, e riclassificare su tali basi il profilo di rischio dell'assicurato e il premio dovuto<sup>48</sup>.

È agevole cogliere la notevole portata del fenomeno in termini di repressione di eventuali tentativi del contraente/assicurato di sfruttare il proprio vantaggio informativo in relazione alla conoscenza del rischio per beneficiare di condizioni contrattuali più favorevoli, alla quale fa da corollario la neutralizzazione dei fenomeni di selezione avversa e azzardo morale sopra menzionati.

In particolare, soluzioni di *Digital Health Insurance*, come quelle offerte nel mercato assicurativo italiano, che contemplino il monitoraggio continuativo dell'assicurato (*rectius*: dei suoi parametri vitali e di benessere) e la promessa di una riduzione del premio al raggiungimento di determinati obiettivi di benessere, potrebbero rivelarsi un formidabile strumento: di "autoselezione"<sup>49</sup>, andando ad

---

<sup>47</sup>La diffusione di formule assicurative che incentivino gli assicurandi a condividere, all'atto della stipulazione del contratto, i dati personali e sensibili risultanti da uno scontrino della farmacia (v. *supra*, par. 2) o rilevati da dispositivi *wearables* in uso – metterebbe a disposizione delle imprese di assicurazione un bagaglio informativo tanto ampio da poter integrare e, potenzialmente, sostituire le informazioni tradizionalmente utilizzate ai fini della valutazione pre-assuntiva del rischio.

<sup>48</sup>Cfr. ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all'impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, cit., p. 4.

<sup>49</sup>Il meccanismo di autoselezione diretto a neutralizzare eventuali fenomeni di selezione avversa si sostanzia nella predisposizione dei contratti di assicurazione in modo tale da favorire l'incontro tra le

attrarre verosimilmente i soggetti più attenti alla propria salute e astrattamente meno esposti a rischi sanitari<sup>50</sup>; di contrasto del *moral hazard*, incentivando la maggiore precauzione dell'assicurato e, per l'effetto, la prevenzione del rischio<sup>51</sup>.

È altresì possibile notare come le nuove tecnologie si prestino a valorizzare la già nota poliedricità del contratto di assicurazione e delle sue funzioni, e in particolare la capacità dello strumento assicurativo non solo di offrire – come da tradizione – la copertura dei rischi e la riparazione economica *ex post* delle relative conseguenze, ma altresì di prevenire i rischi medesimi<sup>52</sup>.

---

parti con le caratteristiche migliori. L'esempio tipico è costituito dall'offerta di un "menù" di contratti che contemplino, da un lato, formule caratterizzate da un premio più basso e da una minore copertura; dall'altro soluzioni di maggiore copertura a fronte di un premio elevato. Dinanzi a tali opzioni, i soggetti avversi al rischio stipulerebbe la prima tipologia di contratto, mentre quelli più propensi al rischio sceglierebbero la prima tipologia di copertura; così facendo, gli assicurandi rivelerebbero il proprio grado di rischio individuale, "autoselezionandosi". Sul tema v. SHERALDINE PINTO, *Le asimmetrie informative nel contratto di assicurazione: una visione del codice delle assicurazioni alla luce dell'economia dell'informazione*, in BUSNELLI e COMANDÈ (a cura di), *L'assicurazione tra codice civile e nuove esigenze: per un approccio precauzionale al governo dei rischi*, Milano, p. 178.

<sup>50</sup>Ad esempio, i più giovani che sono anche quelli che hanno di regola maggiore confidenza con le nuove tecnologie.

<sup>51</sup>Cfr. BARIGOZZI, *Assicurazione sanitaria*, cit., p. 226, la quale ricorda che, secondo la teoria economica, un consumatore razionale non avrebbe di regola interesse a compiere attività dispendiose come quelle dirette alla c.d. prevenzione primaria; pertanto, in assenza di una qualsiasi forma di vantaggio, egli potrebbe adottare stili di vita non salutari (es. fumo e regime alimentare scorretto).

<sup>52</sup>Cfr. GAGLIARDI, *Salute e assicurazione: il diritto delle assicurazioni in campo sanitario*, cit., p. 1325, la quale osserva che «l'assicurazione è uno strumento che, oltre la garanzia finanziaria per il caso di verifica del sinistro, potenzialmente è anche in grado di condizionare in meglio le scelte di riduzione dei rischi per tutti gli assicurati»; tuttavia, la possibile incidenza del contratto assicurativo sui fattori di causazione dei rischi - e, dunque, anche sulla loro prevenzione – è tuttora trascurato dal legislatore nazionale, il quale si mostra così in netto ritardo rispetto ai *partners* europei. Sul concetto di prevenzione in ambito assicurativo, v. GAMBINO, *La prevenzione nelle assicurazioni sulla vita e nei nuovi prodotti assicurativo-finanziari*, in *Assicurazioni*, 1990, p. 28, il quale definisce in termini generali la prevenzione come «l'insieme delle attività, strumenti e metodi tendenti ad evitare o diminuire i danni che persone e beni possono subire a causa di qualsiasi tipo di sinistro. I suoi obiettivi fondamentali sono di aggredire il rischio del sinistro per evitare che esso si realizzi e di attenuare le conseguenze dell'evento nel caso che il sinistro divenga realtà [...]».



Si prospetta, dunque, un significativo mutamento del ruolo dell'assicuratore, il quale pare destinato ad assumere per tutta la durata del rapporto le vesti di *lifestyle coach* dell'assicurato, facendosi carico del suo complessivo stato di salute<sup>53</sup> attraverso il monitoraggio dell'andamento dei rischi e la promozione di stili di vita utili affinché questi non si avverino o semplicemente non si aggravino<sup>54</sup>. In questo senso, le imprese di assicurazione potrebbero contribuire alla realizzazione delle politiche europee in materia sanitaria, contrastando i principali elementi di crisi dei sistemi sanitari, ossia le malattie croniche non trasmissibili legate a fattori di rischio e a comportamenti individuali come l'inattività e l'alimentazione scorretta<sup>55</sup>.

Quanto alla tariffazione dei rischi, si è osservato che lo sfruttamento dei dati personali e comportamentali di ciascun cliente, e le previsioni altamente attendibili

---

<sup>53</sup>Cfr. VECCHIETTI, *Prefazione*, cit., p. 14, il quale riferisce di nuove prospettive per le assicurazioni della salute, focalizzate non più e non tanto sull'elemento "risarcitorio" ma sulla "gestione globale della salute dell'assicurato".

<sup>54</sup>Cfr. ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all'impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, cit., p. 5, ove si rimarca che la diffusione di prodotti assicurativi abbinati a strumenti tecnologici e/o digitali «può accrescere la consapevolezza dei rischi, una loro più efficace gestione ponendo anche un *focus* adeguato sulla prevenzione. L'assicurazione interviene in questo processo assumendo sempre più il ruolo di "everyday risk coach", consulente a 360° gradi sui rischi cui quotidianamente sono esposti persone e beni». Nel senso di un potenziale impatto positivo dell'uso delle nuove tecnologie - nella specie, i *Big Data* - sulla mitigazione e prevenzione dei rischi si sono espressi anche i principali *stakeholders* pronunciatisi sul tema a seguito della pubblica consultazione avviata dal Comitato congiunto delle Autorità di vigilanza europee (EBA, EIOPA, ESMA) con la pubblicazione del *Joint Committee Discussion Paper on the Use of Big Data by Financial Institutions* (consultabile sul sito [https://esas-joint-committee.europa.eu/Publications/Discussion%20Paper/jc-2016-86\\_discussion\\_paper\\_big\\_data.pdf](https://esas-joint-committee.europa.eu/Publications/Discussion%20Paper/jc-2016-86_discussion_paper_big_data.pdf)) e conclusasi il 17 marzo 2017. Per i risultati della pubblica consultazione, v. ESAS – EUROPEAN SUPERVISORY AUTHORITIES (JOINT COMMITTEE), *Joint Committee Final report on Big Data*, 15 marzo 2018, *passim* ma spec. p. 20, *sub.* 89, ove si rileva che soprattutto gli operatori del settore assicurativo reputano i dispositivi telematici utili al fine di diffondere fra i clienti maggiore consapevolezza circa l'esposizione a determinati rischi e a prevenire l'avveramento di questi ultimi.

<sup>55</sup>Cfr. VECCHIETTI, *Prefazione*, cit., p. 11, osserva che «queste patologie possono essere fortemente contenute attraverso la promozione presso gli assicurati di stili di vita attivi e mediante un ricorso sistematico e diffuso a programmi di diagnosi precoce in grado di garantire un ritardo nell'insorgenza delle patologie di quasi 10 anni, con un risparmio potenziale di circa il 30 % dei costi sanitari».

che potrebbero scaturirne, consentirebbero una profonda evoluzione delle modalità di determinazione dei premi; questi sarebbero destinati ad una progressiva personalizzazione, con conseguente abbandono del criterio di determinazione su base statistica, e ad una sempre più spiccata dinamicità, derivante dall'adeguamento del premio alla condotta e alla variazione del profilo di rischio degli assicurati<sup>56</sup>.

La prospettata personalizzazione dei premi potrebbe presentare profili di criticità: (i) la prospettiva di frequenti rettifiche in aumento del relativo importo potrebbe rendere più difficile la comparazione delle diverse polizze offerte sul mercato<sup>57</sup> e affievolire l'*appeal* delle nuove polizze digitali per gli assicurandi/ti, maggiormente attratti da un premio stabile e prevedibile. Tuttavia, allo stato attuale non si ravvisano esperienze concrete di inserimento nei contratti in esame di clausole che prevedano la variazione in aumento dei premi in caso di rilevazione di dati clinici o *records* di attività "negativi". Inoltre, il fenomeno della variabilità del premio in relazione alla condotta dell'assicurato è già da tempo noto – *mutatis mutandis* - alla prassi assicurativa e allo stesso legislatore, il quale ha disciplinato un peculiare meccanismo di tariffazione comportamentale (c.d. *bonus – malus*) con riferimento ai diversi contratti di assicurazione r.c.auto<sup>58</sup>; (ii) sul piano dell'effettivo

---

<sup>56</sup>Per gli opportuni riferimenti sia consentito rinviare ancora a CAMEDDA, *La rivoluzione tecnologica nel settore assicurativo: l'avvento dei big data*, cit., p. 8 s.

<sup>57</sup>Cfr. IVASS, *Relazione sull'attività svolta nell'anno 2017*, Roma 27 giugno 2018, p. 137, spec. nt. 56, ove si evidenzia la necessità di valutare «gli effetti di un'offerta sempre più profilata e segmentata sulla possibilità per il consumatore di comparare i vari prodotti e i prezzi sul mercato».

<sup>58</sup>Art. 133 c. ass., rubricato "Formule tariffarie", il cui primo comma stabilisce i contratti di assicurazione r.c.auto "debbono essere stipulati in base a condizioni di polizza che prevedano ad ogni scadenza annuale la variazione in aumento o in diminuzione del premio applicato all'atto della stipulazione o del rinnovo, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso di un certo periodo di tempo, oppure in base a clausole di franchigia che prevedano un contributo dell'assicurato al risarcimento del danno o in base a formule miste fra le due tipologie [...]".

risparmio per gli assicurati, posto che gli ingenti costi sostenuti dall'impresa per l'acquisizione di strumenti, sempre più sofisticati, di elaborazione e analisi dei dati potrebbero essere trasferiti sui clienti come voce di caricamento dei premi, neutralizzando, in concreto, i potenziali vantaggi derivanti dalla tariffazione dei rischi su base individuale<sup>59</sup>; (iii) sotto il profilo della fruizione dei servizi assicurativi, la quale, come si vedrà di seguito, potrebbe essere preclusa ai soggetti i cui dati sanitari e comportamentali lascino presagire una elevata probabilità che l'evento pregiudizievole per la salute si verifichi.

4. Le assicurazioni della salute costituiscono l'area assicurativa nella quale la centralità della persona e dei suoi bisogni emerge con maggior chiarezza e che presenta, pertanto, le più ragguardevoli interferenze con la sfera dei diritti fondamentali dell'individuo, in particolare con il diritto all'identità personale.

In tale contesto, più che in altri, vengono in considerazione l'utilizzabilità di informazioni concernenti il profilo sanitario-genetico, i comportamenti e gli stili di vita dell'assicurato/to<sup>60</sup>, e le sue scelte personali in punto di gestione della salute anche mediante il ricorso ad attività di prevenzione e di cura<sup>61</sup>.

Siffatta caratteristica delle assicurazioni della salute è accentuata dalla loro crescente digitalizzazione in quanto, come osservato, lo sfruttamento, da parte dell'assicuratore, dei dati sensibili rilevati dai *devices* abbinati alle polizze consente

---

<sup>59</sup>In questa direzione, CESERANI, *Rappresentazione del rischio, asimmetria informativa ed uberrima fides: diritto italiano e inglese a confronto*, cit., p. 166; in una prospettiva più generale, già SCALFI, *I contratti di assicurazione. L'assicurazione danni*, Torino, 1991, p. 123 s.

<sup>60</sup>Talvolta, indirettamente, anche sullo stato di salute dei suoi familiari, mediante la richiesta di informazioni circa eventuali patologie di natura ereditaria.

<sup>61</sup>Cfr. GAGLIARDI, *L'assicurazione della salute tra aleatorietà e tutela dell'identità personale*, cit., *passim*, spec. p. 81 s.

«una profonda visibilità delle caratteristiche di ciascun cliente dal punto di vista spaziale, temporale, intellettuale e comportamentale»<sup>62</sup>; così il già ampio novero degli elementi utilizzabili nella valutazione dei rischi viene ulteriormente esteso, fino a comprendervi fattori, prima difficilmente conoscibili, capaci di definire anche il profilo identitario dell'assicurato<sup>63</sup>.

Sono, pertanto, numerosi i problemi sollevati dal ricorso alla tecnologia digitale nell'ambito delle polizze della salute.

Se le principali criticità riguardano la *privacy* e la sicurezza dei dati personali e sanitari trattati<sup>64</sup>, oggi più che mai esposti alla minaccia del *cyber crime*<sup>65</sup>, non meno

---

<sup>62</sup>Cfr. VECCHIETTI, *Prefazione*, in CAVAZZA – DEL VECCHIO – DE PIETRO - RAPPINI, *L'innovazione nell'assicurazione salute*, cit., p. 14.

<sup>63</sup>Cfr. GAGLIARDI, *L'assicurazione della salute tra aleatorietà e tutela dell'identità personale*, cit., p. 87. Il punto è stato più volte evidenziato dal Garante della *privacy*, secondo il quale l'iperconnettività che caratterizza la società attuale implica la cessione, spesso non del tutto consapevole, di una «radiografia completa [...] di pezzi della nostra vita che come tessere di un mosaico si scompongono e ricompongono per formare il nostro profilo identitario». Così GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI, *Big data e sorveglianza globale*, Relazione per l'anno 2013 – Discorso del Presidente Antonello Soro).

<sup>64</sup>Il legislatore europeo è intervenuto sul punto ribadendo che la *privacy* e la sicurezza dei dati devono governare lo sviluppo e l'uso delle nuove tecnologie. In particolare, preso atto dell'incremento dei flussi di dati personali e dello scambio, anche transfrontaliero, dei medesimi derivante dallo sviluppo tecnologico, il Regolamento 2016/679/UE in materia di protezione dei dati personali garantisce ai soggetti interessati un adeguato controllo dei propri dati e introduce apprezzabili misure di responsabilizzazione delle aziende coinvolte nel relativo trattamento. Fra queste, si segnalano: l'istituzione della nuova figura del “Responsabile della protezione dei dati” (*Data Officer Protection*), il quale deve essere designato dal titolare e dal responsabile del trattamento ogni qualvolta le loro attività principali consistano in “trattamenti che, per loro natura, ambito di applicazione e/o finalità, richiedono il monitoraggio regolare e sistematico degli interessati su larga scala” (art. 37); l'obbligo di preventiva valutazione di impatto sulla protezione dei dati personali posto a carico del titolare del trattamento qualora il trattamento medesimo - anche per effetto delle nuove tecnologie impiegate - presenti un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone fisiche e, in particolare, implichi una “valutazione sistematica e globale di aspetti personali relativi a persone fisiche basata su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione, e sulla quale si fondano decisioni che hanno effetti giuridici o incidono in modo analogo significativamente su dette persone fisiche” (art. 35). Per un primo commento sul Regolamento UE, direttamente applicabile negli Stati membri dal 25 maggio u.s., v. FINOCCHIARO, *Introduzione al Regolamento europeo sulla protezione dei dati*, in *Nuove leggi civ. comm.*, 2017, p. 1 ss.; MANTELERO,

importanti sono i limiti derivanti dalla *Digital Health Insurance* in relazione al possibile utilizzo dei suddetti dati con finalità discriminatoria e alla necessaria tutela del diritto all'autodeterminazione individuale<sup>66</sup>.

Sebbene l'uso di dispositivi telematici nell'ambito delle assicurazioni della salute sia generalmente descritto come fattore in grado di estendere l'accesso alla

---

*Responsabilità e rischio nel Reg. UE 2016/679, ibidem*, p. 144 ss. Per un ulteriore approfondimento sul tema, v. AA. VV., *Trattamento dei dati personali e Regolamento UE n. 2016/679*, in *Corr. giur. - Gli Speciali Digitali*, 2018. La disciplina interna in materia di protezione dei dati personali, contenuta nel d.lg. n. 196/2003 (c.d. Codice della Privacy), è stata adeguata al citato Regolamento UE con l'emanazione del d.lg. 10 agosto 2018, n. 101: sul punto, v. CUFFARO, *Quel che resta di un codice: il D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 detta le disposizioni di adeguamento del codice della privacy al regolamento sulla protezione dei dati*, in *Corr. giur.*, 2018, p. 1181 ss. A riprova dell'importanza del tema evocato, molte delle proposte di legge depositate dall'inizio dell'attuale legislatura richiedono l'istituzione di Commissioni parlamentari d'inchiesta che indaghino sul rapporto tra l'uso dei *big data* e la tutela della *privacy*. Cfr. ILSOLE24ORE, *Big data, cyberbullismo e banche: in Parlamento torna voglia d'inchiesta*, 15 luglio 2018, consultabile al link: <http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2018-07-15/big-data-cyberbullismo-e-banche-parlamento-torna-voglia-d-inchiesta-104224.shtml?uuid=AEnAzCMF>.

<sup>65</sup>V. IVASS, *Relazione sull'attività svolta dall'Istituto nell'anno 2016*, cit., p. 141 s., ove si rileva la crescente vulnerabilità dell'industria assicurativa italiana al rischio di attacchi informatici e la necessità di attivare adeguati processi di mitigazione e gestione del suddetto rischio. V. anche EIOPA, *Risk Dashboard April 2017*, spec. p. 10, ove si legge: «*Market analysts expect the insurance marketplace to change more drastically in 2017 than before, also due to the rising threat of cyber-attacks*». Anche l'industria assicurativa statunitense risulta esposta al rischio di *cyber crime*: v. CAPGEMINI, *Digital trends in the U.S. Healthcare Insurance Industry*, 2017, p. 9, ove si segnala che nel 2015 e nel 2016 alcuni dei principali *leaders* del mercato hanno segnalato di aver subito attacchi informatici e violazioni dei dati e che tali rischi sono attualmente fronteggiati mediante l'adozione di piattaforme basate sui *cloud*, nel rispetto della normativa vigente e, segnatamente, dell'*Health Insurance Portability and Accountability Act* del 1996.

<sup>66</sup> Secondo il Comitato congiunto (*Joint Committee*) delle Autorità di vigilanza europee del settore finanziario (EBA, ESMA, EIOPA), i vantaggi derivanti dall'innovazione tecnologia (nel caso specifico, dall'uso dei *Big Data*) sono di gran lunga superiori rispetto ai potenziali rischi per i clienti. Inoltre, poiché buona parte dei rischi identificati dalle sopra menzionate *Autorithies* risulta mitigata dalla legislazione vigente, deve escludersi, allo stato attuale, un intervento legislativo in materia; occorre, invece, incentivare lo sviluppo e l'applicazione di buone pratiche sull'uso dei *Big Data* da parte delle imprese operanti nel mercato *lato sensu* finanziario. Sulla *vis invasiva* delle nuove tecnologie, v. anche ESAS – EUROPEAN SUPERVISORY AUTHORITIES (JOINT COMMITTEE), *Joint Committee Final report on Big Data*, cit., p. 21, sub 90.

copertura assicurativa anche a categorie di soggetti prima escluse<sup>67</sup>, è diffuso il timore che le imprese di assicurazione possano servirsi dei dati sensibili trasmessi dai suddetti *devices*<sup>68</sup> al fine di discriminare i soggetti maggiormente esposti a rischi, ossia di rifiutare o ostacolare in via di fatto la stipulazione del contratto a causa delle loro caratteristiche sanitarie e/o genetiche.

Si reputa, in particolare, che l'eventuale personalizzazione dei premi basata sull'analisi di dati così accurati potrebbe esporre i clienti più "vulnerabili" - ad esempio, affetti da patologie croniche o da disabilità - alla richiesta di premi assicurativi tanto elevati da risultare insostenibili<sup>69</sup>; col paradosso per cui contratti di assicurazione caratterizzati da una spiccata funzione sociale, in quanto destinati alla copertura di rischi per la salute dei quali lo Stato non è più in grado di farsi carico integralmente, risulterebbero economicamente inaccessibili proprio per quei soggetti che, più di altri, avrebbero interesse ad una copertura sanitaria aggiuntiva.

Siffatti possibili effetti discriminatori di una più accurata profilazione dei rischi degli assicurandi/ti risulterebbero ancor più evidenti se si tenesse a mente che la salute e gli stili di vita degli individui sono fortemente influenzati dal relativo

---

<sup>67</sup>Cfr. ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all'impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, cit., p. 9, ove si evidenzia che «alcune categorie di rischio in ambito medico, che non potevano essere assicurate in quanto associate a frequenze di sinistro troppo alte per essere coperte in modo economicamente sostenibile, possono – grazie alle tecnologie digitali – essere riportate nell'alveo dei rischi assicurabili»; IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi – Le nuove polizze sulla salute: la Digital Health Insurance*, cit., p. 5. Nella stessa direzione, con specifico riferimento ai Big data, v. ESAS – EUROPEAN SUPERVISORY AUTHORITIES (JOINT COMMITTEE), *Joint Committee Final report on Big Data*, cit., p. 11, sub. 35.

<sup>68</sup>Eventualmente combinati con ulteriori dati personali reperibili sul *web*, i quali sono spesso forniti dall'utente del tutto inconsapevolmente, ad esempio avviando ricerche in relazione a specifiche patologie dalle quali sia stato colpito in passato o dalle quali tema di essere affetto.

<sup>69</sup>Cfr. KELLER, *Big Data and Insurance: Implications for Innovation, Competition and Privacy*, The Geneva Association, 2018, p. 33.

*status* sociale e che i fattori di rischio si manifestano con maggiore frequenza e intensità in soggetti con un basso livello di istruzione e/o in condizioni di difficoltà economica<sup>70</sup>. Con la conseguenza che la considerazione dei comportamenti e delle condizioni sanitarie e/o genetiche dell'assicurando/to potrebbe avere come effetto - mutuando la terminologia dell'art. 3, comma 2, Cost. - una discriminazione dell'individuo sulla base di condizioni personali e sociali, quali la malattia o la propensione alla sua insorgenza, il reddito e il grado di scolarizzazione<sup>71</sup>.

A sua volta, una classificazione estrema, perfino individuale, dei rischi assicurativi si porrebbe in contrasto con il principio di mutualità, cardine delle assicurazioni private, e determinerebbe una ridefinizione del concetto di assicurabilità tramite l'esclusione dalla copertura assicurativa di alcune categorie di rischio, in particolare delle persone affette da patologie croniche<sup>72</sup>.

---

<sup>70</sup>Cfr. ILSOLE24ORE, *Reddito e salute: scopri la correlazione tra il titolo di studio e le malattie*, consultabile al link [http://www.infodata.ilsole24ore.com/2018/08/28/reddito-salute-scopri-la-correlazione-titolo-studio-le-malattie-2/?refresh\\_ce=1](http://www.infodata.ilsole24ore.com/2018/08/28/reddito-salute-scopri-la-correlazione-titolo-studio-le-malattie-2/?refresh_ce=1), ove correttamente si evidenzia che l'assenza di reddito o la percezione di stipendi molto bassi non consente una piena e libera scelta circa il proprio stile di vita e può, dunque, rivelarsi letale quanto il fumo da tabacco, il diabete o la vita sedentaria.

<sup>71</sup>Come osservato da BARIGOZZI, *Assicurazione sanitaria*, cit., p. 231, il problema potrebbe riguardare sia gli assicurandi, in relazione ai quali un'elevata probabilità dell'evento può precludere *ad origine* l'accesso alla copertura assicurativa, sia i soggetti che abbiano già stipulato un contratto di assicurazione e il cui livello di rischio aumenti in corso di rapporto determinandone l'inserimento in una classe di rischio superiore a quella iniziale. Con riguardo a tali soggetti, l'assicuratore avrà infatti interesse a rimodulare il premio proporzionalmente all'incremento atteso delle prestazioni dovute e tale circostanza potrebbe comportare una sopravvenuta inaccessibilità economica del servizio nel caso in cui il premio richiesto per il nuovo stato del rischio fosse troppo elevato.

<sup>72</sup>Così ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all'impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, cit., p. 9. Tuttavia, come osservato da GREMIGNI FRANCINI, *Dati genetici e assicurazioni private long term care*, in BUSNELLI e COMANDÈ (a cura di), *L'assicurazione tra codice civile e nuove esigenze: per un approccio precauzionale al governo dei rischi*, Milano, 2006, p. 122, la profilazione e selezione dei rischi costituisce una caratteristica intrinseca dell'operazione assicurativa che non necessariamente si traduce in una discriminazione in senso giuridico degli aspiranti assicurati; in tale fase l'impresa assicurativa ha

Non può non menzionarsi, da ultimo, la possibile incompatibilità con il fondamentale diritto individuale all'autodeterminazione di contratti di assicurazione della salute che, come quelli precedentemente descritti, premiano o penalizzano gli assicurati in relazione alle attività e ai comportamenti monitorati; la prospettiva di una riduzione e, ancor più, di un aumento, del premio potrebbe, infatti, essere percepita come elemento in grado di limitare e perfino coartare le scelte di vita degli assicurati, comprimendo la relativa sfera di autonomia decisionale<sup>73</sup>.

5. Come si è tentato di evidenziare, il potenziamento degli strumenti di acquisizione, gestione ed elaborazione di dati personali messi a disposizione delle imprese di assicurazione contiene una molteplicità di spunti su problematiche di ampia portata che, pur non potendo essere affrontate in questa sede, vale la pena di illustrare.

Si manifesta, in primo luogo, l'urgenza di una riflessione più approfondita sul tema del bilanciamento tra il diritto dell'assicurato/to alla riservatezza in relazione ad aspetti della propria vita privata ascrivibili al catalogo dei diritti fondamentali e la

---

piena autonomia, con la conseguenza che la selezione dei rischi può avere effetti discriminatori soltanto se effettuata in modo arbitrario e distorto.

<sup>73</sup>Cfr. KELLER, *Big Data and Insurance: Implications for Innovation, Competition and Privacy*, cit., p. 12 e s., per il quale sarebbe pertanto opportuno promuovere la fiducia e l'accettazione degli assicurati verso tali opzioni assicurative, elaborando soluzioni idonee a bilanciare le contrapposte esigenze di prevenzione dei rischi e di minimizzazione della *vis* invasiva delle nuove tecnologie. V. anche ESAS – EUROPEAN SUPERVISORY AUTHORITIES (JOINT COMMITTEE), *Joint Committee Final report on Big Data*, cit., p. 21, *sub* 90, ove si rileva che anche il problema evocato, al pari di quello relativo alla possibile discriminazione, riguarderebbe soprattutto le formule assicurative che dovessero associare ad eventuali condotte non salutari degli assicurati premi di importo tanto elevato da risultare insostenibili.



libertà di iniziativa economica dell'impresa assicurativa, titolare del diritto di essere compiutamente informata circa le caratteristiche del rischio e i relativi mutamenti.

Soltanto l'individuazione di un punto di equilibrio tra i suddetti diritti consentirebbe di superare l'*empasse* – registrata soprattutto sul tema dell'utilizzabilità di informazioni genetiche in campo assicurativo<sup>74</sup> – che scaturisce dal temuto trattamento dei dati personali al fine di escludere o di ostacolare, in concreto, l'accesso alla copertura assicurativa di categorie di soggetti vulnerabili. Circostanza, quest'ultima, che potrebbe minare la funzione sociale che connota le assicurazioni private, in particolare quelle della salute, se si considera la difficoltà che ne scaturirebbe di individuare una «alternativa privatistica di *Welfare*» in un

---

<sup>74</sup>Come efficacemente osservato da RODOTÀ, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Milano, 2006, p. 178, i dati genetici «rendono possibile una identificazione sempre più analitica delle caratteristiche proprie di una persona, in un processo di differenziazione da tutte le altre che ne rende evidente l'unicità e l'irripetibilità. Al tempo stesso, però, proprio le informazioni genetiche si presentano come un tramite forte e ineliminabile tra i soggetti appartenenti alla stessa linea genetica, essendo l'unico tipo di informazioni personali che ciascuno di noi condivide *strutturalmente* con altri. I dati genetici, quindi, definiscono allo stesso tempo la specificità della persona e la sua appartenenza a un gruppo, fornendo così una sua classificazione insieme individuale e sociale. In essi si manifestano l'unicità e il legame biologico». In tal senso, v. anche BOMPIANI, *Informazioni genetiche, test genetici predittivi ed assicurazioni*, in *Assicurazioni*, 2002, p. 45 ss., secondo il quale «i dati genetici sono i più sensibili tra i dati sensibili, per il loro carattere strutturale, per le loro attitudini predittive, per la loro riferibilità a tutti i componenti di un gruppo biologico». L'attitudine dei dati genetici a rivelare indirettamente informazioni su soggetti diversi del paziente è messa in luce anche da GREMIGNI FRANCINI, *Dati genetici e assicurazioni private long term care*, in BUSNELLI e COMANDÈ (a cura di), *L'assicurazione tra codice civile e nuove esigenze: per un approccio precauzionale al governo dei rischi*, Milano, 2006, p. 113. Sul tema dell'utilizzabilità dei dati genetici in ambito assicurativo, si rinvia a: GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazione, rischio dipendenza e dati genetici: un problema aperto*, in BRECCIA e PIZZORUSSO, *Atti di disposizione del proprio corpo*, a cura di Romboli, Pisa, 2007, p. 105 ss.; DI BONA DE SARZANA, *Il rischio ignoto del genoma umano nelle assicurazioni vita: "lezioni americane"*, in COMANDÈ (a cura di), *Gli strumenti della precauzione: nuovi rischi, assicurazione e responsabilità*, cit., p. 241 ss., spec. 243 s.; BARISON, *Contratti nuovi, nuove tecnologie e tutela della persona: il trattamento dei dati genetici nell'assicurazione di long term care*, in COMANDÈ (a cura di), *Persona e tutele giuridiche*, Torino, 2003, p. 217 ss.

momento storico in cui lo Stato non è in grado di soddisfare integralmente le mutevoli esigenze sanitarie dei cittadini<sup>75</sup>.

Occorre, infine, domandarsi se la disciplina codicistica sulla rappresentazione del rischio – alla quale è stata tradizionalmente attribuita una finalità di tutela dell’impresa assicurativa come soggetto in posizione di *gap* informativo – possa ancora ritenersi attuale, considerato che, dinanzi alle incessanti sopravvenienze tecnologiche e al loro sfruttamento ad opera delle imprese di assicurazione, pare sempre più difficile reputare queste ultime vittime di uno squilibrio informativo a vantaggio dell’assicurando/to<sup>76</sup>.

### **Alessandra Camedda**

*Ricercatore di Diritto dell’economia  
nell’Università degli Studi di Cagliari*

---

<sup>75</sup>Il punto è efficacemente evidenziato da BUSNELLI, *Introduzione. Le nuove frontiere dell’assicurazione e il principio di precauzione*, in COMANDÈ (a cura di), *Gli strumenti della precauzione: nuovi rischi, assicurazione e responsabilità*, cit., p. 7.

<sup>76</sup>Cfr. CESERANI, *Rappresentazione del rischio, asimmetria informativa ed uberrima fides: diritto italiano e diritto inglese a confronto*, cit., p. 167; DI NOVI, *Selezione avversa e mercato assicurativo privato: un’analisi empirica su dati USA*, cit., p. 157 s. Nella stessa direzione, ma in una prospettiva più generale, sembra porsi BUSNELLI, *Introduzione. Le nuove frontiere dell’assicurazione e il principio di precauzione*, cit., p. 1, il quale definisce la disciplina codicistica del contratto di assicurazione «di incerta adattabilità a una prospettiva *lato sensu* precauzionale».