

PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE

ISSN: 2279-9737

Rivista
di Diritto Bancario

dottrina
e giurisprudenza
commentata

LUGLIO/SETTEMBRE

2018

rivista.dirittobancario.it

DIREZIONE SCIENTIFICA

FILIPPO SARTORI, STEFANO AMBROSINI, SANDRO AMOROSINO,
FILIPPO ANNUNZIATA, SIDO BONFATTI, FRANCESCO CAPRIGLIONE,
ALFONSO CASTIELLO D'ANTONIO, PAOLOEFISIO CORRIAS, FULVIO
CORTESE, MATTEO DE POLI, RAFFAELE DI RAIMO, ALDO ANGELO
DOLMETTA, ALBERTO GALLARATI, UGO PATRONI GRIFFI, BRUNO
INZITARI, MARCO LAMANDINI, RAFFAELE LENER, PAOLA
LUCANTONI, ALBERTO LUPOI, DANIELE MAFFEIS, LUCA
MANDRIOLI, RAINER MASERA , ALESSANDRO MELCHIONDA,
ROBERTO NATOLI, ELISABETTA PIRAS, MADDALENA RABITTI,
GIUSEPPE SANTONI, MADDALENA SEMERARO, ANTONELLA
SCIARRONE ALIBRANDI, FRANCESCO TESAURO

DIREZIONE ESECUTIVA

ALBERTO GALLARATI, PAOLA LUCANTONI, LUCA MANDRIOLI,
ELISABETTA PIRAS, FRANCESCO QUARTA, MADDALENA
SEMERARO

COMITATO EDITORIALE

FRANCESCO ALBERTINI, FRANCESCO AUTELITANO, STEFANO DAPRÀ,
EUGENIA MACCHIAVELLO, UGO MALVAGNA, MASSIMO MAZZOLA,
MANILA ORLANDO, CARLO MIGNONE, EDOARDO RULLI, STEFANIA
STANCA

NORME PER LA VALUTAZIONE E LA PUBBLICAZIONE

LA RIVISTA DI DIRITTO BANCARIO SELEZIONA I CONTRIBUTI OGGETTO DI PUBBLICAZIONE SULLA BASE DELLE NORME SEGUENTI.

I CONTRIBUTI PROPOSTI ALLA RIVISTA PER LA PUBBLICAZIONE VENGONO ASSEGNATI DAL SISTEMA INFORMATICO A DUE VALUTATORI, SORTEGGIATI ALL'INTERNO DI UN ELENCO DI ORDINARI, ASSOCIATI E RICERCATORI IN MATERIE GIURIDICHE, ESTRATTI DA UNA LISTA PERIODICAMENTE SOGGETTA A RINNOVAMENTO.

I CONTRIBUTI SONO ANONIMIZZATI PRIMA DELL'INVIO AI VALUTATORI. LE SCHEDE DI VALUTAZIONE SONO INVIATE AGLI AUTORI PREVIA ANONIMIZZAZIONE.

QUALORA UNO O ENTRAMBI I VALUTATORI ESPRIMANO UN PARERE FAVOREVOLE ALLA PUBBLICAZIONE SUBORDINATO ALL'INTRODUZIONE DI MODIFICHE AGGIUNTE E CORREZIONI, LA DIREZIONE ESECUTIVA VERIFICA CHE L'AUTORE ABBA APPORTATO LE MODIFICHE RICHIESTE.

QUALORA ENTRAMBI I VALUTATORI ESPRIMANO PARERE NEGATIVO ALLA PUBBLICAZIONE, IL CONTRIBUTO VIENE RIFIUTATO. QUALORA SOLO UNO DEI VALUTATORI ESPRIMA PARERE NEGATIVO ALLA PUBBLICAZIONE, IL CONTRIBUTO È SOTTOPOSTO AL COMITATO ESECUTIVO, IL QUALE ASSUME LA DECISIONE FINALE IN ORDINE ALLA PUBBLICAZIONE PREVIO PARERE DI UN COMPONENTE DELLA DIREZIONE SCELTO RATIONE MATERIAE.

SEDE DELLA REDAZIONE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRENTO, FACOLTÀ DI GIURISPRUDENZA, VIA VERDI 53,
(38122) TRENTO – TEL. 0461 283836

La digitalizzazione del mercato assicurativo: il caso della Digital Health Insurance

SOMMARIO: 1. Premessa – 2. I confini della “*Digital Health Insurance*” e la risposta del mercato assicurativo italiano – 3. I vantaggi per le imprese di assicurazione – 4. Profili di criticità – 5. Un primo bilancio

1. Premessa

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 presenta il pregio 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»¹.

Sulla scorta della massiccia digitalizzazione del settore sanitario² e dell’attuale quadro demografico, economico e sociale, tale fenomeno – che costituisce una specifica manifestazione dell’*Insurtech* e si

¹ IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi – Le nuove polizze sulla salute: la Digital Health Insurance*, Roma, 18 settembre 2016, p. 3; IVASS, *Report analisi trend offerta prodotti assicurativi (luglio – dicembre 2017)*, Marzo 2018, p. 8.

² La digitalizzazione della sanità è fortemente auspicata e promossa dalle Istituzioni europee. 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*; 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.

ricollega, in particolare, alle aree della *IoT* e dei *Big Data*³ - pare destinato ad un significativo sviluppo⁴.

L'offerta di moderne soluzioni assicurative, più aderenti alle mutate esigenze sanitarie dei cittadini, potrebbe infatti enfatizzare la funzione sociale delle assicurazioni della salute⁵ e il loro ruolo all'interno dei sistemi di *Welfare*⁶ nonché contribuire alla prevenzione delle malattie e alla promozione di stili di vita più sani, incoraggiandone l'adozione mediante sconti sui premi.

³ I *Big Data* sono solitamente descritti come l'enorme mole di dati personali reperibili sul *web* - in particolare sui *social network* - in relazione a ciascun utente. Tuttavia, tale definizione non è esaustiva in quanto le fonti dei *Big Data* sono molteplici ed eterogenee; fra queste assume un ruolo centrale il c.d. "Internet delle cose" (*Internet of Things - IoT*), sistema tecnologico basato sulla creazione di una vera e propria rete tra oggetti (telefoni cellulari, automobili, bracciali, orologi, ecc.), i quali - essendo dotati di un *chip* interno - rilevano e registrano informazioni e le trasmettono ad altri dispositivi. 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 *Rivista trimestrale di diritto dell'economia*, 2016, 4 - Supplemento, p. 5 ss.

⁴ 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.

⁵ 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.*, diretto da Cottino, Padova, 2011, p. XX; SANTORO PASSARELLI F., *Funzioni delle assicurazioni private e delle assicurazioni sociali*, in *Ass.*, 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.

⁶ Cfr. ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all'impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, cit., p. 5, ove si evidenzia che il mutamento della tecnica di assunzione e tariffazione del rischio, prospettato dall'innovazione tecnologica, «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)». In tal senso, v. anche KELLER, *Big Data and Insurance: Implications for Innovation, Competition and Privacy*, The Geneva Association, 2018, p. 10.

Il presente contributo si propone di illustrare gli aspetti più rilevanti e innovativi delle nuove polizze della salute e le opportunità che esse offrono sia ai consumatori che alle imprese, avendo cura di evidenziare soprattutto gli effetti, potenzialmente dirompenti, sulla valutazione e profilazione dei rischi sanitari e sul ruolo dell'impresa di assicurazione⁷.

Ci si soffermerà anche 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'autodeterminazione⁸.

2. I confini della “Digital Health Insurance e la risposta del mercato assicurativo italiano

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 clienti⁹.

È doveroso chiarire, *in limine*, che i contratti di assicurazione che possono assumere rilievo in tale contesto (*id est*, astrattamente interessati dalla digitalizzazione) in quanto riconducibili entro l'unitaria nozione di “assicurazioni della salute” sono molteplici¹⁰: (i) le assicurazioni infortuni e/o malattie (cc.dd. assicurazioni contro i danni

⁷ V. *infra* par. 3.

⁸ V. *infra* par. 4.

⁹ IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi – Le nuove polizze sulla salute: la Digital Health Insurance*, cit., p. 3.

¹⁰ Sul ruolo 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. legale*, 2015, p. 1321 ss. Sull'operatività delle imprese assicurative nell'ambito della sanità integrativa e sulle diverse forme in cui quest'ultima si estrinseca, v. diffusamente PIRAS E., *Fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso: le nuove frontiere della sanità integrativa*, in *Resp. civ. prev.*, 2016, p. 1870 ss.

alla persona)¹¹, 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 temporanea¹²; (ii) le assicurazioni di spese mediche o sanitarie, le quali garantiscono la mera rifusione delle spese sostenute dall'assicurato per far fronte all'evento che incida sulla sua salute, purché documentabili¹³; (iii) le c.d. assicurazioni *Long Term*

¹¹ 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 CANDIAN A.D. – POLOTTI DI ZUMAGLIA – 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 *Ass.*, 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 *Ass.*, 1948, I, p. 3 ss.

¹² L'art. 2 cod. 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).

¹³ Con le assicurazioni per il rimborso delle spese mediche si conviene l'erogazione, da parte dell'impresa assicurativa, di una somma di danaro il cui importo è rapportato alle spese mediche (per esami diagnostici, visite specialistiche, ricoveri, interventi chirurgici, ecc.) sostenute dall'assicurato a seguito di infortunio o 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. *Contra* 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, apparterrebbero al *genus* delle

*Care (breviter LTC)*¹⁴, con le quali è garantita all'assicurato assistenza di lungo periodo in caso di non autosufficienza dovuta a malattia, infortunio o senescenza¹⁵.

Tutte le fattispecie contrattuali menzionate – tra le quali le più diffuse e discusse sono indubbiamente le prime¹⁶ – sono accomunate

“assicurazioni della salute” e sarebbero caratterizzate da una funzione previdenziale in quanto rivolte alla tutela di interessi squisitamente personali.

¹⁴ 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 di 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.

¹⁵ L'art. 2, comma 2, cod. ass., contempla tali fattispecie contrattuali nell'ambito del ramo IV vita. Tuttavia, a «questo apparente inquadramento «monoramo» delle polizze LTC» – per mutuare una efficace espressione – 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 consiste nel risarcimento (*rectius*: rimborso) del costo per l'assistenza o in 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, cod. 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.

¹⁶ 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

dalla finalità di garantire l'assicurato nei confronti di accadimenti idonei a procurargli una menomazione della integrità psico-fisica e, dunque, a compromettere la sua salute¹⁷.

Ciò rilevato, occorre osservare che, analogamente a quanto avvenuto all'estero¹⁸, il *trend* della digitalizzazione delle assicurazioni della salute presenta diverse declinazioni, in quanto molteplici sono i dispositivi tecnologici con i quali le imprese possono integrare le tradizionali 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 elettronici o altri dispositivi *wearables* (ad esempio i contapassi) di rilevazione e monitoraggio dell'attività fisica dell'assicurato (cc.dd. *activity trackers*)¹⁹.

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.

¹⁷ CORRIAS, *Il contratto di assicurazione (Profili funzionali e strutturali)*, cit., p. 57.

¹⁸ La tendenza evocata ha riguardato, *in primis*, i Paesi caratterizzati da sistemi sanitari con una prevalente componente privata come gli Stati Uniti d'America. Qui accade sempre più di frequente che i datori di lavoro, su cui 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 lavoratori assicurati ed ottenere, al contempo, uno sconto sul premio. Per una panoramica sul sistema sanitario statunitense, cfr. 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. V. anche BASSINI e ROMEO, *Il “Welfare” statunitense: lo spettro del “big government” e le tentazioni solidaristiche*, in *Dir. pubb. comparato ed europeo*, 2013, p. 1484 ss.; GIANNELLI, *I sistemi sanitari di Stati Uniti, Germania, Regno Unito: mercato, redistribuzione e reciprocità*, in *Amministrare*, 2016, p. 147 ss.

¹⁹ 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.

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

Nello specifico, qualora al momento dell'instaurazione del rapporto il cliente dimostri di essere in buono stato di salute otterrà un immediato sconto sul premio, del quale beneficerà per tutta la durata del contratto²⁰.

Inoltre, l'impresa di assicurazione predispone una sorta di *premium plan*, che riconosce ulteriori sconti sul premio agli assicurati che seguano un apposito programma di allenamento e si adeguino a modelli di vita *healthy*. Ciò presuppone l'uso da parte dell'assicurato di uno fra i *devices* indicati dall'assicuratore: soltanto qualora i dati da esso registrati 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 un ulteriore sconto, il quale verrà automaticamente applicato all'annualità successiva²¹.

In altri casi, l'impresa assicurativa offre, senza alcun costo aggiuntivo, a coloro che stipulino una polizza della salute un *wearable device*, che rimettendo all'assicurato il possibile controllo continuativo dei dati relativi all'attività fisica, può rivelarsi un efficace strumento di autoprevenzione²².

²⁰ 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, alla pressione arteriosa, colesterolo) sono "nella norma" e delle dichiarazioni rese dall'assicurato mediante la compilazione del c.d. questionario anamnestico o sanitario.

²¹ 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 trasferisca 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 misura dell'attività fisica quotidiana) e procedere all'eventuale applicazione degli sconti previsti.

²² 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 (es. 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 e verificare i dati registrati in relazione

La medesima prassi è emersa con riferimento a dispositivi *wireless* di tipo medico (“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.). Essi si rivelano, dunque, particolarmente utili per il monitoraggio a distanza delle condizioni di salute di soggetti a rischio o affetti da particolari patologie²³.

Tuttavia, in talune ipotesi il rapporto fra la polizza della salute e i *devices* 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. Ad esempio, 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 sul proprio *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 metaboliche²⁴.

Una diversa e specifica manifestazione della *Digital Health Insurance*, che conviene menzionare espressamente, è costituita dalle

allo stile di vita e all’attività sportiva, utiizzando una *App* dedicata o consultando il display presente sul dispositivo.

²³ GERMANI e FEROLA, *Il wearable computing e gli orizzonti futuri della privacy*, cit., p. 77.

²⁴ È questa, ad esempio, 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 5, per la copertura di spese mediche (per visite specialistiche, grandi interventi chirurgici, specifiche prestazioni dentistiche). L’assicurato può personalizzare, con un premio a suo carico, la copertura offerte della polizza di base (ad es. per le cure fisioterapiche, per la gravidanza, i medicinali, gli occhiali o per l’inabilità) ed estenderla ai propri familiari.

polizze della salute che contemplano servizi abbinati di Telemedicina e *Home care*²⁵.

Grazie ad *App* dedicate e a strumentazioni sanitarie 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 momento²⁶.

Alcune polizze prevedono che, in caso di ricovero conseguente a malattia o infortunio (di durata variabile a seconda che si accompagni o meno a intervento chirurgico), l'assicurato possa richiedere alla Struttura organizzativa collegata all'impresa di assicurazione di procedere all'installazione presso il suo domicilio di un sistema di comunicazione audio-visuale e di trasmissione di dati clinici utilizzabile dal personale medico e paramedico che lo assista²⁷.

Altre, invece, sono integrate da servizi per il telemonitoraggio a distanza di alcune specifiche patologie croniche. In questo caso, gli assicurati che possiedano determinati requisiti anagrafici e clinici²⁸

²⁵ 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 e resp.*, 2011, p. 472 ss.

²⁶ 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, 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).

²⁷ *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.

²⁸ 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.

ricevono gratuitamente, al proprio domicilio, dispositivi che rilevano i relativi parametri clinici e li trasmettono in tempo reale alla Centrale Operativa dell'impresa di assicurazione; quest'ultima (*id est*, il team di medici e di infermieri specializzati che vi operano) può così monitorare continuamente lo stato di salute del paziente, intervenire tempestivamente in presenza di *alert* clinici e offrire al paziente/assicurato suggerimenti e raccomandazioni²⁹.

I vantaggi offerti dai servizi di Telemedicina e *Home Care* sono evidenti: da un lato, l'assistenza sanitaria al domicilio e da remoto può contribuire ad un abbattimento dei costi dei servizi sanitari, riducendo il numero di giorni di ricovero presso strutture ospedaliere³⁰; dall'altro, consente al paziente/assicurato di beneficiare di prestazioni mediche all'interno del proprio ambiente familiare, fattore non trascurabile soprattutto quando il destinatario della garanzia assicurativa sia un soggetto anziano, affetto da malattie croniche e/o impossibilitato a muoversi³¹.

²⁹ Servizio *Monitor Salute* offerto dalla compagnia Unisalute del gruppo Unipol.

³⁰ Secondo il MINISTERO DELLA SALUTE, *Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali*, 2014, 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».

³¹ Come rilevato dall'IVASS (*Analisi trend prodotti assicurativi – Le nuove polizze sulla salute: la Digital Health Insurance*, cit., p. 10 ss.), alle polizze sanitarie possono essere abbinati anche ulteriori servizi di telemedicina. Tra questi, si segnalano: la cartella clinica *web*, con la quale l'assicurato può accedere in maniera riservata e sicura a tutte le informazioni relative alla sua storia clinica, condividerle con il medico curante ed eventualmente anche con altri medici per un consulto o in casi di emergenza (ad esempio, in caso di viaggio all'estero la cartella potrà essere messa a disposizione dei medici del posto nella loro lingua madre); il telecontrollo, che garantisce la sorveglianza e l'assistenza da remoto di determinati soggetti (es.: anziani che vivano da soli) attraverso dispositivi dotati di sensori che ne rilevano ad esempio, 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.

Quanto esposto 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 delle malattie, sia nella fase successiva a siffatto accadimento, ottimizzando eventuali prestazioni di consulenza e assistenza³².

Si prospetta, inoltre, un significativo mutamento del ruolo dell'assicuratore, da soggetto professionalmente incaricato della gestione di rischi nel lungo periodo, a soggetto chiamato a prevenire i rischi per la salute monitorandone l'andamento durante tutta la durata del rapporto assicurativo. L'assicuratore, dunque, diventa quasi un *lifestyle coach*, una "guida" dell'assicurato, potendogli fornire, previo esame dei dati raccolti, consigli utili sui comportamenti da adottare al fine di evitare che il rischio si avveri³³.

3. I vantaggi per le imprese di assicurazione

Il quadro poc'anzi tratteggiato consente di illustrare le opportunità offerte dalla *Digital Health Insurance* alle imprese di assicurazione, con

³² IVASS, *Report analisi trend offerta prodotti assicurativi (luglio – dicembre 2017)*, cit., p. 8.

³³ Cfr. ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all'impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, cit., p. 5, ove si precisa 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». Il potenziale impatto positivo dell'uso delle nuove tecnologie (nella specie, i *Big Data*) sulla mitigazione e prevenzione dei rischi è stato evidenziato anche dai 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) 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, 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 migliore consapevolezza circa l'esposizione a determinati rischi e di prevenirne l'avveramento.

particolare riguardo a quelle idonee ad incidere sull'attività di valutazione e tariffazione dei rischi, trattandosi di un aspetto centrale dell'operazione assicurativa³⁴.

A tal fine, è appena il caso di ricordare che di regola le imprese di assicurazione si trovano, rispetto al contraente/assicurando, in una posizione di *gap* informativo in relazione allo stato del rischio³⁵. Esse, infatti, non sono in grado di conoscere tutte le caratteristiche di rischio dei potenziali assicurati e si affidano, pertanto, alle dichiarazioni rese da questi ultimi in fase precontrattuale³⁶.

³⁴ 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 favorire l'ampliamento della gamma dei prodotti e servizi offerti, la competitività all'interno del mercato e la riduzione del rischio di frodi.

³⁵ 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. Come efficacemente 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 atte ad identificarlo e valutarlo; l'accertamento preventivo di tali elementi risulterebbe complicato e oneroso per l'impresa assicurativa, spesso addirittura impossibile trattandosi di avvenimenti del passato o di natura delicata. Sull'asimmetria bilaterale in ambito assicurativo, v. anche PIRILLI, *La fase precontrattuale nell'assicurazione*, in *Ass.*, 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 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 COMANDÈ (a cura di), *Gli strumenti della precauzione: nuovi rischi, assicurazione e responsabilità*, Milano, 2006, p. 199.

³⁶ Le informazioni rese dall'assicurando sono, dunque, fondamentali ai fini della valutazione e selezione dei rischi, in quanto strumentali al fisiologico funzionamento dell'operazione assicurativa, fondata sulla comunione dei rischi e sul principio di mutualità, e al corretto calcolo dei premi richiesti agli assicurati. In tal senso, v. NIUTTI, *Duty of disclosure nel contratto di assicurazione. Analisi comparata tra sistema italiano e sistema inglese*, in *Dir. econ. ass.*, 2010, p. 551 s.. Pertanto, grava sull'assicurando l'obbligo di descrivere il rischio in modo esatto e completo ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.; l'interpretazione giurisprudenziale di tali norme ha

Nello specifico caso delle assicurazioni della salute, in un contesto di “bassa digitalizzazione”³⁷ 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

Ancorché destinato a fornire informazioni dettagliate sullo stato di salute e su eventuali patologie pregresse e/o di natura ereditaria dell’assicurando, il questionario sanitario non risolve, tuttavia, il problema dell’asimmetria informativa e della naturale incompletezza delle informazioni relative al rischio; difatti, anche l’assicurando potrebbe ignorare alcune circostanze rilevanti ai fini dell’assunzione del rischio medesimo³⁸.

Data la difficoltà - e finanche l’impossibilità - di verificare *ex ante* le caratteristiche di ciascun rischio, l’impresa assicurativa 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, infatti, l’impresa di assicurazione di regola 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 rischiosità³⁹.

In uno scenario come quello descritto – che, secondo la teoria economica, potrebbe innescare fenomeni di selezione avversa o di

tuttavia condotto 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.

³⁷ Lo scenario considerato si caratterizza per l’indisponibilità di un immenso patrimonio di dati personali come quello generato dai *devices* associati alle *Digital Health Insurances*.

³⁸ Cfr. ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all’impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, cit., p. 4.

³⁹ 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.

azzardo morale⁴⁰ - la “svolta digitale” delle assicurazioni della salute potrebbe avere effetti dirompenti. In primo luogo, la disponibilità di una molteplicità di dati personali, sanitari e comportamentali prima inaccessibili agevolerebbe una più efficace e puntuale valutazione di rischi e profilazione dei clienti in fase precontrattuale, consentendo alle imprese di riconoscere il profilo di rischio individuale di ciascuno e di parametrare ad esso l'importo dei premi⁴¹. Inoltre, poichè i *devices* abbinati alle nuove polizze della salute consentono il monitoraggio costante e continuativo di parametri clinici, abitudini e stili di vita individuali, l'impresa assicurativa potrebbe valutare ed eventualmente

⁴⁰ Per “selezione avversa” si intende il fenomeno per il quale alla impossibilità per l'impresa assicurativa di riconoscere *ex ante* il grado di rischio individuale degli assicurandi e di parametrare ad esso l'importo dei premi, consegue la determinazione di un premio di importo identico per tutti gli assicurandi della medesima classe, che ne rifletta la rischiosità media. Ciò inciderebbe negativamente sulla posizione 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 allorché gli assicurati ponessero in essere attività e condotte tali da aumentare la probabilità che si verifichi l'evento dedotto in rischio. Cfr. CESARANI, *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.. Su tali fenomeni nelle assicurazioni della salute, v. BARIGOZZI, *Assicurazione sanitaria*, in *Rivista di Politica economica*, 2006, p. 217 ss., spec. 222 ss.

⁴¹ I dati acquisiti con le nuove tecnologie potrebbero integrare e financo sostituire *in toto* le informazioni tradizionalmente utilizzate dalle imprese di assicurazione.

“riclassificare” il profilo di rischio dell’assicurato – e, per l’effetto, il relativo premio – anche in costanza di rapporto⁴².

Di qui l’opportunità di una significativa riduzione della suddetta asimmetria informativa sia nella fase di valutazione pre-assuntiva del rischio che in quella di esecuzione del contratto, alla quale fa da corollario la possibile neutralizzazione dei fenomeni di selezione avversa e azzardo morale sopra ricordati.

Occorre, tuttavia, osservare che la prospettata personalizzazione dei premi⁴³ potrebbe presentare notevoli criticità: (i) sotto il profilo della maggiore dinamicità degli stessi, in quanto la possibilità di frequenti rettifiche del relativo importo – derivante dall’adeguamento alla condotta e alla variazione del profilo di rischio degli assicurati - potrebbe affievolire l’*appeal* delle nuove polizze digitali per gli assicurandi/ti - maggiormente attratti da un premio stabile e prevedibile - e rendere più difficile la comparazione delle diverse polizze offerte sul mercato; (ii) sul piano dell’effettivo 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 individuale⁴⁴; (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.

⁴² ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all’impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, cit., p. 4.

⁴³ Grazie allo sfruttamento dei dati personali di ciascun cliente, le modalità di determinazione dei premi assicurativi sono destinate ad evolversi lungo tre direttrici: 1. una progressiva personalizzazione, con abbandono del criterio di determinazione su base statistica; 2. determinazione di tipo predittivo (c.d. *forward-looking*) fondata sull’analisi dei dati personali e comportamentali raccolti e delle previsioni altamente attendibili che possono scaturiscarne; 3. dinamicità, ossia periodico adeguamento del premio al variare del profilo di rischio del cliente.

⁴⁴ In questa direzione, CESARANI, *Rappresentazione del rischio, asimmetria informativa ed uberrima fides: diritto italiano e diritto 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.

4. *Profili di criticità*

Malgrado le opportunità offerte alle imprese e ai consumatori, il ricorso alla tecnologia digitale nell'ambito delle polizze della salute solleva alcuni problemi che meritano di essere segnalati⁴⁵.

Se le principali criticità riguardano la *privacy* e la sicurezza dei dati personali e sanitari trattati⁴⁶, oggi più che mai esposti alla minaccia del

⁴⁵ 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. V. ESAS – EUROPEAN SUPERVISORY AUTHORITIES (JOINT COMMITTEE), *Joint Committee Final report on Big Data*, cit.

⁴⁶ 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 nuovo Regolamento in materia di protezione dei dati personali (2016/679/UE) 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.; MONTELERO, *Responsabilità e rischio nel Reg. UE 2016/679*, *ibidem*, p. 144 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

*cyber crime*⁴⁷, non meno 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 individuale⁴⁸.

Sebbene l'uso di dispositivi telematici, come i sopra menzionati *wearables*, nell'ambito delle assicurazioni della salute sia generalmente descritto come fattore in grado di estendere l'accesso alla copertura assicurativa anche a categorie di soggetti prima escluse⁴⁹, è diffuso il

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>.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ Secondo il Comitato congiunto (*Joint Committee*) delle Autorità di vigilanza europee del settore finanziario (EBA, ESMA, EIOPA), i vantaggi derivanti dall'innovazione tecnologica (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.

⁴⁹ 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.

timore che le imprese di assicurazione possano servirsi dei dati trasmessi dai suddetti *devices*⁵⁰ al fine di discriminare i soggetti maggiormente esposti a rischi.

Si reputa, in particolare, che la personalizzazione dei premi consentita dall'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 insostenibili⁵¹; 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.

I possibili effetti discriminatori di una più accurata profilazione dei rischi degli assicurandi/ti risulterebbero, inoltre, ancor più evidenti se si considerasse che la salute e gli stili di vita degli individui sono fortemente influenzati dal relativo *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 economica⁵².

Mutuando la terminologia dell'art. 3, comma 2, Cost., la considerazione dei comportamenti e delle condizioni sanitarie e/o genetiche dell'assicurando potrebbe avere come effetto una discriminazione dell'individuo sulla base di condizioni personali e sociali, quali la malattia o la propensione alla sua insorgenza, il reddito

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.

⁵⁰ 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.

⁵¹ KELLER, *Big Data and Insurance: Implications for Innovation, Competition and Privacy*, The Geneva Association, 2018, p. 33.

⁵² 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, 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.

e il grado di scolarizzazione. Ne deriverebbe anche una violazione del principio di mutualità, cardine delle assicurazioni private, e una ridefinizione del concetto di assicurabilità⁵³.

Non può non menzionarsi, da ultimo, la possibile interferenza 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 decisionale⁵⁴.

5. *Un primo bilancio*

Come si è tentato di evidenziare, il potenziamento degli strumenti di acquisizione, gestione ed elaborazione di dati personali messi a

⁵³ Secondo ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all'impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, cit., p. 9, l'uso di informazioni riservate a fini di una classificazione estrema, perfino individuale, dei rischi assicurativi si porrebbe in contrasto con il principio di mutualità su cui si fonda l'operazione assicurativa e ridefinirebbe il concetto di assicurabilità, avendo l'effetto di precludere la copertura assicurativa di alcune categorie di rischio, in particolare delle persone affette da patologie croniche. Tuttavia, come correttamente 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 piena autonomia, con la conseguenza che la selezione dei rischi può avere effetti discriminatori soltanto se effettuata in modo arbitrario e distorto.

⁵⁴ 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.

disposizione alle 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 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 assicurativo⁵⁵ – 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, peraltro idonea a minare la funzione sociale che connota le assicurazioni private, in particolare quelle della salute, se si considera la difficoltà che ne scaturirebbe di individuare un' "alternativa privatistica di *Welfare*" in un momento storico in cui lo Stato non è in grado, da solo, di soddisfare le mutevoli esigenze sanitarie dei cittadini⁵⁶.

Occorre, infine, domandarsi se la disciplina codicistica sulla rappresentazione del rischio – alla quale è tradizionalmente attribuita

⁵⁵ Sul tema, v. GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazione, rischio dipendenza e dati genetici: un problema aperto*, in ROMBOLI (a cura di), *Atti di disposizione del proprio corpo*, Pisa, 2007, p. 105 ss. e ID., *Dati genetici e assicurazioni 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, 2009, p. 113 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.; BOMPIANI, *Informazioni genetiche, test genetici predittivi ed assicurazioni*, in Ass., 2002, p. 45 ss.

⁵⁶ 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.

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'assicurato/to⁵⁷.

⁵⁷ Cfr. CESARANI, *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».