L'ASSICURAZIONE ITALIANA

2017 - 2018

Ania

Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

SOMMARIO

EXECUTIVE SUMMARY 11

1. L'EVOLUZIONE DELLA CONGIUNTURA ECONOMICA 29

LA CONGIUNTURA ECONOMICA INTERNAZIONALE 30
L'ANDAMENTO DELLE MATERIE PRIME NEL 2017 31
LA CONGIUNTURA ECONOMICA IN ITALIA 32
L'ECONOMIA ITALIANA A DIECI ANNI DALLA CRISI 35
I MERCATI FINANZIARI 40

2. L'ASSICURAZIONE ITALIANA: I DATI SIGNIFICATIVI 2017 51

LE IMPRESE IN ESERCIZIO 52
IL CONTO ECONOMICO 53
IL CONTO TECNICO 54
IL RISULTATO DEGLI INVESTIMENTI 56
IL RISULTATO DELL'ESERCIZIO 58
LA SITUAZIONE PATRIMONIALE – BILANCIO CIVILISTICO 60
UN'ANALISI DEL RETURN ON EQUITY NEI SETTORI DANNI E VITA 62
IL BILANCIO SOLVENCY II 66
LA SITUAZIONE PATRIMONIALE – DATI SOLVENCY II 67
GLI INVESTIMENTI 69
GLI INVESTIMENTI DEL SETTORE ASSICURATIVO IN OBBLIGAZIONI E AZIONI 71
GLI INVESTIMENTI IN INFRASTRUTTURE 72
GLI INVESTIMENTI IN MINIBOND E PRIVATE PLACEMENTS 74
LA SOLVIBILITÀ DEL MERCATO ASSICURATIVO ITALIANO 77
IMPATTO DELLA TASSAZIONE SUI BILANCI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE 84

3. L'ASSICURAZIONE ITALIANA NEL CONFRONTO INTERNAZIONALE 87

CONFRONTI INTERNAZIONALI 88
IL PESO DELL'ASSICURAZIONE NEI PRINCIPALI MERCATI DELL'UNIONE EUROPEA 90
LA TASSAZIONE DEI PREMI NELL'UNIONE EUROPEA 93
UN CONFRONTO INTERNAZIONALE SUI CONTI ECONOMICI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE 96
LA REDDITIVITÀ DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE EUROPEE QUOTATE NEL 2017 103

4. LE ASSICURAZIONI VITA 105

IL PORTAFOGLIO ITALIANO 106
ASSICURAZIONE VITA E PIL 113

SOMMARIO

L'EVOLUZIONE DEI PRODOTTI VITA 114
LA STRUTTURA DELLE SPESE SOSTENUTE DALLE IMPRESE VITA 119
IL RENDIMENTO DELLE POLIZZE RIVALUTABILI 120
ASSICURAZIONE VITA E RISPARMIO DELLE FAMIGLIE ITALIANE 122
LE NUOVE NORME IVASS SULLE GESTIONI SEPARATE 124
PREVIDENZA COMPLEMENTARE: ANDAMENTO E PRINCIPALI NOVITÀ REGOLAMENTARI 126
LE INIZIATIVE IVASS SULLE POLIZZE DORMIENTI 130
L'ANTICIPO PENSIONISTICO VOLONTARIO A UN ANNO DAL SUO AVVIO 130
L'ANDAMENTO DEI PRODOTTI VITA "IBRIDI" ("MULTIRAMO") 134
LO SVILUPPO DEI PIR 141
PIANI INDIVIDUALI DI RISPARMIO (PIR): LINEE GUIDA DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE 146

5. LE ASSICURAZIONI DANNI 149

IL PORTAFOGLIO ITALIANO 150
ASSICURAZIONE DANNI E PIL 152

6. L'ASSICURAZIONE AUTO 153

LA GESTIONE DELL'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE 154
LA GESTIONE DELLE ASSICURAZIONI DEI DANNI AI VEICOLI 158
I FURTI DI AUTOVETTURE IN ITALIA 160
LA DIFFUSIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE INCENDIO E FURTO DELLE AUTOVETTURE 162
IL COSTO MEDIO E LA FREQUENZA SINISTRI 167
ANALISI PROVINCIALE DEL MARGINE TECNICO DEL RAMO R.C. AUTO 172
IL RISARCIMENTO DEI DANNI ALLA PERSONA 174
LE FRODI ASSICURATIVE NELLA R.C. AUTO 178
INIZIATIVE DI CONTRASTO ALLE FRODI ASSICURATIVE E ALL'ELUSIONE ALL'OBBLIGO AD ASSICURARSI 188
ANALISI DELLA DINAMICA DEI PREZZI R.C. AUTO E CONFRONTO EUROPEO – FOCUS SUL CICLO ASSICURATIVO 189
IL RISARCIMENTO DIRETTO 196
IL CALCOLO DEI FORFAIT 2018 196
LA NUOVA PIATTAFORMA INFORMATICA DI SCAMBIO DOCUMENTALE 199
IL SISTEMA DI INCENTIVI/PENALIZZAZIONI 200
INNOVAZIONE TECNOLOGICA NELLA R.C. AUTO 201
PROVVEDIMENTI IVASS SU ATTESTATO DI RISCHIO "DINAMICO" ("ATRD") E SU CLASSI DI MERITO DI CONVERSIONE UNIVERSALE (CU) N. 71/2018 E N. 72/2018 201
PROGETTI NAZIONALI SU AUTO E TECNOLOGIA: COMITATO TECNICO "GUIDA CONNESSA E AUTOMATICA"; DECRETO MINISTERO DEI TRASPORTI 2 MARZO 2018: SMART ROADS E VEICOLI AUTONOMI 203

SOMMARIO

APPROFONDIMENTO DELLE TEMATICHE CONNESSE AL FUTURO SVILUPPO DELLA MOBILITÀ E DELL'ASSICURAZIONE AUTO 205

SVILUPPI DI NORMATIVA E GIURISPRUDENZA 206

LEGGE PER IL MERCATO E LA CONCORRENZA: STATO DI ATTUAZIONE DELLE NORME IN MATERIA DI R.C. AUTO 206

7. LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI 217

I RAMI DANNI DIVERSI DAL SETTORE AUTO 218

LE CARATTERISTICHE DELLE FAMIGLIE ITALIANE IN POSSESSO DI POLIZZE SANITARIE E DANNI (ESCLUSA R.C. AUTO) 224

LE GARANZIE OFFERTE NEI RAMI INFORTUNI E MALATTIA 228

I RISULTATI DELLA STATISTICA INFORTUNI 232

CATASTROFI NATURALI: GLI EVENTI DEL 2017 NEL MONDO E UNA PRIMA STIMA DELL'ATTUALE ESPOSIZIONE DEL MERCATO ASSICURATIVO ITALIANO 234

LE NOVITÀ DELLA LEGGE DI BILANCIO 2018 IN TEMA DI POLIZZE CATASTROFALI 237

LA DIFFUSIONE DELLE POLIZZE INCENDIO E DELLE COPERTURE CONTRO LE CATASTROFI NATURALI; RISULTATI DELL'INDAGINE GFK 238

R.C. SANITARIA 246

LA RESPONSABILITÀ CIVILE IN AMBITO SANITARIO 248

L'INDAGINE ANIA SULLE COPERTURE CONTRO IL RISCHIO CYBER 255

LE NUOVE NORME SULLA ULTRATTIVITÀ PER LE POLIZZE ASSICURATIVE DEI PROFESSIONISTI 261

LE NUOVE DISPOSIZIONI SUGLI APPALTI PUBBLICI 262

RISCHI AGRICOLI: NOVITÀ NORMATIVE 263

LA RIFORMA DEL CODICE DELLA NAUTICA DA DIPORTO 264

8. LA RIASSICURAZIONE 269

LA RIASSICURAZIONE E IL MERCATO DEI CAT BOND NEL 2017 271

9. LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO 275

I LAVORATORI DIPENDENTI E IL COSTO DEL LAVORO 276

NORMATIVA DEL LAVORO E FONDI DI SOLIDARIETÀ DEL SETTORE 278

RELAZIONI SINDACALI E CONTRATTAZIONE COLLETTIVA, NAZIONALE E AZIENDALE 280

IL DIALOGO SOCIALE 283

LA FORMAZIONE – FONDI PARITETICI INTERPROFESSIONALI 284

PROGETTO EUROPEAN QUALIFICATIONS FRAMEWORK (EQF) 285

10. LA DISTRIBUZIONE 289

ASSICURAZIONE VITA 290

ASSICURAZIONE DANNI 293

SOMMARIO

DECRETO LEGISLATIVO DI RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA UE 2016/97 (IDD) 296
ANALISI IMPLEMENTATIVA SULLA PRODUCT OVERSIGHT AND GOVERNANCE (POG) 299
OSSERVATORIO DELLA DISTRIBUZIONE 301
LA DIRETTIVA MiFID 2014/65/UE E IL NUOVO REGOLAMENTO INTERMEDIARI CONSOB 302
FONDO PENSIONE AGENTI 303
LO SVILUPPO DELLA BANCASSICURAZIONE 304

11. LA FONDAZIONE ANIA, IL FORUM ANIA-CONSUMATORI E ANIA SERVIZI 321

LA FONDAZIONE ANIA 322
FONDAZIONE ANIA: PROSEGUE IL VIAGGIO TRA NUOVE METE E NUOVI SUCCESSI 322
LA SICUREZZA STRADALE: UN CAMMINO CONSOLIDATO 322
L'INCIDENTALITÀ STRADALE IN ITALIA E IN EUROPA 322
IL NUMERO DEGLI INCIDENTI STRADALI CHE HANNO CAUSATO FERITI. CONFRONTI DI FONTI DIVERSE E ASPETTI METODOLOGICI 325
LE LINEE D'AZIONE PER LA SICUREZZA STRADALE 327
LA PREVENZIONE 327
IMPLEMENTAZIONE DI NUOVE TECNOLOGIE 333
LA COMUNICAZIONE E L'IMMAGINE SOCIALE DEL SETTORE ASSICURATIVO 338

IL FORUM ANIA-CONSUMATORI 341
WELFARE 341
PROGRAMMA "GLI SCENARI DEL WELFARE" 341
I DATI PIÙ SIGNIFICATIVI DEL RAPPORTO CENSIS 342
FOCUS TERRITORIALI 343
VOLUME "PIÙ PILASTRI, UN SOLO SISTEMA" 343
CULTURA ASSICURATIVA 344
L'ASSICURAZIONE A SCUOLA CON "IO E I RISCHI" 344
CONCORSO NAZIONALE "GRAN PREMIO DI MATEMATICA APPLICATA" 345
COMITATO PER L'EDUCAZIONE FINANZIARIA 346
COLLANA DI GUIDE "L'ASSICURAZIONE IN CHIARO" 347
LA CUSTOMER SATISFACTION NEL MERCATO ASSICURATIVO 347
I PRINCIPALI RISULTATI 348
LE ASPETTATIVE E LE PREOCCUPAZIONI DEI MILLENNIALS 350
IL DINAMISMO DEL MERCATO E L'ORIENTAMENTO AL TRADE-OFF 351

ANIA SERVIZI 352
LE ATTIVITÀ RIVOLTE ALLE IMPRESE NEL CORSO DEL 2017 352
SERVIZI "DATA DRIVEN" 352
MAPPA ITALIA 1.0 352
ACCESSO AL SISTEMA DI INFORMAZIONI CREDITIZIE (SIC) EURISC 353

SOMMARIO

SERVIZIO "ANIA BROKER" 353
CYBER SECURITY 354
DOMAIN MONITORING 354
USER EDUCATION 354
PROTEZIONE DA ATTACCHI DDoS PER SITI WEB 355

12. IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE 357

BREXIT: ULTIMI SVILUPPI 358
PIANO D'AZIONE DELLA COMMISSIONE SU FINTECH 359
IL FINAL REPORT DELL'HIGH LEVEL EXPERT GROUP E IL PIANO DI AZIONE DELLA COMMISSIONE UE SULLA FINANZA SOSTENIBILE E L'ECONOMIA CIRCOLARE 360
PROPOSTA DI REGOLAMENTO SUL PRODOTTO PENSIONISTICO PANEUROPEO (PEPP) 361
QUINTA DIRETTIVA ANTIRICICLAGGIO 363
PROPOSTA DI REVISIONE DELLE ESAs 363
IL GDPR E LE LINEE GUIDA DEL "WORKING PARTY 29" 365
DIRETTIVA SULLA DISTRIBUZIONE ASSICURATIVA (IDD): ULTIMI SVILUPPI 366
LA REGOLAMENTAZIONE FINANZIARIA INTERNAZIONALE E LA REALIZZAZIONE DI UN INSURANCE CAPITAL STANDARD GLOBALE 368

13. L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA 371

SOLVENCY II 372
REVISIONE SOLVENCY II 372
INIZIATIVA ANIA SUI BILANCI SOLVENCY II 374
SCHEMA DI REGOLAMENTO SUL GOVERNO SOCIETARIO: ASPETTI GENERALI 375
SCHEMA DI REGOLAMENTO SUL GOVERNO SOCIETARIO: FOCUS SULLA PROPORZIONALITÀ 376
PUBBLICA CONSULTAZIONE IVASS SULLE NUOVE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI REVISIONE ESTERNA SU SFCR 377
EIOPA STRESS TEST 2018 378
BILANCI INDIVIDUALI E CONSOLIDATI 379
IFRS 9: NUOVO PROVVEDIMENTO IVASS DI MODIFICA AL REGOLAMENTO N. 7/2007 379
IFRS 17 379
IL REGOLAMENTO CONSOB DI ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 254/2016 DI RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA 2014/95/UE SULLE INFORMAZIONI NON FINANZIARIE 380
CAMBIAMENTO CLIMATICO E INFORMAZIONI RILEVANTI PER GLI STAKEHOLDER. L'IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DEL FINANCIAL STABILITY BOARD E L'OSSERVATORIO ITALIANO PER LA FINANZA SOSTENIBILE 382

SOMMARIO

NOVITÀ IN MATERIA DI IVA 383
SENTENZE DELLA CORTE DI GIUSTIZIA UE IN MATERIA DI CONSORZI ASSICURATIVI 383
MODIFICHE ALLA DISCILPLINA DEL GRUPPO IVA PER LE OPERAZIONI CROSS-BORDER 383
LEGGE DI BILANCIO 2018 385
AGEVOLAZIONI FISCALI PER POLIZZE CONTRO I DANNI DERIVANTI DA EVENTI CALAMITOSI 385
INNALZAMENTO DELL'ACCONTO DELL'IMPOSTA SUI PREMI DI ASSICURAZIONE 385
DOCUMENTO DI CONSULTAZIONE IVASS N. 4/2018 - SCHEMA DI REGOLAMENTO IN MATERIA DI ANTIRICICLAGGIO E ANTITERRORISMO 386
BLOCKCHAIN E SMART CONTRACTS 387
LINEE GUIDA PER CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI 390
IL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI RELATIVO ALLA TUTELA DELLE PERSONE FISICHE NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI (GDPR) E SCHEMA DI DECRETO LEGISLATIVO DI ADEGUAMENTO 392
DIRETTIVA EUROPEA NIS SULLA PROTEZIONE DEI DATI – IPOTESI DI DECRETO ATTUATIVO 393
EQUO COMPENSO DEGLI AVVOCATI E DEI PROFESSIONISTI 394
ORDINANZA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE N. 10333/2018 SU RAMO III 395

14. LE PREVISIONI PER IL 2018 399

L'ECONOMIA INTERNAZIONALE NEL 2018-19 400
L'ECONOMIA ITALIANA NEL 2018-19 401
L'ASSICURAZIONE ITALIANA NEL 2018 402

SOMMARIO

INDICE DEI RIQUADRI

L'ANDAMENTO DELLE MATERIE PRIME NEL 2017 31
L'ECONOMIA ITALIANA A DIECI ANNI DALLA CRISI 35
UN'ANALISI DEL RETURN ON EQUITY NEI SETTORI DANNI E VITA 62
GLI INVESTIMENTI DEL SETTORE ASSICURATIVO IN OBBLIGAZIONI E AZIONI 71
GLI INVESTIMENTI IN INFRASTRUTTURE 72
GLI INVESTIMENTI IN MINIBOND E PRIVATE PLACEMENTS 74
IMPATTO DELLA TASSAZIONE SUI BILANCI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE 84
LA TASSAZIONE DEI PREMI NELL'UNIONE EUROPEA 93
UN CONFRONTO INTERNAZIONALE SUI CONTI ECONOMICI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE 96
LA REDDITIVITÀ DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE EUROPEE QUOTATE NEL 2017 103
L'EVOLUZIONE DEI PRODOTTI VITA 114
LE NUOVE NORME IVASS SULLE GESTIONI SEPARATE 124
PREVIDENZA COMPLEMENTARE: ANDAMENTO E PRINCIPALI NOVITÀ REGOLAMENTARI 126
LE INIZIATIVE IVASS SULLE POLIZZE DORMIENTI 130
L'ANTICIPO PENSIONISTICO VOLONTARIO A UN ANNO DAL SUO AVVIO 130
L'ANDAMENTO DEI PRODOTTI VITA "IBRIDI" ("MULTIRAMO") 134
LO SVILUPPO DEI PIR 141
PIANI INDIVIDUALI DI RISPARMIO (PIR): LINEE GUIDA DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE 146
ANALISI PROVINCIALE DEL MARGINE TECNICO DEL RAMO R.C. AUTO 172
IL RISARCIMENTO DEI DANNI ALLA PERSONA 174
INIZIATIVE DI CONTRASTO ALLE FRODI ASSICURATIVE E ALL'ELUSIONE ALL'OBBLIGO AD ASSICURARSI 188
INNOVAZIONE TECNOLOGICA NELLA R.C. AUTO 201
PROVVEDIMENTI IVASS SU ATTESTATO DI RISCHIO "DINAMICO" ("ATRD") E SU CLASSI DI MERITO DI CONVERSIONE UNIVERSALE (CU) N. 71/2018 E N. 72/2018 201
PROGETTI NAZIONALI SU AUTO E TECNOLOGIA: COMITATO TECNICO "GUIDA CONNESSA E AUTOMATICA"; DECRETO MINISTERO DEI TRASPORTI 2 MARZO 2018: SMART ROADS E VEICOLI AUTONOMI 203
APPROFONDIMENTO DELLE TEMATICHE CONNESSE AL FUTURO SVILUPPO DELLA MOBILITÀ E DELL'ASSICURAZIONE AUTO 205
SVILUPPI DI NORMATIVA E GIURISPRUDENZA 206
LEGGE PER IL MERCATO E LA CONCORRENZA: STATO DI ATTUAZIONE DELLE NORME IN MATERIA DI R.C. AUTO 206
LE CARATTERISTICHE DELLE FAMIGLIE ITALIANE IN POSSESSO DI POLIZZE SANITARIE E DANNI (ESCLUSA R.C. AUTO) 224
LE GARANZIE OFFERTE NEI RAMI INFORTUNI E MALATTIA 228
I RISULTATI DELLA STATISTICA INFORTUNI 232
CATASTROFI NATURALI: GLI EVENTI DEL 2017 NEL MONDO E UNA PRIMA STIMA DELL'ATTUALE ESPOSIZIONE DEL MERCATO ASSICURATIVO ITALIANO 234

SOMMARIO

LE NOVITÀ DELLA LEGGE DI BILANCIO 2018 IN TEMA DI POLIZZE CATASTROFALI 237

LA DIFFUSIONE DELLE POLIZZE INCENDIO E DELLE COPERTURE CONTRO LE CATASTROFI NATURALI; RISULTATI DELL'INDAGINE GFK 238

R.C. SANITARIA 246

LA RESPONSABILITÀ CIVILE IN AMBITO SANITARIO 248

L'INDAGINE ANIA SULLE COPERTURE CONTRO IL RISCHIO CYBER 255

LE NUOVE NORME SULLA ULTRATTIVITÀ PER LE POLIZZE ASSICURATIVE DEI PROFESSIONISTI 261

LE NUOVE DISPOSIZIONI SUGLI APPALTI PUBBLICI 262

RISCHI AGRICOLI: NOVITÀ NORMATIVE 263

LA RIFORMA DEL CODICE DELLA NAUTICA DA DIPORTO 264

LA RIASSICURAZIONE E IL MERCATO DEI CAT BOND NEL 2017 271

DECRETO LEGISLATIVO DI RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA UE 2016/97 (IDD) 296

ANALISI IMPLEMENTATIVA SULLA PRODUCT OVERSIGHT AND GOVERNANCE (POG) 299

OSSERVATORIO DELLA DISTRIBUZIONE 301

LA DIRETTIVA MiFID 2014/65/UE E IL NUOVO REGOLAMENTO INTERMEDIARI CONSOB 302

FONDO PENSIONE AGENTI 303

LO SVILUPPO DELLA BANCASSICURAZIONE 304

IL NUMERO DEGLI INCIDENTI STRADALI CHE HANNO CAUSATO FERITI. CONFRONTI DI FONTI DIVERSE E ASPETTI METODOLOGICI 325

I DATI PIÙ SIGNIFICATIVI DEL RAPPORTO CENSIS 342

FOCUS TERRITORIALI 343

VOLUME "PIÙ PILASTRI, UN SOLO SISTEMA" 343

COMITATO PER L'EDUCAZIONE FINANZIARIA 346

EXECUTIVE SUMMARY

EXECUTIVE SUMMARY

Nel 2017 l'economia mondiale è tornata ad accelerare

Nel 2017 l'economia mondiale è tornata ad accelerare, confermando i segnali positivi provenienti dall'andamento delle principali variabili anticipatrici del ciclo macroeconomico osservato alla fine del 2016. Secondo le stime del Fondo Monetario Internazionale, l'economia mondiale si è espansa del 3,8% nel 2017 (+3,2% nel 2016), la variazione più alta dal 2011, favorita dall'interazione di una serie di condizioni favorevoli.

Si rafforzano sia le economie avanzate sia quelle emergenti

La crescita mondiale si è distribuita in modo piuttosto omogeneo tra i principali aggregati di paesi; sia la dinamica del prodotto delle economie avanzate (+2,3%, +1,8% nel 2016) sia quella delle economie emergenti (+4,8%, +4,4% nel 2016) hanno segnato un'accelerazione.

Accelera il PIL sia negli Stati Uniti sia nell'area dell'euro

La crescita dell'economia degli Stati Uniti è stata vigorosa (+2,3%, +1,5% nel 2016) ed è stata quella che ha contribuito in misura maggiore alla crescita dei paesi industrializzati; anche nell'area dell'euro la crescita del PIL ha accelerato significativamente, segnando la migliore performance dall'inizio della crisi finanziaria globale (+2,4%, +1,8% nel 2016).

Il PIL italiano è aumentato nel 2017; nei primi tre mesi del 2018 l'economia ha continuato a crescere

Nel 2017 il ritmo di crescita del PIL italiano ha segnato una sostanziale accelerazione rispetto all'anno precedente (+1,5%, +0,9% nel 2016), consolidando l'impennata osservata nell'ultimo trimestre del 2016. La dinamica trimestrale del PIL è proseguita su livelli analoghi anche nei primi tre mesi dell'anno in corso (+0,3%).

Nel prossimo biennio la ripresa mondiale si consoliderebbe; il PIL italiano continuerebbe a crescere a ritmi sostenuti

Secondo il Fondo Monetario Internazionale, il rafforzamento del contesto macroeconomico dovrebbe consolidarsi ed estendersi fino al 2019; la crescita dell'output globale dovrebbe proseguire, con ritmi analoghi a quelli del 2017, per tutto il biennio 2018-2019 (+3,9% in entrambi gli anni). La vivacità del quadro congiunturale mostrato dall'economia italiana dovrebbe protrarsi su ritmi analoghi anche nel prossimo biennio. La media delle stime del campione dei maggiori istituti di previsione punta a una crescita dell'1,4% nel 2018 e dell'1,2% nel 2019.

I RISULTATI DELL'ANNO

I premi totali sono diminuiti del 2,6%…

Nel 2017 la raccolta premi del portafoglio italiano ed estero, diretto e indiretto, delle imprese di assicurazione italiane, al lordo delle cessioni e retrocessioni, è diminuita nel complesso del 2,6% (-8,1% nel 2016): si tratta della seconda riduzione registrata dopo tre anni di progressiva crescita.

…-3,8% nel vita, +0,9% nel danni…

La variazione è la sintesi della contrazione dei premi nel comparto vita (-3,8%, -10,6% nel 2016) e del lieve aumento dei premi nel settore danni (+0,9%, +0,7%) che, dopo quattro anni di contrazione, confermano il cambio di tendenza già avviato nel 2016.

EXECUTIVE SUMMARY

…risultato del conto tecnico complessivo: vita: +3,4 miliardi; danni +3,1 miliardi…

Nei rami vita il risultato del conto tecnico è stato positivo per 3,4 miliardi (in diminuzione rispetto ai 3,7 miliardi registrati nel 2016); l'incidenza di tale risultato sui premi è diminuita dal 3,6% nel 2016 al 3,4% nel 2017. Nei rami danni il risultato del conto tecnico è stato positivo per 3,1 miliardi (come nel 2016); l'incidenza sui premi è passata dal 10,4% nel 2016 al 10,5% nel 2017.

…risultato dell'attività ordinaria e straordinaria: +7,8 miliardi…

Il risultato dell'attività ordinaria, danni e vita, ha raggiunto nel 2017 i 7,3 miliardi (7,5 nel 2016); il risultato dell'attività straordinaria è rimasto positivo per 0,5 miliardi (0,2 miliardi nel 2016). Sommando il risultato dell'attività ordinaria e quello dell'attività straordinaria si ottiene il risultato prima delle imposte, pari a 7,8 miliardi, in linea con l'anno precedente.

…utile di esercizio: 6,0 miliardi

Se si considera l'effetto della tassazione, pari a 1,8 miliardi, il risultato complessivo del settore evidenzia nel 2017 un utile di 6,0 miliardi: l'utile del settore danni è stato pari a 2,4 miliardi mentre quello relativo al settore vita è stato pari a 3,5 miliardi.

Una nuova sezione del Rapporto dà conto dei dati Solvency II

Il Rapporto dedica una nuova sezione ai dati derivanti dal sistema di reporting previsto dal nuovo regime di solvibilità Solvency II, che si caratterizzano sia per una diversa valutazione delle attività e delle passività (*fair value*) sia per una diversa classificazione degli elementi di bilancio rispetto ai dati del bilancio civilistico.

Nel 2017 è aumentato il valore delle passività iscritte in bilancio (+3,5%) e quello delle corrispondenti attività detenute (+4,3%)…

Alla fine del 2017 il totale delle voci del passivo dello stato patrimoniale Solvency II è risultato pari a 805,9 miliardi, in aumento del 3,5% rispetto al 2016. Le riserve tecniche vita (pari a 685,4 miliardi) sono aumentate del 4,1% mentre le riserve tecniche danni (pari a 54,2 miliardi) sono diminuite di quasi il 3%.

Il totale dell'attivo è ammontato a 921,4 miliardi (+4,3% rispetto al 2016). Gli investimenti, pari a oltre 850 miliardi, sono aumentati del 5,1% rispetto all'anno precedente.

L'eccedenza dell'attivo sul passivo così determinata è stata pari a 115,4 miliardi (104,7 nel 2016). L'incidenza di tale eccedenza sull'attivo di stato patrimoniale è passata dall'11,9% nel 2016 al 12,5% nel 2017.

Il Rapporto presenta un approfondimento sugli investimenti delle compagnie

Il Rapporto presenta un approfondimento sugli investimenti del settore assicurativo in obbligazioni e azioni, infrastrutture, minibond e private placements.

Il Solvency II ratio per il totale del mercato è stato pari nel 2017 a 2,41…

Nel 2017 il Solvency II ratio è stato pari a 2,41, valore in aumento rispetto al 2016 (2,21) e rispetto agli anni precedenti (2,12 nel 2014 e 2,32 nel 2015).

EXECUTIVE SUMMARY

…quello per le imprese danni è stato 1,79…

Per le imprese che operano nel solo settore danni il Solvency II ratio è passato da 1,61 a 1,79.

…quello per le imprese vita è stato 2,33…

Per le imprese che operano nel solo settore vita il ratio è pari a 2,33 (2,10 nel 2016).

…quello per le imprese miste è stato 2,50…

Per le imprese miste (che operano sia nel settore danni sia in quello vita) il valore medio del ratio è risultato pari a 2,50 (2,30 nel 2016).

Il Rapporto propone approfondimenti su: un confronto europeo sul carico impositivo sui premi assicurativi…

Anche nel 2017 l'Italia è fra i paesi che presentano il carico impositivo più elevato in Europa sui premi di assicurazione nei rami r.c. auto, incendio, r.c. generale e merci trasportate, a conferma di un trend ormai costante.

…un confronto europeo dei risultati economici delle imprese…

Il Rapporto propone il confronto tra i risultati economici delle imprese dei principali paesi (Francia, Germania, Italia, Regno Unito e nell'aggregato europeo) relativi al periodo 2012-2016, effettuato elaborando le informazioni sui conti economici raccolte nella banca dati Fitch Connect.

…e sulla redditività delle imprese quotate

Nel Regno Unito il ROE dell'impresa mediana è stato nel 2017 pari a 14,9%, in aumento rispetto al 2016 (13,5%); il ROE mediano delle imprese tedesche è rimasto invariato rispetto al 2016, attestandosi al 12,7%; quello delle imprese francesi era pari al 7,0% (8,4% nel 2016). Il ROE dell'impresa mediana italiana è stato pari al 9,7%, in lieve aumento rispetto al 2016 (9,2%).

LE PREVISIONI PER IL 2018

Nel 2018 i premi sono previsti in aumento (+5,0%) raggiungendo i 137 miliardi…

Nel 2018, i premi contabilizzati totali (danni e vita) del portafoglio diretto italiano dovrebbero sfiorare i 137 miliardi, in aumento del 5,0% rispetto al 2017. Il business assicurativo complessivo tornerebbe così a crescere dopo il calo del biennio precedente (-2,4% nel 2017 e -8,8% nel 2016).

Al risultato del 2018, contribuirebbe sia lo sviluppo positivo dei premi del comparto danni (+1,7%) sia la buona performance di crescita dei premi dei rami vita (+5,5%).

L'incidenza dei premi complessivi sul PIL aumenterebbe, passando dal 7,6% del 2017 al 7,8% del 2018.

EXECUTIVE SUMMARY

…stabili i premi della r.c. auto e r.c. marittimi; in aumento quelli degli altri rami danni (+2,9%)…

I premi contabilizzati del portafoglio diretto italiano del settore danni nel 2018 sfiorerebbero i 33 miliardi, in crescita dell'1,7% rispetto al 2017, confermando e consolidando così il positivo andamento già registrato nel 2017 (+1,2%). Ciò dipenderebbe sia dall'interruzione del calo dei premi del ramo r.c. auto sia dall'ulteriore aumento dei premi di tutti gli altri rami danni diversi dalla r.c. auto (+2,9%).

Nel ramo r.c. auto, infatti, dopo aver assistito a sei anni consecutivi di riduzione dei premi (il calo complessivo dal 2011 al 2017 è stato pari quasi a -26% senza considerare gli effetti inflattivi) i margini tecnici, già rimasti a livelli molto contenuti nel 2017 (uguali a quelli del 2016), potrebbero ulteriormente ridursi nel 2018. Pur in presenza di un elevato livello concorrenziale fra le imprese, il trend di riduzione dei premi medi sperimentato nei sei anni precedenti dovrebbe interrompersi e il volume dei premi contabilizzati nel 2018 (pari a 13,2 miliardi) rimarrebbe uguale a quello del 2017. Il peso dei premi del ramo r.c. auto sul totale dei premi contabilizzati danni continuerebbe a scendere (40,3%, era 40,9% nel 2017 e 42,3% nel 2016).

Verrebbe confermata la fase espansiva e di crescita di tutti i rami danni diversi dalla r.c. auto che, oltre a beneficiare del positivo andamento del ciclo economico generale, rifletterebbe gli sforzi messi in atto dalle compagnie di assicurazione nell'offrire prodotti assicurativi innovativi e di maggiore interesse per le famiglie e le aziende. Si stima, infatti, per il 2018 un'ulteriore crescita dei premi contabilizzati pari a +2,9% (per un volume di 19,7 miliardi), circa un punto percentuale inferiore alla crescita del 2017 (+3,7% e 19,1 miliardi).

I settori che contribuirebbero di più a questa crescita sono:

- il ramo malattia che per il terzo anno consecutivo dovrebbe registrare un aumento significativo (+9,0%) appena inferiore a quello del 2017 (+9,5%) e del 2016 (+9,6%) e che sarà trainato dallo sviluppo del welfare aziendale volto a coprire i rischi legati alle spese mediche e interventi chirurgici, veicolate anche da imprese assicurative che vendono tramite sportelli bancari e/o postali; il volume premi di questo ramo supererebbe così i 2,8 miliardi a fine anno 2018;
- il ramo incendio che con un volume premi pari a 2,5 miliardi, dovrebbe aumentare del +2,0% rispetto al 2017. Pur trattandosi di uno sviluppo appena superiore a quello dell'anno precedente (+1,0%) è importante sottolineare come questo incremento potrebbe essere, almeno in parte, legato alla maggiore diffusione di polizze incendio con abbinata l'estensione di coperture contro le catastrofi naturali, conseguenza a sua volta degli effetti positivi legati alla Legge di bilancio 2018 che ha previsto dei benefici fiscali per l'acquisto di tali coperture.

Nel 2018 l'incidenza dei premi danni rispetto al PIL rimarrebbe invariata all'1,9%.

…in crescita i premi del settore vita (+5,5%)…

Nel settore vita si assisterebbe nel 2018 a una inversione significativa di tendenza: dopo due anni di contrazione (-3,6% nel 2017 e -11,0% nel 2016) i premi vita tornerebbero a crescere del 5,5% per un volume di oltre 104 miliardi.

…vi contribuirebbe un differente mix di prodotti venduti: in moderata crescita (+3,5%) le polizze rivalutabili, mentre aumenterebbero del 9,0% i prodotti di ramo III

All'inversione di tendenza contribuirebbe una maggiore dinamicità generalizzata riscontrabile in tutti i rami di attività; in particolare, le polizze rivalutabili (ramo I) tornerebbero a crescere sia pure in modo contenuto (+3,5% per un volume di 65 miliardi) dopo il forte arresto del 2017 (-14,7%) e quello meno accentuato del 2016 (-5,4%). Ciò potrebbe in parte dipendere dalla ripresa dei tassi di interesse dei titoli di Stato italiani che consentirebbe alle imprese di assicurazione di offrire polizze vita con maggiore garanzia nei rendimenti. Inoltre, le polizze a prevalente contenuto finanziario (ramo III – unit-linked) continuerebbero a crescere in maniera decisa (+9,0% per un volume di 34 miliardi) anche per effetto dei contributi positivi legati alla commercializzazione di polizze con investimenti in PIR e di polizze ibride – multiramo.

Il nuovo trend positivo nella vendita di polizze vita è evidente anche dall'analisi dei dati della nuova produzione vita delle polizze individuali che a fine aprile 2018 registrava un volume di nuovi premi pari a 28,8 miliardi contro i 27,7 miliardi dei primi quattro mesi del 2017 (+3,9%). L'incremento nei premi di nuova produzione vita si registrerebbe sia nelle polizze rivalutabili di ramo I (che con un volume di quasi 19 miliardi crescerebbero del +3,1%) sia nelle polizze unit-linked di ramo III che si incrementerebbero del 6,1% sfiorando i 10 miliardi di nuovi premi.

Complessivamente l'incidenza del volume dei premi contabilizzati del settore vita rispetto al PIL salirebbe dal 5,7% nel 2017 al 5,9% nel 2018.

LE ASSICURAZIONI VITA – IL PORTAFOGLIO DIRETTO ITALIANO

Cresce il reddito disponibile delle famiglie italiane in termini nominali, ma diminuisce in termini reali…

Il reddito disponibile lordo delle famiglie italiane è cresciuto in termini nominali, nel 2017, dell'1,7%, accelerando lievemente rispetto al 2016 (+1,5%). La ripresa dell'inflazione ha impedito a questa crescita di tradursi in un corrispondente aumento del potere di acquisto delle famiglie, la cui dinamica è rallentata rispetto all'anno precedente (+0,6%, +1,3% nel 2016).

…diminuisce significativamente la propensione al risparmio…

Nel 2017 la propensione al risparmio, definita come il rapporto percentuale tra il risparmio lordo al netto della variazione dei diritti sulle riserve dei fondi pensione, ha registrato una significativa riduzione, scendendo al di sotto della soglia dell'8% (8,5% nel 2016) per la prima volta dal 2012.

…e si contrae il flusso di risparmio finanziario netto

Il flusso di risparmio finanziario netto delle famiglie italiane e delle istituzioni senza scopo di lucro (da ora in poi "famiglie") è stato pari a +20,4 miliardi, in contrazione rispetto ai +25,1 miliardi nel 2016. La crescita degli afflussi lordi nei portafogli delle famiglie (+41,4 miliardi, da +37,2 miliardi nel 2016), non è stata sufficiente a compensare l'aumento registrato dai flussi di passività (+21,0 miliardi, +12,1 miliardi nel 2016).

EXECUTIVE SUMMARY

Accelerano i flussi verso i fondi comuni e, in misura minore, verso le polizze vita

È proseguita nel complesso l'attività di disinvestimento nella classe dei prodotti a reddito fisso, che è stata particolarmente intensa nei titoli obbligazionari emessi da banche italiane (-42,5 miliardi, -47,2 miliardi nel 2016), compensata tuttavia, anche se in misura ancora esigua, da un rinnovato interesse per l'investimento in titoli emessi dallo Stato (+2,6 miliardi, -8,7 miliardi nel 2016). In modo anche più marcato rispetto all'anno precedente, nel 2017, le famiglie italiane hanno drenato molte risorse dai titoli azionari (-41,3 miliardi, -15,0 nel 2016). Forti deflussi hanno interessato anche le categorie di depositi bancari diversi da quelli a vista (-13,4 miliardi, -18,7 miliardi nel 2016). Sono tornati ad accelerare i flussi destinati ai fondi di investimento comuni (+57,1 miliardi, +12,3 miliardi nel 2016), e continuano gli afflussi positivi negli investimenti in polizze vita (+25,4 miliardi) anche se minori di quelli del 2016 (+36,2 miliardi). Sono diminuiti anche gli investimenti nel resto delle attività – crediti commerciali, conti correnti Bancoposta, biglietti, monete e altre partite minori – (+13,1 miliardi, +16,2 miliardi nel 2016) e nei depositi a vista (+35,7 miliardi, +62,7 miliardi nel 2016).

Lo stock di attività finanziarie raggiunge quasi 4.500 miliardi

Alla fine del 2017 lo stock di attività finanziarie detenuto dalle famiglie italiane ammontava a 4.407 miliardi. La quota più elevata della ricchezza finanziaria delle famiglie italiane continua a essere investita in strumenti liquidi nella forma di depositi bancari (26,5%, 27,0% nel 2016), seguita da quelle investite in azioni e partecipazioni (24,1%, 23,3%) e assicurazioni, fondi pensione e accantonamenti del TFR (22,6%, 22,2%), che comprendono le riserve del ramo vita (15,4%, 14,7%); la quota di ricchezza investita in fondi comuni era del 12,2% (11,2% nel 2016).

I premi vita sono stati pari a 98,6 miliardi…

I premi del portafoglio diretto italiano, raccolti dalle 48 imprese operanti nei rami vita, sono stati pari, nel 2017, a 98,6 miliardi, in diminuzione del 3,6% rispetto all'anno precedente, quando la contrazione era stata dell'11,0%. In termini percentuali, i premi vita hanno rappresentato i tre quarti del totale (vita e danni), in diminuzione rispetto ai valori registrati nel triennio precedente.

…la raccolta netta pari a 27,5 miliardi…

Nel complesso la raccolta netta, definita come la differenza tra i premi e gli oneri relativi ai sinistri, è stata positiva e pari a 27,5 miliardi, in calo del 30,2% rispetto a quella del 2016 e ancor più rispetto ai due anni precedenti, quando già nei primi nove mesi di ciascun anno la raccolta netta si attestava sui 35 miliardi.

…le riserve matematiche sono aumentate del 6,5%…

Le riserve tecniche complessive, pari a 653,4 miliardi, sono aumentate del 6,5% rispetto al 2016, registrando una crescita media annua del 9,6% nel quinquennio 2013-2017.

…aumentano gli oneri per sinistri del 13,1%…

Gli oneri relativi ai sinistri, definiti come le somme pagate e la variazione delle riserve per somme da pagare al netto dei recuperi, pari nel 2017 a 71,1 miliardi, sono aumentati del 13,1% rispetto al 2016, per effetto essenzialmente di un aumento degli importi riscattati o disinvestiti che rappresentano il 62% del totale delle uscite.

EXECUTIVE SUMMARY

…diminuiscono le spese di gestione del 2,0%…

Le spese di gestione, che comprendono, oltre agli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi e per l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva, anche le spese di amministrazione, sono state pari a 3,9 miliardi (di cui il 75% relativo ai rami I e V, il 23% al ramo III e il 2% agli altri rami vita), in diminuzione del 2,0% rispetto all'anno precedente.

…il risultato degli investimenti è stato pari a 18,2 miliardi…

Il risultato degli investimenti è stato pari a 18,2 miliardi, in aumento sia rispetto al 2016 (+9,4%) sia rispetto al 2015 (+13,7%), ma in calo dell'11,8% rispetto al 2014.

…il risultato del conto tecnico è stato pari a 2,9 miliardi…

Il risultato del conto tecnico è stato positivo e pari a 2,9 miliardi, in calo del 12,2% rispetto al 2016, ma in aumento rispetto ai valori realizzati nel biennio 2014-2015, inferiori entrambi ai 2,4 miliardi.

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è ammontato a 289 milioni (stesso importo del 2016).

…e il risultato del conto tecnico complessivo positivo per 3,2 miliardi

Tenuto conto del saldo della riassicurazione passiva, il risultato complessivo del conto tecnico è stato positivo per 3,2 miliardi, in diminuzione dell'11,3% rispetto al 2016; si è così ridotta la relativa incidenza sia sui premi (dal 3,5% nel 2016 al 3,2% nel 2017) sia sulle riserve tecniche (dallo 0,61% allo 0,50%).

Rendimento delle gestioni separate: 3,0%

Nel 2017 il rendimento medio delle gestioni separate è stato pari al 3,0%. Nell'ultimo quinquennio, in particolare, esso è risultato pari al 3,5%, a fronte dell'1,8% registrato dai titoli di Stato e della rivalutazione del TFR e dello 0,5% dell'inflazione.

Gli aderenti alle forme pensionistiche integrative sono quasi 7,6 milioni, quasi il 30% della forza lavoro

L'andamento delle adesioni alle forme pensionistiche complementari conferma il graduale ritmo di crescita già osservato negli ultimi anni (+6,6% rispetto al 2016). Nel complesso, il numero degli aderenti ha raggiunto i 7,6 milioni, pari al 29,3% della forza lavoro.

Il Rapporto dà conto dei principali contenuti del Provvedimento IVASS sull'ammodernamento dei prodotti di risparmio assicurativo nel rispetto della tutela degli assicurati

A seguito di un articolato confronto tra ANIA e IVASS, con il provvedimento n. 68 del 14 febbraio 2018 l'Istituto ha adottato nuove norme per ammodernare i prodotti di risparmio assicurativo nel rispetto della tutela degli assicurati. Le principali novità sono caratterizzate dall'introduzione del "Fondo utili", praticabile esclusivamente per i nuovi contratti, anche se collegati a gestioni separate esistenti, e da nuove disposizioni sul trattamento degli strumenti derivati.

La raccolta complessiva dei PIR è stata pari a quasi

La raccolta complessiva di PIR finanziari e assicurativi nel 2017 ha raggiunto i 12,6 miliardi, oltrepassando di gran lunga le attese. L'87% della raccolta è stata effettuata

13 miliardi; l'87% della raccolta riguarda prodotti finanziari, il restante 13% prodotti assicurativi

mediante prodotti finanziari, il restante 13% tramite prodotti assicurativi. Nel dettaglio, dalla seconda metà del 2017 i PIR assicurativi sono entrati a far parte della gamma di prodotti di un numero significativo di imprese assicuratrici; la forma contrattuale prevalente è risultata quella di tipo unit-linked (75% circa dei premi) mentre la restante quota è stata sottoscritta tramite prodotti multiramo.

Un approfondimento è dedicato alle "linee guida" del MEF per l'applicazione della normativa sui PIR

Il 4 ottobre 2017 sono state pubblicate dal Dipartimento delle Finanze del MEF le "linee guida" per l'applicazione della normativa sui piani di risparmio a lungo termine (PIR).

LE ASSICURAZIONI DANNI – IL PORTAFOGLIO DIRETTO ITALIANO

I premi danni sono stati pari a 32,3 miliardi…

Nel 2017 la raccolta premi dei rami danni è stata pari a 32,3 miliardi (+1,2% rispetto al 2016). L'incidenza dei rami danni sul totale dei premi è aumentata dal 23,8% al 24,7%, anche per effetto della diminuzione registrata dai premi vita.

…il combined ratio è leggermente peggiorato e il risultato del conto tecnico complessivo è pari a 3,0 miliardi

Il combined ratio di esercizio è risultato in lieve peggioramento (91,2% contro 90,3% del 2016): a un lieve aumento dell'expense ratio si è aggiunto infatti un peggioramento del loss ratio d'esercizio. Il risultato del conto tecnico complessivo è risultato pari a 3,0 miliardi, in lieve aumento rispetto al 2016.

Nel Rapporto si dà conto dell'andamento della r.c. sanitaria…

Il Rapporto presenta un approfondimento sulle coperture assicurative relative alla responsabilità civile delle strutture sanitarie e alla responsabilità civile dei professionisti sanitari. Nel 2017 il rapporto medio dei sinistri a premi del totale settore per le varie generazioni di sinistri è risultato sempre superiore o prossimo al 100% (nel 2013 si è osservato il massimo pari al 127%). Sono in particolare le coperture delle strutture sanitarie a presentare i valori più elevati e a influenzare l'andamento complessivo del settore.

…delle polizze incendio con un focus sull'estensione delle coperture assicurative contro le calamità naturali…

Il Rapporto dà conto della statistica ANIA sul numero delle polizze e l'esposizione delle abitazioni civili italiane assicurate per il rischio incendio, con un focus specifico sull'estensione delle coperture assicurative contro le calamità naturali. Al 31 marzo 2018 il numero complessivo di polizze attive era pari a 9,1 milioni, in aumento del 4,6% rispetto a quanto rilevato a settembre 2016. A fronte di queste polizze risultavano somme assicurate pari a 3.374 miliardi.

Tenuto conto del contributo delle polizze sul fabbricato risulta quindi che il 42,8% del totale delle abitazioni aveva in media una copertura assicurativa contro l'incendio (era il 42,2% nel 2016).

Di queste, solo il 6,8% prevedeva l'estensione per le catastrofi naturali, percentuale in crescita rispetto a settembre del 2016, quando era pari a 5,1%. Ma se limitiamo l'osservazione alle sole polizze che sono state sottoscritte nei primi tre mesi del 2018, si osserva che tale percentuale sale fino a oltre il 10%. Benché sia un periodo di osservazione ancora limitato, sembrerebbe che le agevolazioni fiscali previste dalla Legge di bilancio 2018 abbiano cominciato a produrre degli effetti positivi.

…nonché di altri approfondimenti

In questo capitolo sono presenti inoltre approfondimenti sui seguenti temi:

- la diffusione delle polizze sanitarie e danni non auto tra le famiglie italiane nel 2016;
- l'andamento delle catastrofi naturali sul territorio italiano: gli eventi del 2017 e una prima stima dell'attuale esposizione del mercato assicurativo;
- l'indagine ANIA sulle coperture contro il rischio cyber condotta con l'obiettivo di raccogliere informazioni dal lato dell'offerta e dal lato della domanda;
- le disposizioni di interesse assicurativo contenute nella legge "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (legge Gelli e decreti attuativi);
- le garanzie offerte dai rami malattia e infortuni;
- i risultati della statistica infortuni;
- le novità della Legge di bilancio in tema di polizze catastrofali;
- le nuove norme sulle polizze professionisti;
- le nuove disposizioni sugli appalti pubblici;
- le nuove disposizioni relative alla gestione del rischio in agricoltura;
- la riforma del Codice della nautica da diporto.

L'ASSICURAZIONE R.C. AUTO

Nel 2017 i premi contabilizzati r.c. auto diminuiscono del 2,2% mentre quelli di competenza del 3,2%…

Nel 2017 per il ramo r.c. auto si è registrata una diminuzione del volume premi pari al 2,2%, mentre i premi di competenza sono diminuiti del 3,2%. L'onere per sinistri è diminuito del 3,5% e ciò ha determinato un lieve miglioramento del combined ratio, che passa dal 97,6% del 2016 al 97,1% del 2017. L'apporto positivo della componente finanziaria legata agli utili da investimenti, in lieve aumento rispetto al 2016, e uno smobilizzo particolarmente positivo delle riserve accantonate per i sinistri accaduti in anni precedenti hanno contribuito a un risultato tecnico positivo e in linea con l'anno precedente. Si conferma positivo anche il risultato tecnico del ramo corpi veicoli terrestri pari a 187 milioni.

…aumenta lievemente il numero di veicoli assicurati…

I veicoli assicurati nel 2017 risultano in aumento dello 0,4%, (circa 38,8 milioni); tale valore è riferito alle sole imprese italiane e alle rappresentanze di imprese con sede in paesi non appartenenti allo Spazio Economico Europeo; considerando anche tutte

le altre tipologie di imprese operanti in Italia, l'aumento dei veicoli assicurati (circa 41 milioni) si fermerebbe allo 0,2%.

…il premio medio r.c. auto si riduce del 2,5% e diminuisce anche il divario tra i premi italiani e quelli degli altri paesi europei, arrivando a 78 euro

Nel 2017 si è ancora registrata una riduzione del premio medio (-2,5%), anche se in misura più contenuta rispetto ai quattro anni precedenti (-5,9% nel 2016, -6,7% nel 2015, -7,0% nel 2014 e -4,6% nel 2013). La riduzione registrata nel 2017 è confermata anche dall'indagine sui prezzi effettivi pagati nella r.c. auto avviata da IVASS, da cui si desume che il prezzo della copertura r.c. auto delle sole autovetture (ottenuto come media dei valori rilevati nei quattro trimestri dell'anno) era diminuito dell'1,8% rispetto allo stesso periodo del 2016. Sulla base della stessa rilevazione, si stima che il prezzo della copertura r.c. auto per le sole autovetture è passato da 567 euro di marzo 2012 a 417 euro di dicembre 2017, con una riduzione del 26,5%. Per questa ragione è diminuito ulteriormente il divario tra i premi medi italiani e quelli degli altri principali paesi. Se infatti, come ha rilevato lo studio condotto nel 2014 da Boston Consulting Group sui prezzi r.c. auto in Europa, le polizze italiane nella media degli anni 2008-2012 erano più costose di 213 euro rispetto alla media di Germania, Francia, Spagna e Regno Unito, nel 2015 la stessa società di consulenza rilevava che il divario si era ridotto a 138 euro; ANIA, sulla base degli andamenti dell'indice dei prezzi r.c. auto pubblicati da Eurostat, ha stimato che tale divario si è ulteriormente assottigliato ed è pari a 78 euro nel 2017.

Nel 2017 è stabile il numero di sinistri e diminuisce lievemente la frequenza sinistri (-0,3%)…

Il numero totale dei sinistri accaduti e denunciati con seguito (che hanno dato luogo a un risarcimento nel corso dell'anno o lo daranno in futuro) è stato pari a 2,2 milioni nel 2017, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente. La frequenza sinistri, definita come il rapporto tra tutti i sinistri e i veicoli esposti al rischio di sinistro (misurati in base ai giorni di esposizione in un anno, cosiddetti veicoli-anno), è lievemente diminuita dal 5,65% nel 2016 al 5,63% nel 2017, con una riduzione dello 0,3%. Considerando anche la stima dei sinistri che verranno denunciati tardivamente (i cosiddetti sinistri IBNR), la frequenza sinistri nel 2017 è stata pari al 6,16% (6,20% nel 2016).

…per effetto di fattori di natura congiunturale…

Per avere un'evidenza statistica dei fattori che potrebbero aver contribuito all'evoluzione della frequenza sinistri negli ultimi anni, nel Rapporto sono stati messi a confronto, a livello trimestrale per gli anni dal 2008 fino a marzo 2018, l'evoluzione dei prezzi medi e del consumo del carburante con l'andamento dell'indicatore tecnico. Dal 2009 al 2014 il prezzo medio del carburante è risultato nei vari anni in crescita o stabile e questo deve aver determinato una diminuzione nei consumi e disincentivato l'utilizzo dei veicoli con una conseguente riduzione dell'incidentalità. Dal 2015 invece il prezzo medio del carburante è diminuito notevolmente e questo avrebbe avuto l'effetto opposto sull'utilizzo dei veicoli che hanno aumentato la circolazione e, quindi, anche sull'incidentalità stradale; nello stesso periodo si osserva infatti una crescita della frequenza sinistri. Questa tendenza si ritrova, in modo più attenuato, anche nei consumi di carburante, che nel 2015 e nel 2016 sono in lieve crescita rispetto al 2014 (mediamente dell'1%). Nel 2017 si assiste alla ripresa del prezzo medio del carburante, in aumento del 7% rispetto all'anno precedente, tendenza confermata anche nel primo trimestre del 2018.

EXECUTIVE SUMMARY

…la stabilità del numero dei sinistri si associa con una riduzione del costo medio dei sinistri di competenza (-2,2%)…

Il costo dei sinistri di competenza, definito come la somma degli importi pagati e riservati per i sinistri accaduti nell'esercizio di bilancio, è stato pari a 10,8 miliardi, in diminuzione rispetto a quanto rilevato nel 2016 (-2,4%). Tenuto conto dell'andamento del numero dei sinistri complessivi (comprensivo della stima dei sinistri accaduti nel 2017 ma non ancora denunciati, sinistri IBNR), il costo medio dei sinistri di competenza è stato pari a 4.498 euro, contro i 4.597 nel 2016 (-2,2%). Se invece si escludono dal numero e dal costo dei sinistri quelli IBNR oltre che il contributo al Fondo di Garanzia Vittime della Strada e altre partite residuali, il costo medio dei sinistri avvenuti nel 2017 è stato pari a 4.319 euro (4.374 nel 2016).

…gli oneri per sinistri diminuiscono rispetto al 2016…

Gli oneri per sinistri, che includono oltre al costo dei sinistri di competenza anche l'eventuale sufficienza/insufficienza degli importi riservati dei sinistri accaduti in anni precedenti, sono stati pari a 10,0 miliardi (10,4 nel 2016). È proprio lo smobilizzo positivo delle riserve accantonate per i sinistri accaduti in anni precedenti (pari a 707 milioni) a determinare la differenza con il costo dei sinistri di competenza.

…il loss ratio migliora lievemente per effetto della maggiore diminuzione degli oneri complessivi rispetto ai premi di competenza…

Per effetto della diminuzione dei premi di competenza e della maggiore diminuzione nel 2017 degli oneri complessivi (-3,5%), si è registrato un lieve miglioramento del loss ratio che è sceso dal 76,1% del 2016 al 75,9% del 2017.

…in lieve diminuzione l'incidenza delle spese sui premi…

Le spese di gestione sono state pari a 2,8 miliardi (2,9 nel 2016) e comprendono le spese di amministrazione attinenti alla gestione tecnica e gli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi e per l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva. Dal momento che le spese sono diminuite in valore percentuale più dei premi, la loro incidenza su questi ultimi è risultata in lieve diminuzione rispetto al 2016 (da 21,4% a 21,2%); in particolare è rimasta stabile l'incidenza delle altre spese di amministrazione (5,5%), mentre l'incidenza delle provvigioni e delle altre spese di acquisizione è diminuita passando rispettivamente da 11,2% nel 2016 a 11,0% nel 2017 e da 4,7% a 4,6%.

…e il risultato del conto tecnico complessivo si conferma positivo

La variazione di tutte le componenti sopra citate ha determinato una compensazione tra uscite ed entrate di bilancio generando un saldo tecnico positivo e pari a 207 milioni in linea con il 2016 (196 milioni). Considerati gli utili degli investimenti (pari a 531 milioni, in lieve aumento rispetto ai 500 milioni del 2016), il risultato del conto tecnico è stato pari a 738 milioni (era pari a 696 milioni nel 2016). Tenuto conto del saldo della riassicurazione negativo per 37 milioni nel 2016, il risultato complessivo del conto tecnico è stato positivo per 702 milioni in lieve aumento rispetto al 2016 quando era pari a 680.

Il Rapporto presenta approfondimenti riguardo: il fenomeno dei furti di autovetture e i risultati della

In una specifica sezione del Rapporto si illustrano i dati diffusi dal Ministero dell'Interno riguardanti i furti di autovetture registrati in Italia nel 2017 (anche se non

statistica associativa del ramo corpi veicoli terrestri…

ancora consolidati) ed è stato effettuato un confronto con quelli degli anni 2016 e 2015. Sono stati inoltre presentati i risultati aggiornati al 2017 della statistica associativa che monitora gli andamenti tecnici e la diffusione delle garanzie incendio e furto all'interno del ramo corpi veicoli terrestri.

…un'analisi territoriale del margine tecnico di sottoscrizione…

Nel Rapporto si riportano i risultati di un'analisi territoriale per l'anno 2017 del margine tecnico di sottoscrizione del ramo r.c. auto, ovvero è stato confrontato, per le principali città italiane, il premio medio pagato effettivamente dagli assicurati con quanto viene corrisposto dalle imprese assicurative in termini di sinistri e costi amministrativi e di distribuzione per unità di polizza, senza tener conto del margine finanziario.

…l'incidenza del numero e del costo del danno alla persona sul totale dei risarcimenti…

Il Rapporto dedica ampio spazio all'analisi del costo dei danni alla persona nell'ambito dei sinistri r.c. auto, che incide per il 63,9% sul costo totale dei risarcimenti, per un importo complessivo di 6,9 miliardi nel 2017. In particolare, 2,2 miliardi sono risarciti per invalidità permanenti comprese tra uno e nove punti, mentre 4,7 miliardi sono risarciti per morti o per invalidità superiori. Nel 2017 l'incidenza dei sinistri che presentavano almeno un danno alla persona è risultata in lieve riduzione rispetto al 2016, con un valore stimato pari al 17,2%. Al fine di analizzare le dinamiche delle diverse componenti del danno alla persona, è stata effettuata un'analisi dell'evoluzione che tali voci hanno avuto nel periodo dal 2009 al 2017. L'approfondimento ha evidenziato che si è arrestato l'effetto della legge n. 27 del 24 marzo 2012 (cosiddetto decreto "liberalizzazioni"), che ha modificato i presupposti per il risarcimento dei danni lievi alla persona. Invariata invece la frequenza per i danni gravi alla persona e per i danni mortali.

…la diffusione dei sinistri a rischio frode e la stima dei veicoli non assicurati…

Nel Rapporto si dà evidenza dei principali risultati contenuti nella relazione di IVASS per gli anni 2016 e 2017 riguardanti i sinistri esposti al rischio di frode. L'incidenza media a livello nazionale dei sinistri esposti al rischio di frode sul totale dei sinistri denunciati è stata pari nel 2017 al 22,4%, in diminuzione rispetto al 23,5% del 2016, ma si registra una forte variabilità dell'indicatore a livello territoriale. Sulla base degli *open data* della Motorizzazione Civile che a sua volta detiene dati del Pubblico Registro Automobilistico, effettuando un'operazione di scrematura e pulizia dei dati, è stata inoltre effettuata una stima dei veicoli circolanti sprovvisti di copertura assicurativa, pari a 2,8 milioni, ossia il 6,3% del totale dei veicoli circolanti.

…il calcolo dei forfait per il 2018 del sistema CARD…

Un paragrafo è dedicato alle modalità di calcolo dei forfait per il 2018. In particolare per le aree geografiche con coefficiente 1, il forfait CARD-CID per i ciclomotori e motocicli è pari a 3.345 euro, mentre quello per gli altri veicoli a 1.810 euro.

…il provvedimento n. 71 in materia di attestato di rischio dinamico e il provvedimento n. 72/2018…

Si informa che, a seguito del termine dei lavori del Tavolo tecnico istituzionale con ANIA e le imprese assicuratrici richiesto da IVASS, l'Autorità di vigilanza ha emanato il provvedimento n. 71 in materia di attestato di rischio dinamico (riguardante le modifiche al regolamento IVASS n. 9/2015 e al provvedimento IVASS n. 35/2015) e il provvedimento n. 72/2018 recante i criteri di individuazione e le regole evolutive

della classe di merito di conversione universale (CU), di cui all'art. 3 del regolamento IVASS n. 9/2015. I due provvedimenti si collocano nel quadro degli interventi migliorativi degli attestati di rischio.

…lo stato di avanzamento dell'attività associativa in ambito nazionale e internazionale…

Nel Rapporto si dà evidenza dell'attività associativa internazionale riguardante i progetti su auto e tecnologia, nonché delle iniziative nazionali mirate a favorire l'implementazione dell'auto connessa e a guida autonoma attraverso una regolamentazione efficace.

…le Smart Roads, i veicoli connessi e autonomi e le nuove forme di mobilità connessa e condivisa…

Nel Rapporto si informa di alcuni approfondimenti effettuati dal servizio Auto e CARD e dal Servizio Legale Assicurativo ANIA in merito alle Smart Roads, ai veicoli connessi e autonomi e alle nuove forme di mobilità connessa e condivisa. I lavori sono stati portati avanti al fine di evidenziare le grandi potenzialità che l'innovazione in tema di mobilità comporta per gli assicuratori, ma anche per delineare le criticità e le diverse problematiche relative a tali materie.

…la Legge per il mercato e la concorrenza n. 124/2017

Nel Rapporto si informa delle novità introdotte, relativamente agli obblighi informativi degli intermediari, con l'articolo 132-*bis* inserito nel Codice delle assicurazioni – CAP dalla Legge per il mercato e la concorrenza n. 124/2017.

Il Rapporto include un capitolo specifico per:

In uno specifico capitolo, si illustrano le numerose iniziative intraprese dalla Fondazione ANIA, dal Forum ANIA-Consumatori e da ANIA Servizi.

Tra le loro numerose iniziative:

…le iniziative della Fondazione ANIA…

Nel 2017 la missione della Fondazione ANIA è stata ampliata, non limitando più il raggio d'azione alla sicurezza stradale ma allargandolo alla protezione delle famiglie e delle imprese del nostro Paese.

Tra le attività a favore della sicurezza stradale realizzate nel 2017, si ricorda il progetto "Adotta una strada" basato sulla prevenzione attraverso l'incremento dei controlli su strada. In particolare, questo ha consentito il potenziamento dei controlli su alcune strade statali nell'arco temporale di due mesi consentendo una sensibile diminuzione della sinistralità sulle strade interessate, un'efficace attività di sensibilizzazione e un miglioramento dell'immagine del settore assicurativo che contribuisce all'informazione e alla diffusione di comportamenti responsabili alla guida.

Nel 2017 è proseguito il progetto ANIA Cares che offre supporto psicologico ai familiari delle vittime della strada. In particolare il 31 dicembre 2017 si è completato il triennio di sperimentazione con il raggiungimento di molteplici obiettivi. Dati i positivi risultati, la Polizia stradale ha reso obbligatorie le richieste di intervento ANIA Cares per gli incidenti con persone decedute o macrolese, attivando una procedura con una Processing card a bordo di ogni pattuglia delle città pilota. Dal 2016 ANIA Cares è stato arricchito da un'ulteriore componente: il recupero motorio dei macrolesi.

EXECUTIVE SUMMARY

… del Forum ANIA-Consumatori…

Nel 2017 il Forum ANIA-Consumatori ha finalizzato il programma "Gli scenari del welfare" nato con l'obiettivo di valorizzare le *Proposte per un welfare equo e sostenibile* che mirano a promuovere trasparenza, equità, efficienza e affidabilità del sistema italiano di welfare. Le presentazioni dei risultati delle iniziative hanno visto anche il coinvolgimento di personalità delle istituzioni, del mondo accademico e sociale. Inoltre, hanno raccolto grande interesse da parte della stampa e dell'opinione pubblica.

In tema di cultura assicurativa, il Forum ANIA-Consumatori ha presentato la quarta pubblicazione della collana di guide "L'assicurazione in chiaro" dedicata alle polizze casa e famiglia. Inoltre, ha sviluppato ulteriormente le iniziative culturali "Gran Premio della Matematica Applicata" e "Io e i rischi", programma finalizzato a diffondere la cultura assicurativa nelle scuole e nelle famiglie italiane. In pochi anni di attività, queste iniziative hanno coinvolto oltre 110.000 studenti provenienti da scuole di ogni regione italiana.

Con l'obiettivo di approfondire il tema della relazione cliente/impresa, di seguirne l'evoluzione nel tempo e di consentire alle singole compagnie analisi di posizionamento e benchmarking con le medie di mercato, ANIA conduce periodiche rilevazioni sulla soddisfazione degli assicurati. Per quanto concerne la customer satisfaction, il monitoraggio del 2017 rileva livelli elevati di soddisfazione complessiva. L'Osservatorio ha, inoltre, dedicato uno specifico focus qualitativo ai millennials, con l'obiettivo di evidenziare tendenze e atteggiamenti di questa componente del mercato destinata ad acquisire sempre maggiore centralità.

…e di ANIA Servizi

Nel 2017 è stata costituita ANIA Servizi S.r.l. che ha svolto diverse attività, proposte alle imprese di assicurazione e che prevedono una loro adesione volontaria, in diversi ambiti di applicazione dei processi aziendali.

Le aree di sviluppo su cui ANIA Servizi ha lavorato sono state: "Data Driven", "ANIA Broker", "Cyber Security".

L'area principale, quella dei Servizi "Data Driven", ha avuto come output "Mappa Italia 1.0" e "Accesso al sistema di informazioni creditizie (SIC) Eurisc".

IL QUADRO NORMATIVO

Il Rapporto riferisce: sulla Brexit e gli ultimi sviluppi…

Il 29 marzo 2017 il Regno Unito ha presentato la formale richiesta di uscire dall'Unione Europea invocando l'art. 50 del Trattato sull'Unione Europea. Le prime due fasi previste dall'articolo, di notifica dell'intenzione di recedere e di definizione del mandato alla Commissione a negoziare l'accordo, sono già compiute; le fasi di svolgimento dei negoziati e approvazione dell'accordo, dovranno terminare entro il 29 marzo 2019. Il ritiro della Gran Bretagna avrà effetti anche per il settore privato; in particolare, il settore assicurativo ha individuato tre problematiche che sono state portate all'attenzione delle Autorità con la richiesta di trovare una soluzione.

EXECUTIVE SUMMARY

…sul Piano di azione della Commissione europea su FinTech…

La Commissione europea ha presentato, l'8 marzo scorso, il Piano di azione su come sfruttare le opportunità offerte dall'innovazione nei servizi finanziari resa possibile dalla tecnologia (*FinTech*). Il Piano intende consentire al settore finanziario di sfruttare il rapido sviluppo delle nuove tecnologie e al tempo stesso mira a rendere i mercati più sicuri e di più facile accesso per i nuovi operatori.

…sul Final Report dell'High Level Expert Group e sul Piano di azione della Commissione europea sulla finanza sostenibile e l'economia circolare…

Lo scorso 31 gennaio è stato pubblicato il *Final Report* dell'*High Level Expert Group* (HLEG), istituito dalla Commissione europea per definire una tabella di marcia da implementare a livello paneuropeo per orientare il flusso di capitali verso gli investimenti sostenibili e identificare i passi che le istituzioni finanziarie e le Autorità di vigilanza dovrebbero adottare per rafforzare il ruolo della finanza nella realizzazione di un'economia efficiente che consegua anche obiettivi ambientali e sociali. Sulla base delle indicazioni dell'HLEG, la Commissione europea il 22 marzo 2018 ha presentato a Bruxelles il proprio Piano d'azione sulla finanza sostenibile.

…sulla proposta di regolamento sul prodotto pensionistico paneuropeo…

Il 29 giugno 2017, la Commissione europea ha pubblicato la proposta di regolamento relativa ai prodotti pensionistici individuali paneuropei (PEPP) che mira, da un lato, a mettere a disposizione dei fornitori di pensioni gli strumenti per proporre un prodotto pensionistico volontario e, dall'altro, a offrire ai risparmiatori maggiori possibilità di scelta e prodotti più competitivi.

…sulla quinta Direttiva antiriciclaggio…

Il 14 maggio 2018 il Consiglio dell'Unione Europea ha adottato la quinta Direttiva antiriciclaggio. La nuova normativa, che ha modificato la precedente quarta direttiva 2015/849, fa parte del più ampio piano d'azione avviato dopo l'ondata di attacchi terroristici del 2016 in Europa e mira a rafforzare le regole comunitarie al fine di prevenire il riciclaggio del denaro e il finanziamento del terrorismo.

…sulla proposta della Commissione europea di regolamento sulla revisione delle Autorità europee di vigilanza…

La Commissione europea ha pubblicato la proposta di regolamento sulla revisione delle Autorità europee di vigilanza (ESAs). Inoltre, ha proposto modifiche sull'ESRB (*European Systemic Risk Board*), che monitora i rischi per la stabilità finanziaria (vigilanza macroprudenziale). La nuova proposta ha come obiettivo una vigilanza europea più coordinata e integrata, in particolare per sviluppare un mercato europeo dei capitali. La proposta riguarda le aree relative a compiti e poteri, governance e finanziamento delle Autorità.

…sulle misure di secondo livello relative alla protezione dei dati personali: attuazione del regolamento comunitario GDPR…

A partire dal 25 maggio 2018 è diventato efficace il regolamento in materia di protezione dei dati personali relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati (GDPR). Il Gruppo dei Garanti UE (WP 29) ha predisposto e pubblicato una serie di linee guida mirate a dare indicazioni agli operatori su come applicare il GDPR sui diversi temi, alcuni dei quali di assoluta novità rispetto alla disciplina previgente.

EXECUTIVE SUMMARY

…su IFRS 9: nuovo provvedimento IVASS che modifica il regolamento n. 7/2007…

Il 1° marzo 2018, IVASS ha avviato una pubblica consultazione su alcune proposte di modifica al regolamento ISVAP n. 7, del 13 luglio 2007, concernente gli schemi per il bilancio delle imprese di assicurazione e di riassicurazione tenute all'adozione dei principi contabili internazionali. A seguito della fase di pubblica consultazione l'Autorità, lo scorso 8 maggio, ha pubblicato il provvedimento n. 74 di modifica al regolamento ISVAP n.7/2007.

…sullo schema di Regolamento IVASS in materia di revisione esterna dell'informativa al pubblico prevista dal regime Solvency II…

Il 19 dicembre 2017 IVASS ha posto in pubblica consultazione uno schema di Regolamento recante disposizioni in materia di revisione esterna dell'informativa al pubblico prevista nel regime di Solvency II, ovvero la Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria (*Solvency and Financial Condition Report* – SFCR).

…sull'iniziativa ANIA sui bilanci Solvency II…

ANIA ha condotto un'analisi di tutti i bilanci Solvency pubblicati in Italia e di un campione significativo composto dai principali 40 gruppi europei (di cui 5 italiani), esaminando sia i profili quantitativi sia quelli qualitativi; dallo studio è emerso che il Solvency ratio delle imprese assicurative italiane è stato, al 31 dicembre 2016, pari al 217% ed è risultato mediamente maggiore per le imprese miste (227%) rispetto a quelle vita (206%) e danni (165%). I dati italiani sono risultati superiori a quanto, in media, hanno mostrato le compagnie inglesi (151%), olandesi (177%), belghe (176%) e sostanzialmente simili a quelli di Francia e Spagna.

…sui pareri tecnici che EIOPA ha sottoposto alla Commissione in merito alla revisione della formula standard…

Nell'ambito della prima revisione di Solvency II, da effettuare entro il 2018, EIOPA ha sottoposto il proprio parere tecnico alla Commissione europea su ventisette temi rilevanti: sette rientranti nel primo parere, pubblicato il 30 ottobre 2017 e venti rientranti nel secondo parere, pubblicato il 28 febbraio 2018. Per quanto concerne la revisione complessiva della Direttiva, prevista entro il 2020, oggetto di approfondimenti ed eventuali modifiche saranno le misure anticicliche applicabili ai prodotti con garanzie di lungo termine e le misure sul rischio azionario.

…sullo Stress Test 2018 basato sul framework Solvency II…

Lo scorso 14 maggio EIOPA ha avviato lo Stress Test 2018 finalizzato a valutare la vulnerabilità del settore assicurativo rispetto a tre scenari avversi: due combinano rischi di mercato e rischi assicurativi e uno è relativo al rischio catastrofale. Tra i 42 gruppi assicurativi europei coinvolti nell'esercizio, quattro sono quelli italiani: Assicurazioni Generali, Unipol Gruppo Finanziario, Intesa Sanpaolo Vita, Poste Vita.

…sul parere della Corte di Giustizia sull'applicabilità dell'esenzione IVA alle prestazioni di servizi rese da consorzi istituiti tra entità che svolgono attività esenti o prive di soggettività passiva ai fini dell'imposta…

Il 21 settembre 2017 la Corte di Giustizia dell'Unione Europea è intervenuta in merito all'esenzione prevista ai fini IVA in favore delle prestazioni di servizi effettuate da consorzi istituiti tra entità che svolgono attività esenti o prive di soggettività passiva ai fini dell'imposta, per delineare gli esatti confini della nozione di "attività di pubblico interesse", della Direttiva IVA (n. 2006/112/CE). In tali pronunce i giudici comunitari hanno negato il carattere di attività di pubblico interesse relativamente alle attività di tipo assicurativo e bancario, con conseguente inapplicabilità dell'esenzione IVA alle prestazioni di servizi rese dai consorzi ai rispettivi membri esercenti tali tipologie di attività.

EXECUTIVE SUMMARY

…sull'integrazione della normativa in materia di Gruppo IVA…

La normativa in materia di Gruppo Iva introdotta dalla Legge di bilancio dello scorso anno (n. 232 del 2016), è stata integrata dalla legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Legge di bilancio 2018): in particolare, sono stati aggiunti al testo dell'articolo 70-*quinquies* del DPR n. 633 del 1972 i commi da 4-*bis* a 4-*sexies* al fine di dare esecuzione nell'ordinamento domestico alla sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea 17 settembre 2014 pronunciata nella causa C-7/13 – *Skandia American Corporation.*

…sulle agevolazioni fiscali e su ulteriori novità introdotte dalla Legge di bilancio…

Nella Legge di bilancio 2018 (n. 205 del 2017) sono state introdotte, con i commi 768 e 769 dell'articolo 1, due agevolazioni fiscali, da tempo fortemente auspicate dall'Associazione, finalizzate a stimolare il ricorso a coperture assicurative contro il rischio di eventi calamitosi su immobili adibiti a uso abitativo:

- l'esonero dall'imposta sui premi di cui alla legge n. 1261 del 1961;
- la detraibilità (nella misura del 19%) dei premi dall'IRPEF, senza limiti di importo.

La Legge di bilancio 2018 ha modificato l'articolo 9, comma 1-*bis*, della legge n. 1216 del 1961 per disporre una nuova tempistica, nonché la rimodulazione progressiva della percentuale per il versamento a titolo di acconto dell'imposta sui premi di assicurazione.

…sulle linee guida in tema di semplificazione dei contratti di assicurazione redatte dal Tavolo di lavoro coordinato da ANIA…

Nell'ottobre del 2016 IVASS ha chiesto agli assicuratori, agli intermediari e ai consumatori di confrontarsi e individuare eventuali punti di convergenza in merito alla semplificazione dei contratti di assicurazione. ANIA ha assunto la funzione di coordinamento di un apposito Tavolo di lavoro con la partecipazione degli altri stakeholder. Il Tavolo di lavoro è giunto alla redazione di un documento finale condiviso che contiene linee guida relative alla struttura e al linguaggio dei contratti. IVASS ha dichiarato di aver apprezzato i risultati raggiunti dalle associazioni di categoria interessate e di ritenere importante che le imprese assicuratrici aderiscano alle linee guida. Successivamente l'Autorità ha emanato due Lettere al mercato sul tema.

…sull'attuazione della direttiva europea NIS in materia di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi…

Il Consiglio dei Ministri, lo scorso 16 maggio 2018, ha approvato il decreto legislativo attuativo della direttiva 2016/1148 sulla sicurezza delle reti e dei sistemi informativi (direttiva NIS), che per la prima volta affronta in modo organico e trasversale il tema della *cyber security*, mirando a rafforzare la resilienza delle reti e dei sistemi stessi e la cooperazione europea sul tema.

…sulle disposizioni in materia di equo compenso per le prestazioni professionali degli avvocati

La fattispecie dell'equo compenso, disciplinata dall'art. 13 *bis* della legge n. 247/2012 (legge professionale forense) e introdotta inizialmente solo per gli avvocati, è stata estesa, in quanto compatibile, anche alle prestazioni degli altri professionisti di cui all'art. 1 della legge n. 81/2017 (legge a tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale, comprendendo gli iscritti a ordini e collegi).

1

L'EVOLUZIONE DELLA CONGIUNTURA ECONOMICA

LA CONGIUNTURA ECONOMICA INTERNAZIONALE

Dopo la lieve flessione registrata l'anno precedente, nel 2017 l'economia mondiale è tornata ad accelerare, confermando i segnali positivi provenienti dall'andamento delle principali variabili anticipatrici del ciclo macroeconomico osservato alla fine del 2016. Secondo le stime del Fondo Monetario Internazionale l'economia mondiale si è espansa del 3,8% nel 2017 (+3,2% nel 2016), la variazione più alta dal 2011.

La dinamica dell'output globale è stata favorita dall'interazione di una serie di condizioni favorevoli. Il volume dei flussi commerciali all'interno e tra i diversi raggruppamenti di paesi è cresciuto del 4,9% (+2,3% nel 2016), il tasso più elevato dal 2011. L'andamento dei prezzi delle materie prime, in rialzo dopo diversi trimestri di rallentamento, e l'accelerazione dei prezzi al consumo sia nei paesi industrializzati (+1,6%, +0,6%) sia in quelli emergenti (+3,3%, +2,7%) confermano il consolidamento della ripresa dell'attività economica a livello globale, in un contesto di progressivo allineamento dei cicli economici dei diversi aggregati di paesi.

Le economie avanzate, il cui PIL è accelerato di 0,5 punti percentuali (+2,3%, +1,8% nel 2016), hanno beneficiato del consistente miglioramento del clima di fiducia di imprese e consumatori che ha conferito vigore alla dinamica delle componenti private della domanda, interne ed esterne. I maggiori contributi alla crescita nel blocco dei paesi industrializzati sono provenuti, in modo abbastanza omogeneo, dagli Stati Uniti, la cui economia è cresciuta del 2,3%, accelerando di ben 0,8 punti percentuali rispetto al 2016, seguiti dall'area dell'euro (+2,4%, +1,8% nel 2016), sospinta dal marcato miglioramento del quadro macroeconomico di Germania (+2,5%, +1,9% nel 2016), Francia (+1,8%, +1,2%) e Italia (+1,5%, +0,9%); è lievemente rallentata l'espansione dell'economia spagnola (+3,1%, +3,3%), che comunque rimane su ritmi più elevati della media dei paesi membri dell'area. L'economia del Regno Unito è lievemente rallentata (+1,8%, +1,9%), mentre quella giapponese registra una forte accelerazione (+1,2%, +0,6% nel 2016), anche se il suo ritmo di crescita continua a rimanere ben al di sotto della media dei paesi dell'aggregato.

La dinamica del PIL del raggruppamento delle economie emergenti – cresciute nel complesso del 4,8% (+4,4% nel 2016) – ha beneficiato della sostanziale tenuta delle sue economie più grandi, dell'arresto del declino dell'attività di investimento in alcuni paesi produttori di materie prime e del forte aumento dei flussi di esportazioni, particolarmente dalla Cina. Grazie a ciò, l'economia di quest'ultima è cresciuta al di sopra delle attese, segnando una moderata accelerazione (+6,9%, +6,7% nel 2016). Ha invece registrato una lieve battuta d'arresto la crescita del PIL indiano (+6,7%, +7,1% nel 2016), mantenendosi però su livelli significativamente elevati.

Secondo le stime ufficiali elaborate da Eurostat, nel 2017 il PIL dell'aggregato dei paesi membri dell'area dell'euro ha accelerato significativamente, recuperando completamente la flessione registrata l'anno prima (+2,4%, +1,8% nel 2016) e segnando la performance più positiva dall'inizio della crisi finanziaria globale (tavola 1).

L'accelerazione è da attribuirsi al balzo delle esportazioni (+5,1%, + 3,4% nel 2016), che hanno contribuito per 2,3 punti percentuali al dato aggregato. Ciò ha più che

Tavola 1
Area dell'euro (19 stati) – Crescita del PIL e delle sue componenti e contributi
Var. % rispetto all'anno precedente dove non specificato

	2013	2014	2015	2016	2017	Contributi (*)
PIL a prezzi costanti	-0,2	1,3	2,1	1,8	2,4	–
Consumi delle famiglie	-0,6	0,8	1,8	2,0	1,7	0,9
Consumi pubblici	0,3	0,7	1,3	1,8	1,2	0,3
Investimenti fissi lordi	-2,5	1,9	3,3	4,6	2,9	0,6
Esportazioni	2,1	4,7	6,4	3,4	5,1	2,3
Importazioni	1,3	4,9	6,7	4,8	4,3	-1,8
Prezzi al consumo	1,3	0,4	0,0	0,2	1,5	–

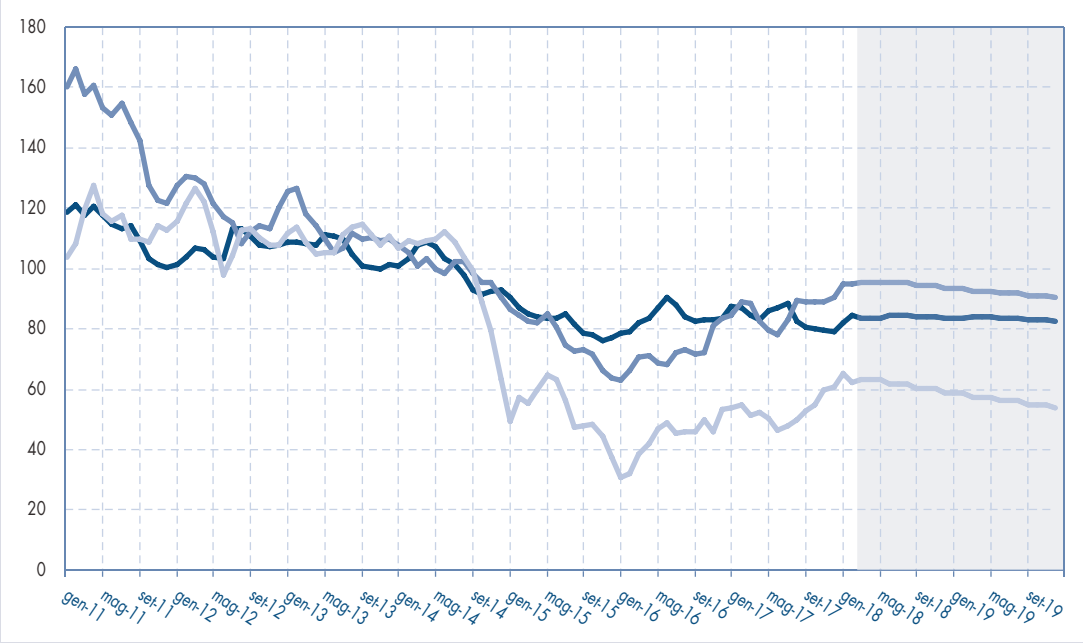
(*) Punti percentuali
Fonte: Eurostat

compensato la flessione della dinamica delle componenti interne: moderata nei consumi privati (+1,7%, +2,0% nel 2016; +0,9 punti percentuali di contributo) e pubblici (+1,2%, +1,8% nel 2016; +0,3 p.p.) e significativa negli investimenti privati (+2,9%, +4,6% nel 2016; +0,6 p.p.). È diminuito l'impatto dell'assorbimento esterno, con le importazioni in leggero rallentamento (+4,3%, +4,8% nel 2016; -1,8 p.p.).

L'ANDAMENTO DELLE MATERIE PRIME NEL 2017

L'andamento degli indici dei prezzi delle materie prime elaborati dal Fondo Monetario Internazionale ha seguito un profilo altalenante lungo il corso del 2017. Nella prima metà dell'anno le quotazioni dei principali aggregati merceologici hanno registrato una flessione, dopo una fase di crescita piuttosto robusta che durava dall'inizio del 2016. A partire dai mesi di giugno/luglio, i prezzi delle materie prime – con la rilevante eccezione dei beni alimentari – sono tornati a crescere, in linea con la vigorosa ripresa dell'attività di investimento alla base del consolidamento della fase ciclica positiva dell'economia globale (figura 1).

Figura 1
L'andamento dei prezzi delle materie prime



Fonte: Fondo Monetario Internazionale

Nel dettaglio dei singoli raggruppamenti merceologici, l'indice dei beni alimentari non ha mostrato un profilo dinamico coerente con l'andamento generale dei prezzi. Le quotazioni di quest'indice si sono mantenute più o meno costanti durante i primi sei mesi dell'anno, flettendo di circa il 5% nella seconda metà. Nei primi due mesi del 2018 l'indice ha invertito improvvisamente la tendenza, recuperando circa 3 punti percentuali, a causa delle avverse condizioni metereologiche che hanno ridotto le aspettative sui raccolti. L'analisi delle quotazioni dei *futures* sui prezzi di questo comparto punta a una sostanziale stabilizzazione che si protrarrà per almeno 12-18 mesi.

La dinamica dell'indice dei prezzi dei metalli è stata caratterizzata da maggiore volatilità, diminuendo di circa l'8% nel primo semestre 2017 e rimbalzando di oltre il 15% tra luglio 2017 e febbraio 2018. Il profilo dinamico di questo indice è stato alimentato sia, dal lato della domanda, dal consolidamento della fase ciclica positiva dell'economia globale sia, dal lato dell'offerta, dal raggiungimento dei limiti di capacità nella produzione di numerose tipologie di metalli, tra le quali spicca quella dell'acciaio prodotto in Cina. Nel breve periodo, l'outlook desunto dalle quotazioni dei derivati sui prezzi dei metalli sarebbe caratterizzato da una flessione molto lieve lungo tutto l'orizzonte di previsione. È opportuno precisare che, al momento dell'elaborazione di questo scenario, i prezzi dei *futures* non incorporavano l'annuncio dell'introduzione da parte degli Stati Uniti di un dazio del 25% sull'acciaio e del 10% sull'alluminio, seguito dall'imposizione da parte della Cina di dazi mirati su alcune categorie specifiche di beni prodotti negli Stati Uniti. L'impatto globale sui prezzi è di difficile valutazione, ma si ritiene che un'escalation di tensioni di questo tipo possa portare a una contrazione dei volumi scambiati.

L'andamento temporale del prezzo del greggio, pur mostrando caratteristiche del tutto simili a quello globale nei primi sei mesi del 2017, durante i quali ha registrato una contrazione del 14%, ha virato in territorio positivo in modo molto più deciso nei mesi successivi, aumentando tra giugno 2017 e febbraio 2018 di oltre il 25%. Si ritiene che numerosi fattori abbiano concorso al materializzarsi di questo aumento. Dal lato della domanda, il riallineamento dei cicli economici dei diversi aggregati di paesi ha conferito nuovo vigore all'attività di accumulazione di capitale, generando maggiori pressioni sui prezzi e sulla capacità produttiva. Dal lato dell'offerta, si registra l'impatto restrittivo sia della tenuta dell'accordo dei paesi OPEC sulle quote di produzione raggiunto alla fine del 2016 sia del rinnovato raffreddamento dei rapporti diplomatici tra Iran e Stati Uniti. Gli scenari di previsione prospettano una flessione più pronunciata nel corso del prossimo anno e mezzo, con forti incertezze legate all'aumento della capacità produttiva del comparto *shale* negli Stati Uniti innescato dai correnti livelli dei prezzi.

LA CONGIUNTURA ECONOMICA IN ITALIA

Nel 2017 il Prodotto Interno Lordo italiano ha segnato una sostanziale accelerazione rispetto all'anno precedente (+1,5%, +0,9% nel 2016), consolidando l'impennata osservata nell'ultimo trimestre dell'anno precedente. Nel corso dei dodici mesi, infatti, l'andamento trimestrale si è mantenuto più o meno su livelli analoghi, con un lieve rallentamento nell'ultimo trimestre (tavola 1).

È previsto il proseguimento della dinamica trimestrale del PIL su livelli analoghi anche nei primi tre mesi dell'anno in corso, con il PIL in crescita dello 0,3% rispetto al trimestre precedente e dell'1,4% rispetto al primo trimestre del 2017.

L'evoluzione della spesa delle famiglie si è mantenuta su ritmi analoghi rispetto a quelli dell'anno precedente (+1,4%, +1,4% nel 2016), apportando un contributo al dato aggregato pari a 0,83 punti percentuali. La componente pubblica della domanda interna è invece rimasta praticamente immutata in termini reali, dopo l'accelerazione registrata l'anno precedente (+0,1%, +0,6% nel 2016). È continuata ad essere vivace l'attività di investimento, cresciuta in misura maggiore rispetto a quanto rilevato nel 2016 (+3,8%, +3,2%), grazie al forte impulso proveniente dagli investimenti in mezzi di trasporto; il loro contributo alla formazione del PIL è stato di due terzi di punto percentuale. Le componenti estere hanno mostrato entrambe notevole dinamismo, raddoppiando il ritmo di crescita rispetto all'anno precedente, con un apporto netto al tasso di crescita del PIL di 0,2 punti percentuali. Quanto al primo trimestre dell'anno in corso, rispetto al trimestre precedente, i consumi finali nazionali hanno registrato un aumento dello 0,3%, mentre gli investimenti hanno segnato una diminuzione dell'1,4%. Dal lato degli scambi con l'estero, le esportazioni sono diminuite del 2,1% e le importazioni dello 0,9%.

È proseguito il lento calo del tasso di disoccupazione, sceso di 0,4 punti percentuali rispetto al 2016 (11,7%), grazie al sensibile miglioramento del tasso di occupazione giovanile, ma la percentuale di persone in cerca di impiego sulla forza lavoro rimane ancora tra le più alte d'Europa.

Tavola 1
PIL e principali componenti
Variazione % rispetto al periodo precedente dove non specificato

	2016 (*)	2017				2018	2017 (*)	Contributi alla crescita (2017) (**)
		I trim	II trim	III trim	IV trim	I trim		
PIL	0,9	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	1,5	–
Spesa delle famiglie	1,4	0,6	0,1	0,4	0,1	0,4	1,4	0,83
Spesa della PA	0,6	0,2	-0,0	-0,1	0,1	0,0	0,1	0,02
Investimenti fissi lordi	3,2	-2,1	1,5	3,2	1,7	-1,4	3,8	0,65
– macchinari	3,2	-6,5	4,1	8,0	3,5	-2,9	2,0	–
– costruzioni	1,2	0,6	0,0	0,9	0,9	-0,1	1,1	–
– mezzi di trasporto	30,0	4,5	11,7	1,5	8,2	3,7	35,6	
Esportazioni	2,4	1,9	0,2	2,0	2,0	-2,1	5,4	1,62
Importazioni	3,5	0,2	2,0	1,9	1,0	-0,9	5,3	1,42

(*) Dati destagionalizzati e corretti per gli effetti di calendario
(**) Punti percentuali
Fonte: Elaborazioni ANIA su dati ISTAT, Conti Nazionali

Nel 2017 l'inflazione dei prezzi al consumo è tornata in territorio positivo (+1,2%, -0,1% nel 2016) situandosi sul livello più alto dal 2012. All'aumento hanno contribuito, nell'ordine, i forti rialzi nei prezzi dei beni energetici (+4,6%, -5,6%) e in quelli dei beni alimentari (+1,8%, +0,2%); pur con minore intensità, sono accelerati anche i prezzi dei servizi (tavola 2).

Tavola 2
Prezzi al consumo in Italia (NIC)

	2016 Variazione Percentuale	2017 Variazione Percentuale	2017 Pesi percentuali	2017 Contributo all'inflazione media
Indice generale	-0,1	1,2	100	–
Beni alimentari	0,2	1,8	17,5	0,315
Beni energetici	-5,6	4,6	8,4	0,386
Servizi	0,6	1,1	46,4	0,510
Di cui:				
Assicurazioni mezzi di trasporto	*1,4*	*1,3*	*2,9*	*0,037*
Riparazioni mezzi di trasporto	*0,0*	*1,3*	*1,2*	*0,016*

Fonte: Elaborazioni ANIA su dati ISTAT

Nel mese di aprile il Consiglio dei Ministri ha approvato il Documento di Economia e Finanza (DEF) per il 2018 contenente i dati consuntivi delle entrate e delle uscite dello Stato nel 2017 e le proiezioni sul loro andamento negli esercizi futuri. Queste ultime sono tratte da stime tendenziali, che non contengono cioè alcun elemento programmatico, dato che, al momento della stesura del Documento, non era ancora emerso un esecutivo espressione del Parlamento eletto lo scorso 4 marzo.

Nel 2017 l'indebitamento netto, ossia il saldo tra entrate e uscite finali dello Stato, è stato pari a 39,7 miliardi, contro i 41,6 miliardi nel 2016 (-4,7%, -1,9 miliardi in termini assoluti); l'incidenza sul PIL nominale è stata del 2,3%, in moderata flessione rispetto al 2016 (2,5%) (tavola 3).

Le uscite totali hanno inciso sul PIL per circa il 49%, circa mezzo punto percentuale in meno rispetto al 2016. Le contrazioni nei capitoli "altre spese correnti" – che includono i contributi alla produzione, i trasferimenti diversi e i pagamenti al Bilancio della UE – quota RNL – (-6,2 miliardi) e "investimenti fissi lordi" (-2,0 miliardi), unite all'aumento del PIL nominale, hanno più che compensato gli aumenti registrati in tutte le altre voci di spesa. La spesa sanitaria è stata pari a 113,6 miliardi, in aumento di poco più di un miliardo rispetto al 2016, e ha inciso in termini percentuali del PIL per il 6,6% (-0,1 punti percentuali rispetto al 2016).

Nel 2017 sono aumentate di circa 12 miliardi le entrate totali, per effetto di aumenti in quasi tutte le voci, fatta esclusione delle imposte in conto capitale e delle altre entrate correnti. L'incidenza sul PIL è stata pari al 46,6%, in lieve flessione rispetto al 2016.

Nel 2017 la pressione fiscale è stata pari al 42,5% del PIL, 0,2 punti percentuali in meno rispetto al 2016. La ripresa dell'inflazione, mutuata soprattutto dai forti rialzi nelle quotazioni delle materie prime, ha alimentato ulteriormente la crescita del PIL nominale (+2,1%, +1,7% nel 2016), stabilizzando di fatto l'incidenza del debito pubblico sul PIL, rimasta al di sotto del 132%.

Tavola 3 – Conti pubblici
(importi in milioni dove non specificato)

	Dati di consuntivo (*)				Proiezioni tendenziali (**)			
	2017	% del PIL	Variazioni 2017-2016		2018	2019	2020	2021
			Assolute	%				
SPESE								
Redditi da lavoro dipendente	164.007	9,6	111	0,1	170.990	169.687	169.239	169.439
Consumi intermedi	140.174	8,2	3.157	2,3	141.601	142.538	144.260	146.576
Prestazioni sociali in denaro	342.072	19,9	5.718	1,7	350.780	358.880	368.730	377.650
Pensioni	264.033	15,4	3.164	1,2	269.660	275.180	283.830	292.130
Altre prestazioni sociali	78.039	4,5	2.554	3,4	81.120	83.700	84.900	85.520
Altre spese correnti	62.032	3,6	-6.191	-9,1	64.373	66.927	66.725	67.423
Totale spese netto interessi	708.285	41,3	2.795	0,4	727.744	738.032	748.954	761.088
Interessi passivi	65.641	3,8	-799	-1,2	62.536	63.004	65.466	68.313
Totale spese correnti	773.926	45,1	1.996	0,3	790.280	801.036	814.420	829.401
di cui: Spesa sanitaria	113.599	6,6	1.227	1,1	115.818	116.382	118.572	120.894
Totale spese in conto capitale	65.673	3,8	8.152	14,2	57.541	59.783	58.184	57.367
Investimenti fissi lordi	33.683	2,0	**-1.996**	-5,6	34.531	36.528	38.531	40.040
Contributi agli investimenti	13.387	0,8	-820	-5,8	13.978	14.555	12.560	11.165
Altre spese in conto capitale	18.603	1,1	10.968	143,7	9.032	8.700	7.093	6.162
Totale Spese	**839.599**	**48,9**	**10.148**	**1,2**	**847.821**	**860.819**	**872.604**	**886.768**
ENTRATE								
Tributarie	502.621	29,3	5.895	1,2	509.981	530.779	550.078	562.570
Imposte dirette	250.477	14,6	2.213	0,9	253.577	255.960	262.035	269.127
Imposte indirette	249.922	14,6	6.825	2,8	255.539	273.943	287.156	292.546
Imposte in conto capitale	2.222	0,1	-3.143	-58,6	865	876	887	897
Contributi sociali	226.244	13,2	5.612	2,5	235.937	242.997	247.869	253.593
Contributi sociali effettivi	222.264	12,9	5.586	2,6	231.973	238.953	243.743	249.397
Contributi sociali figurativi	3.980	0,2	26	0,7	3.964	4.044	4.126	4.196
Altre entrate correnti	68.460	4,0	-553	-0,8	70.618	69.682	70.359	70.898
Totale entrate correnti	795.103	46,3	14.097	1,8	815.671	842.582	867.419	886.164
Altre entrate in conto capitale	2.583	0,2	1.141	79,1	3.131	3.242	3.627	3.635
Totale entrate	**799.908**	**46,6**	**12.095**	**1,5**	**819.667**	**846.700**	**871.933**	**890.696**
Pressione fiscale (in % del PIL)	*42,5*	–	*-0,2*	*0,0*	42,2	42,5	42,5	42,3
Saldo primario	**25.950**	**1,5**	**1.148**	**4,6**	**34.382**	**48.885**	**64.795**	**72.241**
Saldo corrente	**21.177**	**1,2**	**12.101**	**133,3**	**25.391**	**41.546**	**52.999**	**56.763**
Indebitamento netto	**-39.691**	**-2,3**	**1.947**	**-4,7**	**-28.154**	**-14.119**	**-671**	**3.928**
In % del PIL	–	*-2,3*	–	–	*-1,6*	*-0,8*	*0,0*	*0,2*
PIL nominale	1.716.935	–	35.987	–	1.766.241	1.822.552	1.878.205	1.928.685

(*) Stime ISTAT
(**) A legislazione costante
Fonte: Elaborazioni ANIA su dati del Documento di Economia e Finanza – Ministero dell'Economia e delle Finanze

L'ECONOMIA ITALIANA A DIECI ANNI DALLA CRISI

Sono passati dieci anni dal principio della crisi finanziaria globale che ha avuto origine con il collasso del mercato dei mutui sub-prime negli Stati Uniti. Nei primi mesi successivi al fallimento della banca d'affari Lehman Brothers, convenzionalmente indicato come l'evento scatenante, la crisi si è rapidamente trasmessa all'economia reale, generando la più grave recessione globale dal dopoguerra ad oggi.

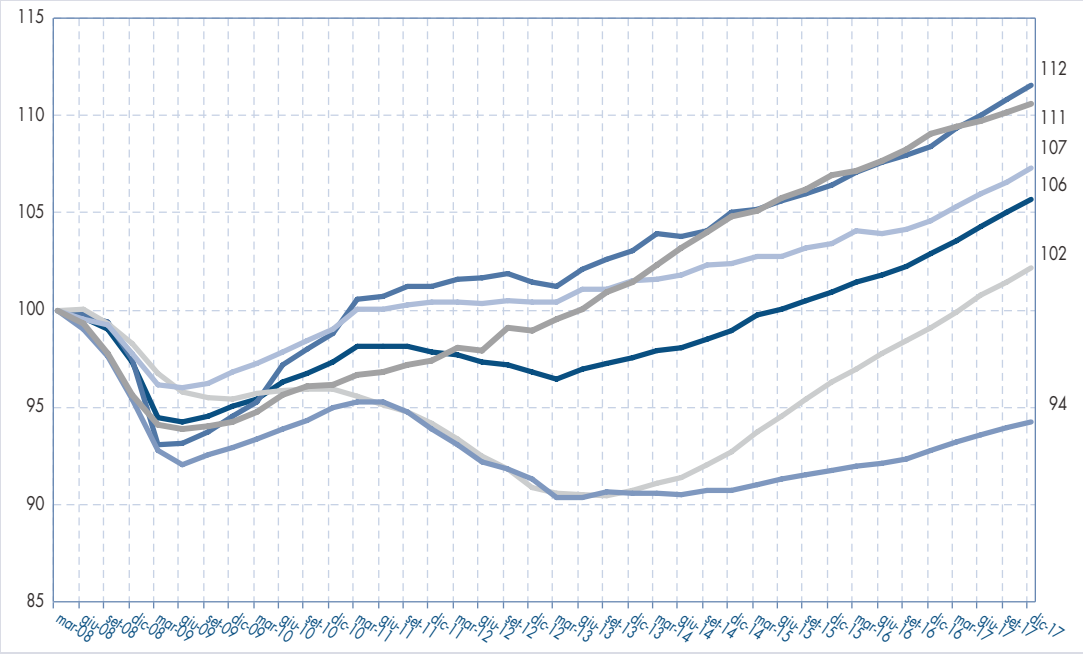
Nell'area dell'euro si è dovuta affrontare un'ulteriore grave crisi, quella del debito sovrano, legata alle ampie differenze tra i paesi membri in merito alla capacità di gestire le rispettive finanze pubbliche. Le manovre fiscali dall'orientamento fortemente restrittivo che si sono susseguite nei mesi immediatamente successivi per recuperare il controllo dei conti pubblici e ristabilire la fiducia dei mercati internazionali hanno avuto, particolarmente nelle economie dei paesi membri fiscalmente meno virtuosi, un notevole impatto recessivo sull'attività economica nell'area.

Nel medio-lungo periodo l'evoluzione delle maggiori economie europee ha conservato – e in alcuni casi acuito – i tratti fortemente differenziati che erano presenti all'insorgere della crisi. Da un lato, alcuni paesi, dopo aver attraversato un primo periodo recessivo, hanno ripreso a crescere, talora in modo sostenuto. Il PIL tedesco, dopo 5 trimestri in contrazione, ha ripreso a crescere recuperando i livelli pre-crisi già a marzo del 2011, fino a superarli del 12% alla fine del 2017. In Francia l'andamento del prodotto ha seguito uno schema del tutto simile, con una recessione meno profonda (-4% a giugno 2009) e una performance paragonabile a quella tedesca alla fine dello scorso anno.

Dall'altro, nei paesi periferici l'andamento del PIL trimestrale ha seguito un profilo di tipo *double-dip*. In Spagna si sono susseguiti due distinti episodi recessivi, il primo è durato fino a dicembre del 2009 (-4,5%), mentre il secondo ha toccato la resistenza inferiore a settembre 2013 (-9,4%). Da allora l'economia spagnola, che si è potuta affrancare rapidamente dalla crisi del settore bancario grazie alla ricapitalizzazione di alcuni istituti in dissesto attraverso il Fondo europeo di stabilità finanziaria, ha ripreso a crescere a ritmi sostenuti negli anni successivi, recuperando le posizioni anteriori alla crisi all'inizio del 2017.

L'economia italiana ha seguito in modo simile il profilo dinamico tracciato dalla Spagna solo nella parte iniziale, con due profonde recessioni – tra il I trimestre 2008 e il II del 2009 (-8%) e tra il I del 2011 e il II del 2013 (-10%) – ma non ha finora potuto recuperare pienamente la contrazione accumulata, rimanendo a un livello del 6% più basso rispetto ai livelli precedenti la crisi (figura 1).

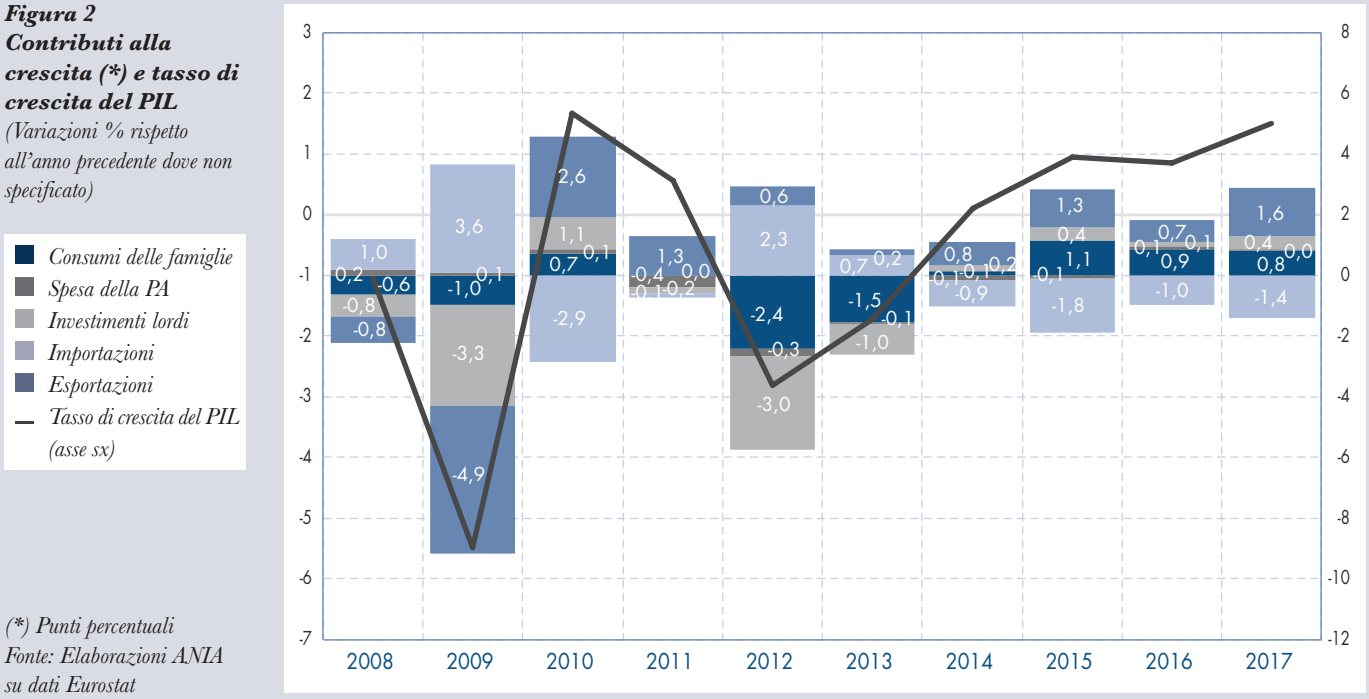
Figura 1
L'andamento del PIL trimestrale nel confronto internazionale
Valori concatenati con anno di riferimento 2010 (marzo 2008=100)



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Eurostat

Nel dettaglio delle singole componenti, il quadro macroeconomico del nostro Paese si è evoluto attraverso le due recessioni in modo profondamente diverso. Il crollo del reddito disponibile e la stretta creditizia successivi al primo episodio recessivo hanno determinato una forte contrazione delle componenti private della domanda interna. Gli investimenti si sono contratti di circa 4 punti percentuali in seguito a ognuno degli episodi. La contrazione dei consumi privati è stata altrettanto profonda: -1,6 punti nel 2008-9 e quasi 4 nel 2012-3. Il ridotto spazio di manovra a disposizione della politica fiscale, dovuto sia allo stato pregresso dei conti pubblici italiani sia alla crisi dei debiti sovrani che ha seguito la seconda recessione, ha limitato l'impatto della spesa della Pubblica Amministrazione sull'andamento del PIL (figura 2).

Figura 2
Contributi alla crescita (*) e tasso di crescita del PIL
(Variazioni % rispetto all'anno precedente dove non specificato)



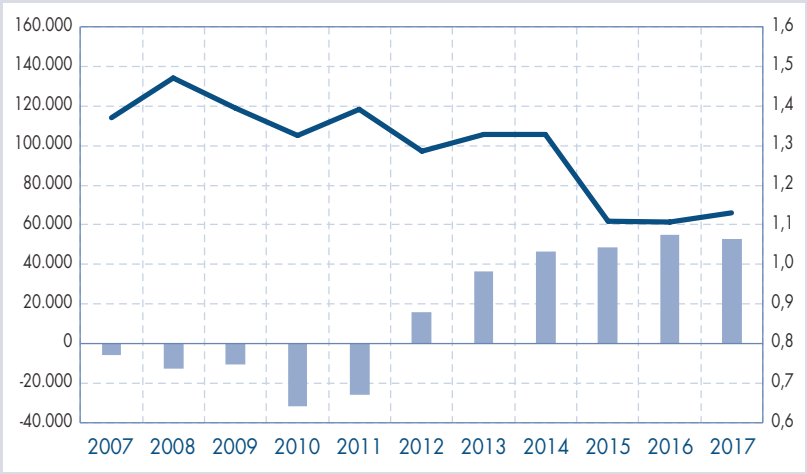
(*) Punti percentuali
Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Eurostat

Le ripercussioni sul nostro equilibrio esterno sono state di notevole entità. Le esportazioni hanno sofferto in modo molto evidente la prima recessione, con una flessione di quasi 6 punti percentuali nel 2008-2009. Parallelamente, il calo del reddito disponibile ha tamponato l'assorbimento esterno delle importazioni, mitigandone l'impatto aggregato sui saldi netti. L'andamento del tasso di cambio €/$ sembra suggerire che il profilo dinamico dell'export fino al 2015, anno in cui la BCE ha dato inizio al programma di rallentamento monetario, sia stato influenzato dall'evoluzione temporale dei flussi commerciali mondiali, piuttosto che da variazioni della competitività di prezzo.

Dal 2012 ad oggi il saldo della bilancia commerciale è stata l'unica componente che ha conferito contributi positivi alla formazione del PIL in tutti gli anni successivi (figura 3).

Il comparto manifatturiero ha sofferto in modo particolarmente prolungato gli effetti della crisi. Il crollo degli investimenti ha avuto conseguenze immediate e visibili nel calo dell'attività produttiva delle imprese industriali. Dopo una caduta di oltre il 25% in meno di un anno dopo la crisi, l'indice della produzione industriale ha attraversato una breve fase di recupero che si è interrotta in corrispondenza della seconda crisi (marzo 2011), cominciando un lungo

Figura 3
Saldo bilancia commerciale e tasso di cambio €/$
Valori in milioni di euro dove non specificato

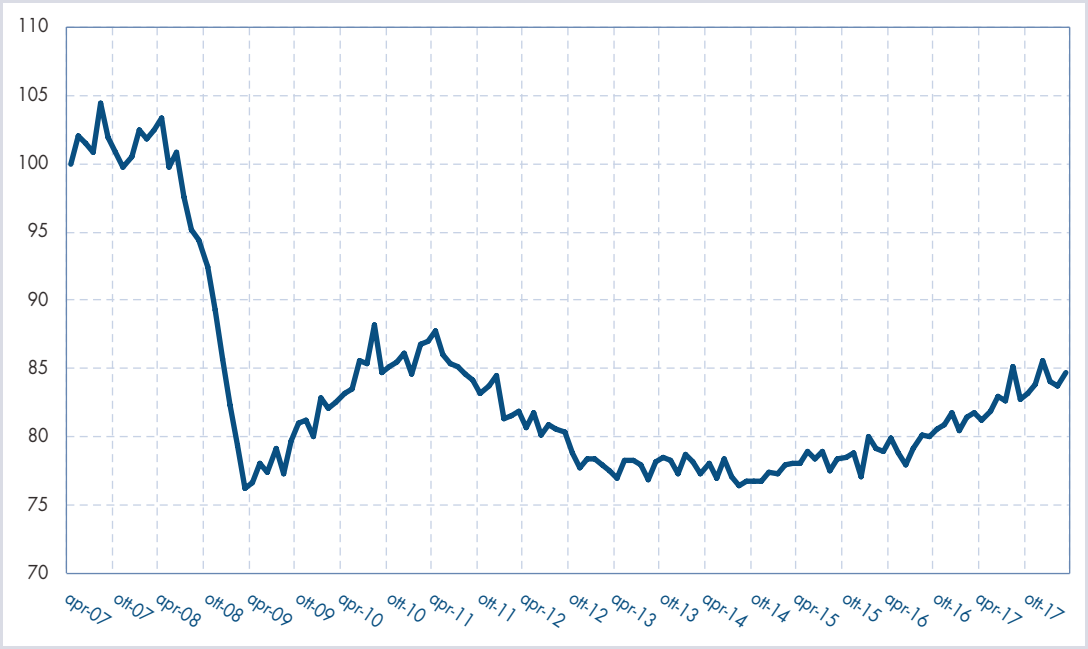


Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Eurostat

declino durato fino alla fine del 2014. Il miglioramento del quadro macroeconomico nazionale e internazionale osservato negli ultimi 3 anni ha riportato la dinamica della produzione industriale in terreno positivo, pur rimanendo su ritmi molto moderati. All'inizio del 2018 l'indice è ritornato sui livelli precedenti alla recessione più recente, rimanendo però ancora 15 punti percentuali al di sotto dei livelli pre-crisi (figura 4).

Ma nell'ultimo decennio la contrazione accumulata dell'economia italiana ha inciso soprattutto sul benessere delle famiglie italiane. Il progressivo deterioramento delle condizioni del mercato del lavoro, testimoniato dalla costante crescita del tasso di disoccupazione – più che raddoppiato tra il 2007 e il 2014 –, ha provocato una consistente caduta del potere di acquisto delle famiglie, che ha toccato il suo minimo alla fine del 2012 (-12% rispetto al 2007). Ciò si è rapidamente tradotto in una contrazione dei consumi (-3% tra il 2008 e il 2009), subito compensata da un'altrettanto consistente flessione della propensione al risparmio, segno che

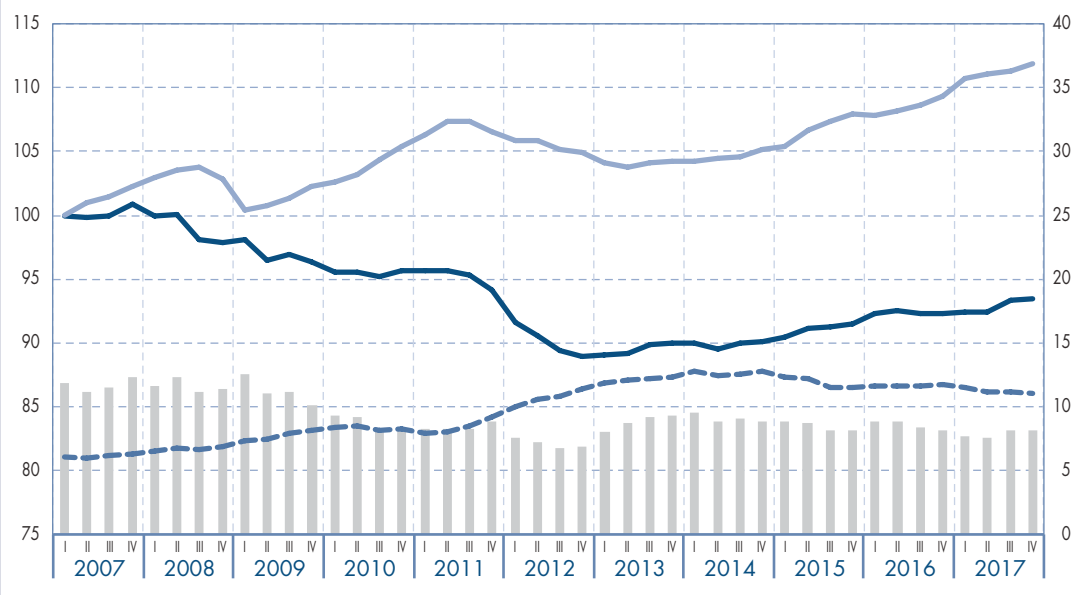
Figura 4
Produzione industriale
(Indice mensile, valori destagionalizzati; aprile 2007=100)



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati ISTAT

la crisi ha costretto molte famiglie, loro malgrado, a modificare le proprie decisioni intertemporali. Tra il 2008 e il 2017 il tasso di risparmio delle famiglie consumatrici italiane, storicamente elevato nel confronto internazionale, si è ridotto di oltre un terzo (-4 punti percentuali) (figura 5).

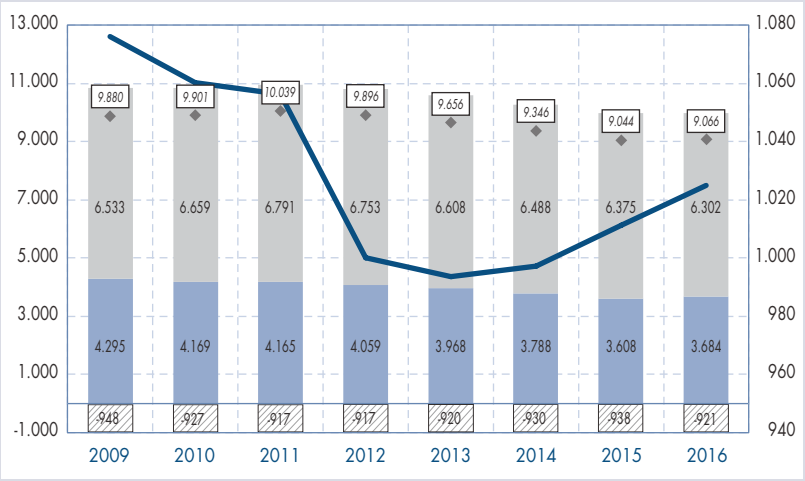
Figura 5
Propensione al risparmio delle famiglie italiane
(Valori trimestrali, concatenati con anno di riferimento 2005; I° trim. 2007=100)



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati ISTAT

Nello stesso periodo la ricchezza netta (finanziaria e non) delle famiglie italiane, dopo essere cresciuta lievemente tra il 2008 e il 2009, si è andata riducendo progressivamente accumulando alla fine del 2016 una contrazione di poco meno del 10% (800 miliardi circa) (figura 6). A fronte di una relativa stabilità delle passività finanziarie, poco al di sotto di mille miliardi, la flessione dei corsi azionari, ma soprattutto il crollo dei prezzi delle abitazioni, hanno contribuito alla costante riduzione sia delle attività finanziarie sia di quelle reali. In rapporto al reddito disponibile, la ricchezza delle famiglie italiane rimane tra le più alte nel confronto internazionale, pari a circa nove volte.

Figura 6
La ricchezza delle famiglie italiane



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Banca d'Italia (Conti Finanziari) e ISTAT

I MERCATI FINANZIARI

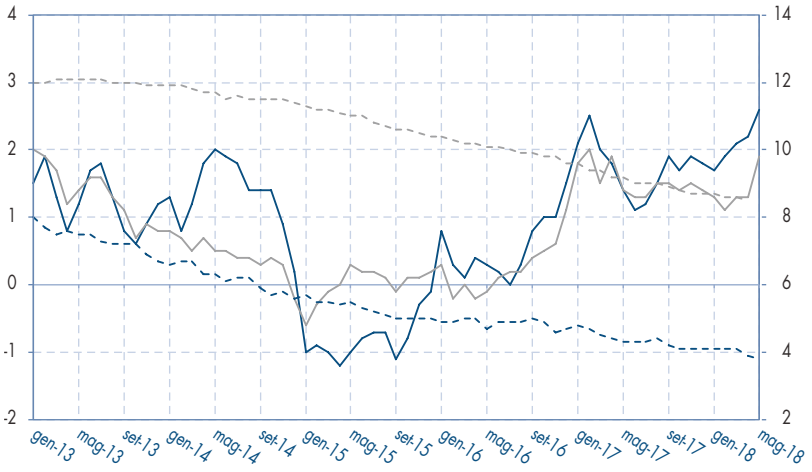
I tassi di interesse e i mercati obbligazionari internazionali

Le divergenti dinamiche economiche, le incertezze sulla politica fiscale degli Stati Uniti e le tensioni geopolitiche hanno condizionato l'orientamento della politica monetaria nelle principali aree del mondo.

Negli Stati Uniti, dove l'attività economica faceva segnare un'accelerazione sospinta da consumi privati e investimenti e le condizioni del mercato del lavoro apparivano in rapido miglioramento (figura 1), nel 2017 la Federal Reserve ha confermato il percorso di graduale normalizzazione della politica monetaria incentrato sul progressivo aumento dei tassi ufficiali e su un ridotto reinvestimento dei proventi dei titoli in scadenza. Nell'area dell'euro la crescita dell'attività economica ha registrato un'accelerazione distribuendosi in misura più uniforme fra le varie economie; tuttavia, il livello ancora contenuto del tasso di inflazione, soprattutto nella sua componente di fondo, ha indotto il Consiglio direttivo della Banca Centrale Europea a mantenere un elevato grado di accomodamento monetario, proseguendo gli acquisti netti di attività e il loro reinvestimento alla scadenza nonché mantenendo i tassi di riferimento sui livelli minimi fissati a marzo del 2016. Nel Regno Unito la Banca d'Inghilterra ha adottato un orientamento cauto, dettato dal peggioramento delle aspettative di crescita dell'economia che si era diffuso all'indomani del referendum sulla Brexit nel giugno del 2016. L'evoluzione relativamente favorevole del PIL e la crescita dell'inflazione indotta dal deprezzamento della sterlina, hanno portato la *Bank of England* lo scorso novembre a innalzare il tasso di riferimento di 25 punti base. Nei paesi emergenti l'attività economica ha registrato un'accelerazione nel 2017 e nei primi mesi di quest'anno, grazie all'ausilio delle politiche monetarie accomodanti e sotto l'impulso della ripresa del commercio internazionale e dei prezzi delle materie prime.

Figura 1
Inflazione al consumo* e tasso di disoccupazione
(dati mensili; valori %)

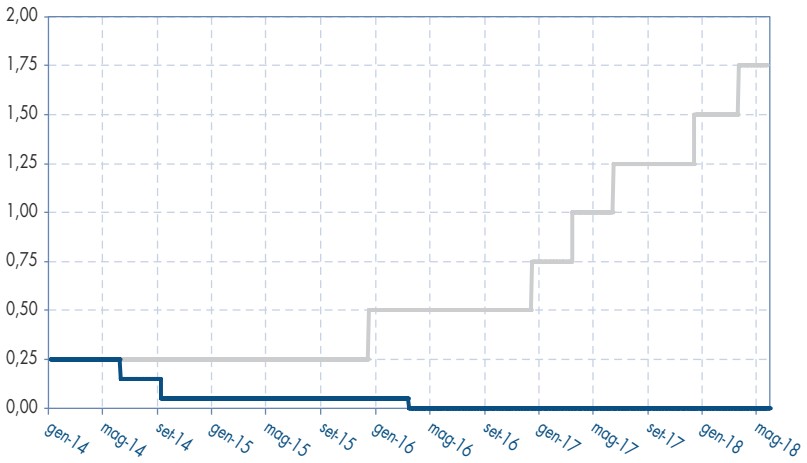
- *Tasso di inflazione USA (asse sx)*
- *Tasso disoccupazione USA (asse dx)*
- *Tasso di inflazione area euro (asse sx)*
- *Tasso disoccupazione area euro (asse dx)*



(*) Indice armonizzato dei prezzi al consumo (HICP) – variazioni percentuali su base annua
Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Thomson Reuters (Eurostat per l'area dell'euro, OECD per gli Stati Uniti)

Nel corso del 2017 la Riserva federale ha posto in atto il programma di rialzo del tasso sui *federal funds* iniziato con la decisione di dicembre del 2016, che aveva disposto l'aumento di 25 punti base dell'intervallo obiettivo, a 0,75%-1,00%. Dopo i due rialzi avvenuti nella prima metà dello scorso anno, nella riunione del 13 dicembre 2017 il costo del denaro è stato innalzato di 25 punti base posizionandosi all'interno del corridoio 1,25%-1,5% (figura 2). Nella riunione del *Federal Open Market Committee* (FOMC) di marzo del 2017, inoltre, era stato discusso un processo di riduzione del bilancio della Riserva Federale, al quale si è dato concretamente avvio dallo scorso ottobre.

Figura 2
Tassi ufficiali BCE e FED
(dati mensili)



Fonte: Thomson Reuters, Datastream (Federal Reserve, Banca Centrale Europea)

Il percorso di normalizzazione della politica monetaria americana è proseguito quest'anno; confermando le previsioni degli investitori, il 21 marzo scorso è stato annunciato un ulteriore aumento di 25 punti base del tasso sui *federal funds*, che si è collocato in un corridoio compreso fra l'1,5% e l'1,75%. Sulla base delle condizioni realizzate e attese, del mercato del lavoro, il 13 giugno il FOMC ha ulteriormente aumentato – di 25 punti base – i tassi ufficiali. Rimangono intatte le attese di due nuovi interventi nel corso del 2018.

La politica monetaria nell'area dell'euro è rimasta accomodante per tutto il 2017 e nei primi mesi dell'anno in corso, facendo leva sugli strumenti non convenzionali largamente utilizzati negli anni recenti. Le condizioni monetarie favorevoli hanno contribuito a rafforzare la ripresa dell'attività economica; nel 2017 il prodotto è aumentato del 2,4%, il valore massimo dall'avvio della crisi finanziaria dieci anni fa. L'obiettivo ultimo della politica monetaria dell'Eurosistema, la stabilizzazione del tasso di inflazione su livelli inferiori ma prossimi al 2% nel medio periodo, non si è, però, ancora pienamente realizzato. L'inflazione, sostanzialmente nulla nel 2015 e nel 2016, è salita, nel 2017, in media all'1,5%, ma l'accelerazione è stata determinata principalmente dalle componenti più volatili dell'indice, quali i corsi delle materie prime e quelli delle derrate alimentari. La dinamica dei salari è rimasta, invece, contenuta, nonostante la riduzione del tasso di disoccupazione, in relazione ai margini ancora ampi di capacità produttiva inutilizzata. Nel primo trimestre dell'anno in corso l'inflazione al consumo ha mostrato una lieve flessione; è tornata ad aumentare lo scorso aprile, attestandosi all'1,9% (figura 1), principalmente per effetto di un incremento della componente relativa ai beni alimentari. In prospettiva la BCE, sulla base

dei prezzi dei *futures* sul petrolio, prevede un incremento dell'inflazione complessiva attorno all'1,7% nella parte restante dell'anno in corso e nel prossimo biennio.

Nel contesto caratterizzato dal buon andamento dell'attività economica ma anche dagli incerti segnali di tendenza al rialzo dei prezzi, il Consiglio direttivo della BCE ha intrapreso un ridimensionamento graduale del *Quantitative Easing* avviato nel marzo 2015: il ritmo mensile di acquisti netti di attività (*Asset Purchase Program* – APP), che era stato ridotto una prima volta ad aprile del 2017, da 80 a 60 miliardi di euro, è stato portato a 30 miliardi a partire dallo scorso gennaio.

I tassi di interesse sulle operazioni dell'Eurosistema sono stati lasciati invariati sui valori vigenti da marzo del 2016: 0% per le operazioni di rifinanziamento principali (figura 2), 0,25% per quelle di rifinanziamento marginale e -0,40% per i depositi *overnight* presso la banca centrale.

Il Consiglio direttivo della BCE ha dedicato particolare cura alla sua *forward guidance*, al fine di prevenire possibili brusche variazioni dei rendimenti di mercato. Ancora nella riunione dello scorso 14 giugno ha confermato di aspettarsi che i tassi di riferimento della BCE si mantengano su livelli pari o inferiori a quelli attuali almeno fino all'estate del 2019 e in ogni caso finché si riterrà necessario per assicurare che l'evoluzione dell'inflazione resti in linea con le attuali aspettative di un profilo di aggiustamento durevole. Ha inoltre ribadito l'intenzione di proseguire i programmi di acquisto di attività finanziarie sino alla fine di dicembre 2018, nonché di reinvestire il capitale rimborsato sui titoli in scadenza per un prolungato periodo di tempo dopo la conclusione degli acquisti netti di attività e in ogni caso finché sarà necessario.

In occasione della riunione di giugno, il Consiglio ha anticipato l'intenzione di ridurre ulteriormente gli acquisti netti, portandoli a 15 miliardi da settembre a dicembre, mese in cui è previsto il termine dell'APP. Alla fine dello scorso maggio la consistenza dei titoli complessivamente acquistati dall'Eurosistema a far tempo dall'ultimo trimestre del 2014 si commisurava a quasi 2.500 miliardi, 2.000 circa dei quali relativi a titoli pubblici (tavola 1).

Tavola 1 – Programmi di acquisto della BCE (APP)

Programmi di acquisto in corso			
Nome	**Durata**	**Descrizione**	**Ammontare**
Corporate Sector Purchase Programme (CS-PP)	06/2016 – 12/2018	Acquisto di obbligazioni di società non finanziarie	159,3 mld €
Covered Bond Purchase Programme 3 (CB-PP3)	10/2014 – 12/2018	Acquisto di obbligazioni bancarie garantite (3° programma)	254,4 mld €
Asset-backed Securities Purchase Programme (ABS-PP)	11/2014 – 12/2018	Acquisto di titoli ABS relativi a cartolarizzazione di crediti bancari a famiglie e imprese	27,6 mld €
Public Sector Purchase Programme (PS-PP)	03/2015 – 12/2018	Acquisto sul mercato secondario di obbligazioni sovrane ed emesse da amministrazioni centrali dei paesi dell'area del'euro, agenzie situate nell'area dell'euro o istituzioni europee	2.002,5 mld €

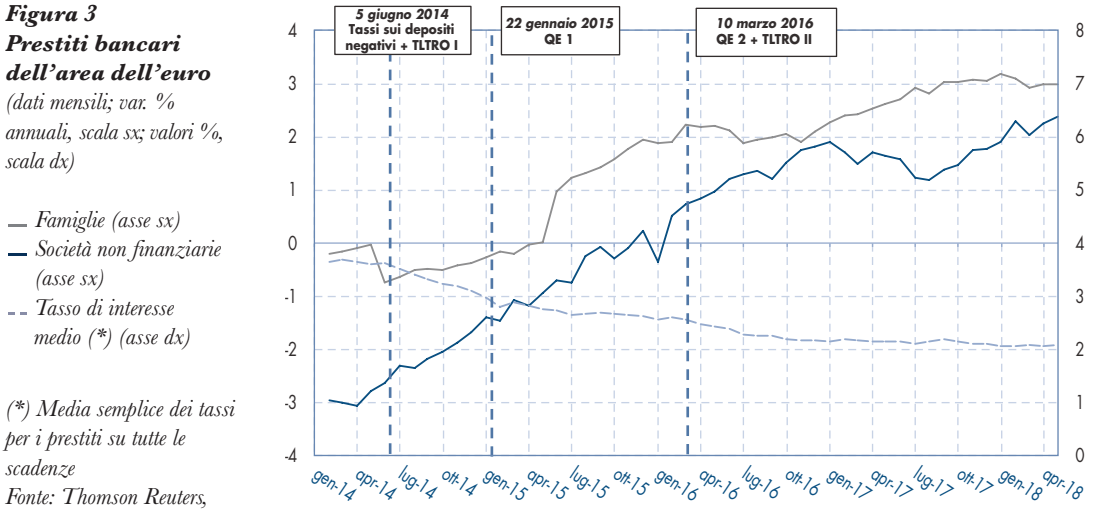
(*) Dati al 15 giugno 2018

La BCE continua a sottolineare l'importanza di riforme strutturali e politiche di bilancio per il rafforzamento dell'espansione economica. Le prime dovrebbero essere attuate nei singoli paesi e dovrebbero essere idonee a ridurre la disoccupazione, rilanciare la produttività e la crescita del prodotto potenziale; le seconde dovrebbero essere volte a conseguire una composizione delle finanze pubbliche più favorevole alla crescita. Le priorità in campo europeo sono invece il potenziamento delle iniziative di investimento e il progresso nel campo della *Capital Markets Union*.

Nel 2017 e nei primi mesi del 2018 sono proseguiti gli acquisti della Banca Centrale Europea e delle banche centrali nazionali nell'ambito del Programma di acquisto di obbligazioni bancarie garantite (CBPP3), del Programma di acquisto di titoli ABS relativi a cartolarizzazione di crediti bancari a famiglie e imprese (ABSPP), del Programma di acquisto per il settore pubblico (PSPP) e del Programma di acquisto per il settore societario (CSPP).

Secondo le analisi condotte nell'ambito dell'Eurosistema, le misure introdotte a partire dal 2014 svolgono un'importante funzione di sostegno dell'attività economica. I programmi di acquisto dei titoli, favorendo la flessione dei rendimenti e l'aumento dei prezzi delle attività finanziarie, possono fornire impulso ai consumi, attraverso effetti ricchezza, e agli investimenti, attraverso il rafforzamento dei corsi azionari e la riduzione del costo del capitale. Le operazioni mirate al rifinanziamento garantiscono alle banche certezza sulla disponibilità e sul costo della raccolta, con effetti positivi sull'erogazione del credito all'economia reale. Il tasso di crescita a dodici mesi dei prestiti alle imprese non finanziarie è progressivamente aumentato nel corso del 2017 e nei mesi più recenti, collocandosi al 2,38% alla fine di aprile del 2018 (figura 3); nello stesso arco temporale il costo medio delle nuove erogazioni è rimasto pressoché stabile al 2,1%.

Figura 3
Prestiti bancari dell'area dell'euro
(dati mensili; var. % annuali, scala sx; valori %, scala dx)



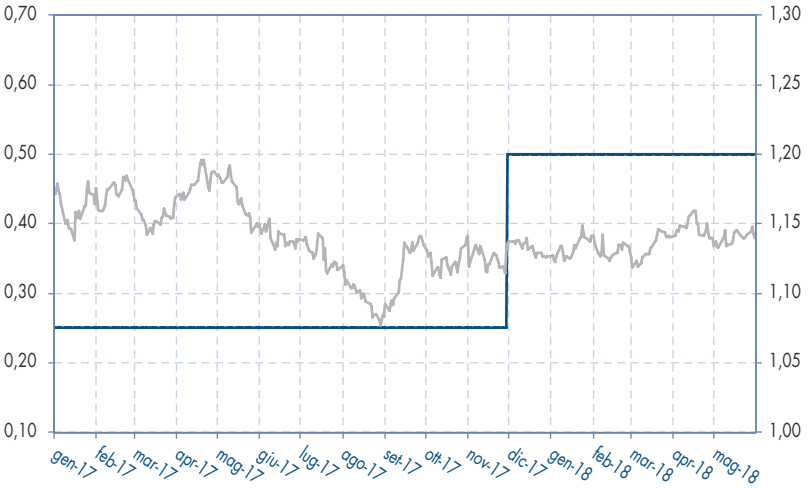
(*) Media semplice dei tassi per i prestiti su tutte le scadenze
Fonte: Thomson Reuters, Datastream, BCE

Nota: TLTRO – Targeted Long-Term Refinancing Operations; QE – Quantitative easing

Sebbene non si possano dire dissipate le incertezze sull'evoluzione dell'economia britannica nella prospettiva dell'uscita dall'Unione Europea, nello scorso novembre la *Bank of England* ha deciso di modificare in senso restrittivo l'impostazione della

politica monetaria: il tasso di interesse ufficiale è stato innalzato dallo 0,25% allo 0,5% (figura 4). Tale scelta si è inserita in un contesto di sviluppo dell'attività che si è rivelato comunque migliore di quanto preventivato per effetto anche di politiche economiche di segno espansivo. La decisione era stata annunciata nel mese di settembre e, pertanto, già incorporata nelle aspettative del mercato; la crescente inflazione registrata nel corso del 2017, in particolare nell'ultimo trimestre, ha indotto i membri del *Monetary Policy Committee* (MPC) a rispettare quanto annunciato nel mese di settembre.

Figura 4
Tassi ufficiali della BoE
(dati mensili; valori % asse sx; € asse dx)



Fonte: Thomson Reuters, Datastream

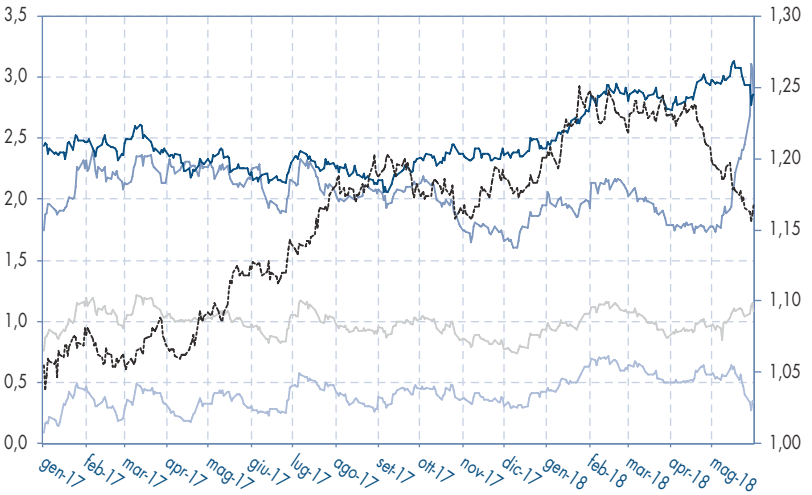
È rimasto invece invariato il programma di allentamento quantitativo; lo stock dei titoli di Stato acquisiti dalla banca centrale è pari a 435 miliardi di sterline, quello di obbligazioni societarie a 10 miliardi.

Nella seconda metà del 2017 e fino alle prime settimane di quest'anno le condizioni sui mercati finanziari hanno continuato a mantenersi distese, riflettendo le diffuse aspettative che il processo di normalizzazione delle politiche monetarie nei principali paesi procedesse in modo graduale. Negli Stati Uniti l'andamento dei rendimenti dei titoli governativi ha riflesso le attese di condizioni monetarie meno accomodanti, confermate dalle decisioni assunte dalla Riserva federale, mostrando talvolta oscillazioni connesse con la diffusione di notizie circa l'evoluzione dei salari e dell'inflazione nonché con l'annuncio di riforme fiscali da parte dell'Amministrazione americana. Dopo un calo nei mesi estivi dovuto alla dinamica dell'inflazione inferiore alle attese, i rendimenti dei titoli decennali americani hanno preso ad aumentare, collocandosi alla fine del 2017 sul 2,4%, valore superiore di circa 20 punti base rispetto ai livelli di giugno e in linea con quello di un anno prima. Nei primi mesi del 2018 i rendimenti sono aumentati marcatamente dopo la riunione del FOMC di dicembre e la diffusione di dati sul mercato del lavoro e sui prezzi migliori del previsto. Alla fine dello scorso maggio risultavano pari al 2,9% (figura 5).

Nell'area dell'euro il rendimento medio dei titoli di Stato decennali non ha mostrato particolari variazioni restando su livelli contenuti fino alla prima metà di dicembre, quando ha toccato il valore minimo dello 0,74%. A seguito dell'annuncio della BCE,

in occasione della riunione del Consiglio direttivo del 14 dicembre 2017, circa il ridimensionamento dei Programmi di acquisto dei titoli, e conseguentemente alla significativa espansione economica avvenuta nello scorso anno, il mercato è stato caratterizzato da una fase di rialzo generalizzato dei rendimenti obbligazionari, frenato poi da segnali di rallentamento dell'attività produttiva e di deterioramento del clima di fiducia fra gli operatori. Al 31 maggio, il rendimento medio dei titoli di Stato decennali era pari all'1,09%.

Figura 5
Rendimento* titoli di Stato a 10 anni e cambio euro/dollaro
(dati giornalieri; valori % scala sx; $ scala dx)

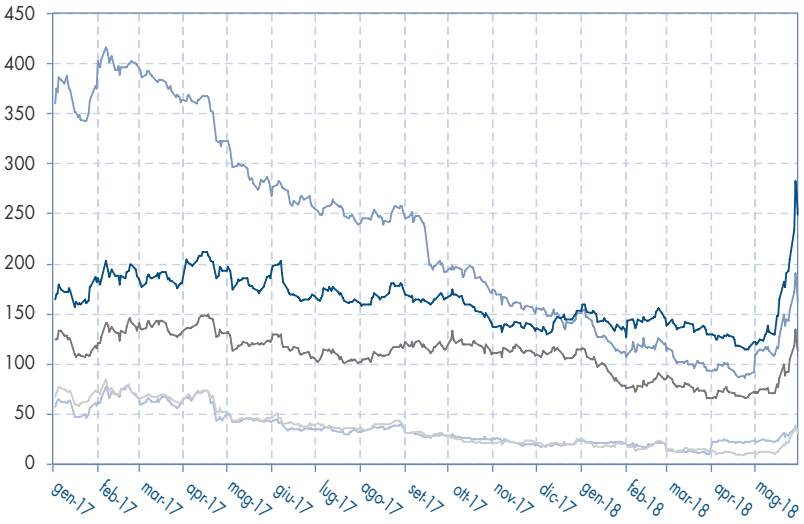


— *Area dell'euro*
— *Germania*
— *Italia*
— *Stati Uniti*
-- *Cambio €/$ (asse dx)*

(*) yield to redemption
Fonte: Thomson Reuters, Datastream

Dopo aver beneficiato del diffuso rafforzamento della crescita, i rendimenti dei titoli di Stato europei hanno mostrato andamenti diversi a seconda della valutazione del premio al rischio richiesto dagli investitori. Su questa hanno inciso, in particolare, il diffondersi di incertezze circa le prospettive della politica economica e dei conti publici in Italia, che si sono acuite a partire dalla seconda metà del mese di maggio, ma anche per le vicende del quadro politico in Spagna. Alla fine dello scorso maggio il rendimento del BTP a dieci anni si collocava sul livello del 2,83%, superiore circa 100 punti base rispetto a gennaio scorso; il differenziale rispetto al Bund di analoga scadenza risultava dell'ordine di 250 punti base (figura 6).

Figura 6
Differenziale tra rendimento obbligazioni a 10 anni e bund tedeschi di uguale durata
(dati giornalieri; punti base)



— *Portogallo*
— *Francia*
— *Italia*
— *Spagna*
— *Irlanda*

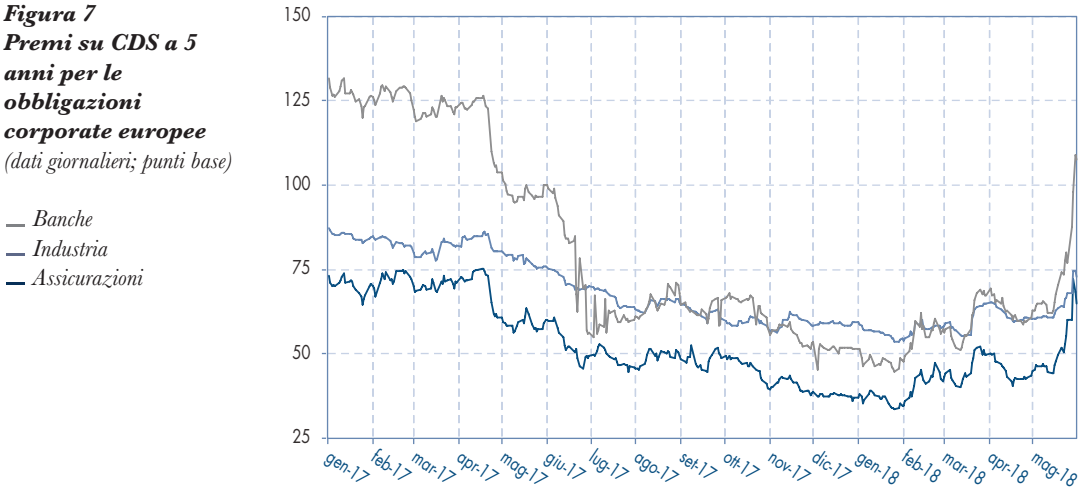
Fonte: Thomson Reuters, Datastream

Il rafforzamento della moneta unica rispetto al dollaro statunitense, iniziato nella metà di aprile 2017, è proseguito fino ai primi mesi del 2018, sotto la spinta principalmente delle migliorate prospettive di crescita dell'area dell'euro. In alcune fasi i corsi della valuta statunitense hanno anche risentito delle incertezze sugli effetti della riforma fiscale disegnata dall'Amministrazione americana e delle tensioni geopolitiche. Il cambio euro/dollaro ha toccato valori massimi dell'ordine di 1,25 nel primo trimestre dell'anno in corso. Successivamente la moneta unica si è indebolita, in connessione con segnali di rallentamento dell'attività produttiva e di deterioramento del clima di fiducia degli operatori; la flessione si è accentuata in coincidenza con le incertezze circa il quadro politico in Italia e Spagna. Al 31 maggio scorso il cambio euro/dollaro era di 1,17.

Nell'area dell'euro la rischiosità dei principali settori dell'industria e della finanza, desumibile dagli andamenti dei premi per il rischio di credito sulle obbligazioni relative ai rispettivi comparti, ha mostrato una significativa tendenza al ribasso, avviatasi verso la fine di aprile 2017 e proseguita per tutto l'anno fino al mese di maggio scorso in cui, a causa del rialzo significativo dei differenziali di rendimento dei titoli di Stato decennali, si è registrata una significativa inversione di tendenza.

I premi per il rischio di credito sulle obbligazioni bancarie (*credit default swap*, CDS), che alla fine di aprile 2017 si collocavano intorno ai 104 punti base, sono scesi rapidamente attestandosi, a partire dai mesi estivi e fino alla prima metà di maggio 2018, intorno a un livello medio dell'ordine di 65 punti base e in un intervallo tra i 105 e i 70 punti. Alla riduzione hanno contribuito il consolidamento della ripresa dell'economia europea, la progressiva normalizzazione del mercato del credito, l'incremento dei coefficienti patrimoniali delle banche significative. Tuttavia, le tensioni sul mercato azionario globale e il ritorno di un'ampia volatilità hanno determinato, a partire dal mese di febbraio scorso, l'aumento dei premi richiesti sui contratti CDS. Al 31 maggio i CDS bancari erano pari a 108 punti base (figura 7). Permangono, altresì, differenze connesse con la diversa incidenza dei crediti deteriorati nei bilanci degli intermediari.

Figura 7
Premi su CDS a 5 anni per le obbligazioni corporate europee
(dati giornalieri; punti base)



Per il settore bancario: media semplice su un paniere di CDS di 14 banche: per l'Italia, UniCredit, Intesa Sanpaolo, Banca Monte dei Paschi di Siena; per la Francia, BNP Paribas, Société Générale, Crédit Agricole; per la Germania, Deutsche Bank, Commerzbank; per il Regno Unito, Barclays, Royal Bank of Scotland, HSBC, Lloyds; per la Spagna, Santander, Banco Bilbao Vizcaya Argentaria

Fonte: Thomson Reuters, Datastream

I premi al rischio del settore assicurativo hanno mostrato una minore volatilità e si sono mantenuti su valori costantemente inferiori rispetto a quelli degli altri settori produttivi, grazie anche alla capacità del settore di gestire l'orizzonte di investimento di lungo termine e i rischi di liquidità. Alla fine dello scorso maggio il premio per il rischio di credito sulle obbligazioni assicurative era pari a 65 punti base.

I mercati azionari

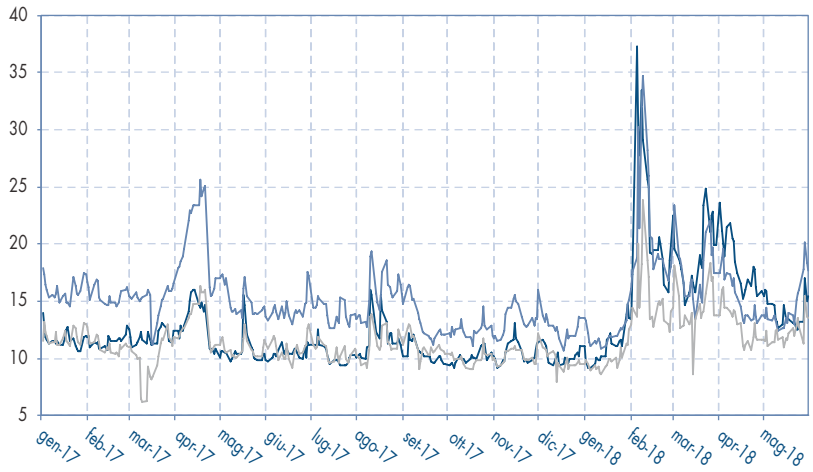
Nel corso del 2017 i mercati azionari sono stati attraversati da una fase particolarmente favorevole, caratterizzata da corsi in costante crescita e valori della volatilità implicita estremamente contenuti, minimi dall'inizio della crisi finanziaria. Sul mercato hanno influito le favorevoli prospettive della crescita economica e la gradualità delle misure assunte dalle autorità monetarie. Le condizioni del mercato azionario si sono bruscamente modificate a partire dallo scorso febbraio, dapprima per i timori circa una spinta inflazionistica innescati dall'annuncio sul buon andamento del mercato del lavoro negli Stati Uniti, successivamente per le tensioni circa l'evoluzione delle relazioni commerciali internazionali. In particolare, nei primi giorni del mese di febbraio l'indice di volatilità S&P 500 registrava il suo valore massimo: un apprezzamento pari al 37%. Nello stesso periodo, i livelli massimi di volatilità degli indici azionari dell'area dell'euro e del Regno Unito erano pari, rispettivamente, al 35% e al 24%.

Tra il mese di marzo e il mese di aprile la volatilità è nuovamente aumentata, raggiungendo negli Stati Uniti valori massimi pari al 25%, nell'area dell'euro al 22% e nel Regno Unito al 18% (figura 8).

Figura 8
Volatilità
(dati giornalieri; valori %)

Stati Uniti
Area dell'euro
Regno Unito

Fonte: Thomson Reuters, Datastream.
Gli indici considerati sono: S&P 500 per gli Stati Uniti, Dow Jones Euro Stoxx per l'Area dell'euro, FTSE 100 per il Regno Unito

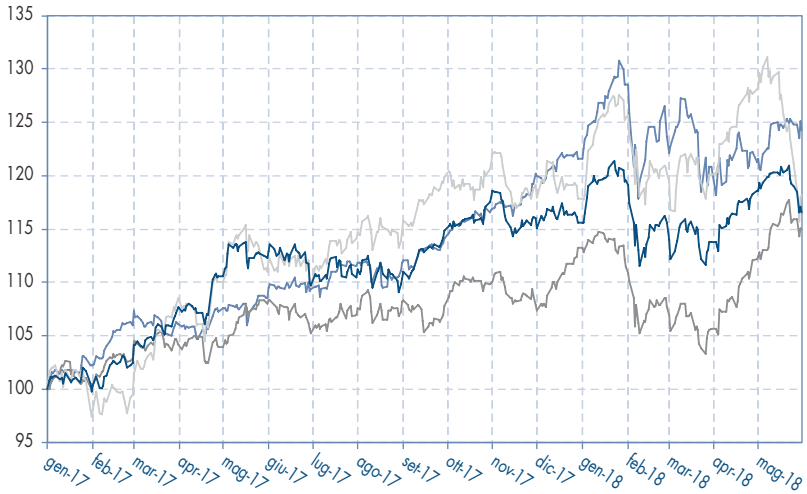


Già nella primavera del 2017 gli indici azionari delle principali economie mondiali mostravano tendenze al rialzo, più rapide per Stati Uniti e Regno Unito, più contenute per l'area dell'euro, dove la crescita del prodotto appariva più incerta. Nell'arco della seconda metà del 2017 il mercato azionario statunitense guadagnava l'11,2% (+21,6% nell'intero anno), quello britannico il 7,6% (+13,2%) e quello dell'area dell'euro il 5,4% (+15,6%) (figura 9).

Figura 9
Indici azionari (*)
(dati giornalieri; punti base; 01-gen-2017=100)

— *Stati Uniti*
— *Regno Unito*
— *Italia*
— *Area dell'euro*

(*) Total return index
Fonte: Thomson Reuters, Datastream.
Indici elaborati da Datastream, rappresentativi dei singoli mercati considerati (nelle rispettive valute)

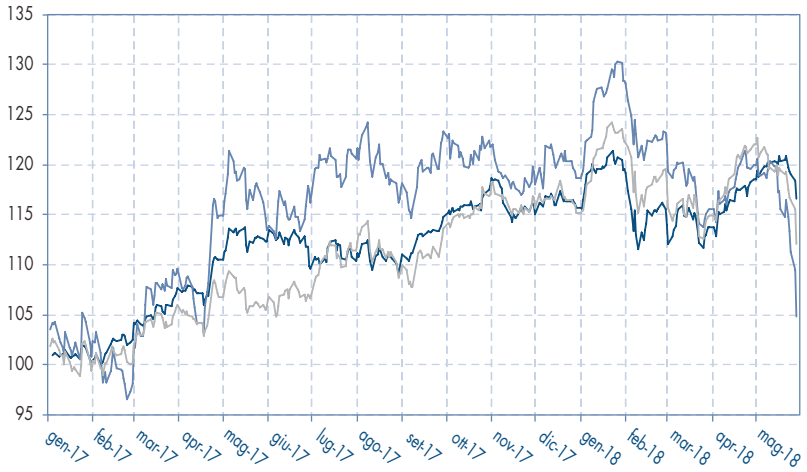


Dopo un mese di gennaio in linea con queste tendenze, le mutate condizioni di mercato si sono tradotte in una flessione dei corsi azionari; nell'area dell'euro gli indici hanno risentito anche delle incertezze politiche e finanziarie relative a Italia e Spagna. Rispetto alla fine dello scorso anno, gli aumenti si commisuravano, il 31 maggio al 2,2% per gli Stati Uniti, all'1,5% per il Regno Unito, allo 0,8% per l'area dell'euro.

Figura 10
Indici azionari settoriali dell'area dell'euro (*)
(dati giornalieri; punti base; 01-gen-2017=100)

— *Totale mercato*
— *Banche*
— *Assicurazioni*

(*) Total return index
Fonte: Thomson Reuters, Datastream.
Indici elaborati da Datastream, rappresentativi dei singoli mercati considerati

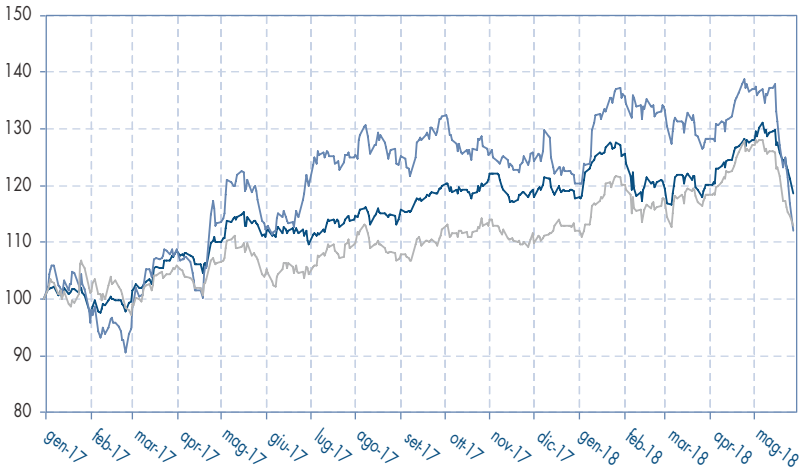


Nell'area dell'euro l'indice azionario del settore bancario ha registrato, nei primi sei mesi del 2017, un rialzo del 16,3%, principalmente attribuibile al miglioramento della qualità del credito e alla crescita della redditività, segnando, nel complesso, una performance migliore rispetto al settore assicurativo, per il quale si registrava un rialzo pari al 6,7%. Nella seconda metà del 2017 la crescita dell'indice azionario del settore bancario ha registrato un rallentamento, totalizzando una variazione complessiva nel periodo pari al 2,1%, risentendo anche della pubblicazione, in ottobre, da parte dell'Organo di vigilanza bancaria della BCE, delle linee guida per la gestione dei crediti deteriorati da parte delle banche. Nello stesso periodo, l'indice azionario del settore assicurativo proseguiva il trend crescente (+8,0%). Nei primi mesi del 2018 i corsi delle banche hanno condiviso le oscillazioni del mercato azionario

mostrando una contrazione più accentuata nella seconda metà del mese di maggio: dall'inizio dell'anno e fino al 31 maggio scorso, l'indice rappresentativo del settore bancario registrava, nel complesso, una contrazione pari al 12,7%. I corsi azionari assicurativi segnavano un calo meno marcato e pari al 3,2%.

Con riferimento all'Italia, i corsi azionari settoriali hanno mostrato una dinamica analoga nei primi sei mesi del 2017, caratterizzata da un rialzo complessivo delle quotazioni bancarie e assicurative (pari, rispettivamente, al 19,9% e al 4,3%; +9,7% per l'intero mercato). Nella seconda metà dello stesso anno le quotazioni del settore bancario sono risultate piuttosto stazionarie (+0,4%), ritornando da inizio anno su un percorso di crescita interrottosi alla metà di maggio (+14,6% tra il 1° gennaio 2018 e il 15 maggio). Il successivo brusco calo dei corsi, attribuibile principalmente alle incertezze politiche italiane, ha portato l'indice a totalizzare una variazione nei primi 5 mesi dell'anno pari all'8,6%. Il percorso seguito dagli indici borsistici assicurativi è risultato, al contrario, generalmente crescente sia nella seconda metà dello scorso anno (+7,5%) sia nei primi mesi del 2018 (+12,2%). Le turbolenze di fine maggio hanno riportato l'indice sui livelli del 1° gennaio scorso (+0,1%). La variazione al 31 maggio dell'indice rappresentativo dell'intero mercato era pari allo 0,3%.

Figura 11
Indici azionari settoriali italiani (*)
(dati giornalieri; punti base; 01-gen-2017=100)



Totale mercato
Banche
Assicurazioni

(*) Total return index
Fonte: Thomson Reuters, Datastream.
Indici elaborati da Datastream, rappresentativi dei singoli mercati considerati

2

L'ASSICURAZIONE ITALIANA: I DATI SIGNIFICATIVI 2017

Nel 2017 il risultato d'esercizio dopo le tasse, delle imprese di assicurazione italiane ha sfiorato i 6 miliardi, in linea con i risultati dei cinque anni precedenti. Il ROE complessivo per l'industria assicurativa è rimasto stabile ed è prossimo al 10%. A questo risultato positivo ha contribuito principalmente la gestione assicurativa tecnica che, seppur in diminuzione rispetto all'ultimo anno, ha sfiorato i 6,5 miliardi. In particolare è il risultato tecnico del settore vita che, pur positivo per 3,4 miliardi, è in calo rispetto al 2016 mentre nel settore danni si è assistito a una sostanziale stabilità (3,1 miliardi). Nel corso del 2017 sono diminuite le imprese nazionali operanti in Italia a seguito di fusioni e acquisizioni di imprese; stabile il numero delle rappresentanze di imprese estere stabilite nel nostro Paese.

LE IMPRESE IN ESERCIZIO

Le imprese di assicurazione in esercizio al 31 dicembre 2017 erano 213 (215 alla stessa data dell'anno precedente). Se, infatti, le imprese con sede legale in Italia diminuiscono fra il 2016 e il 2017 (da 109 a 100), aumentano le rappresentanze estere (da 106 a 1113), per la maggior parte comunitarie (110). Inoltre, alla data del 31 dicembre 2017, operavano in regime di libera prestazione circa 1.000 imprese con sede nell'UE (o in altri paesi aderenti allo Spazio Economico Europeo).

Numero delle imprese ripartite secondo la natura giuridica

SETTORE DI ATTIVITÀ	ANNO (situazione al 31 dicembre)	IMPRESE NAZIONALI				RAPPRESENTANZE ESTERE		TOTALE IMPRESE NAZIONALI ED ESTERE
		società per azioni	società cooperative	società mutue	Totale	con sede legale in un paese EXTRA UE	con sede legale in un paese UE	
Danni	2016	53	–	2	55	3	62	120
	2017	50	–	2	52	3	69	124
Vita	2016	41			41	–	22	63
	2017	35			35	–	22	57
Riassicuratrici	2016	–	–	–	–	–	7	7
	2017	–	–	–	–	–	7	7
Multiramo	2016	11	1	1	13	–	12	25
	2017	11	1	1	13	–	12	25
TOTALE	**2016**	**105**	**1**	**3**	**109**	**3**	**103**	**215**
	2017	**96**	**1**	**3**	**100**	**3**	**110**	**213**

Al 31 dicembre 2017, 57 imprese (63 nel 2016) esercitavano esclusivamente i rami vita (di cui 22 rappresentanze) e 124 (120 nel 2016) esclusivamente i rami danni (di cui 69 rappresentanze); 25 imprese esercitavano sia i rami vita sia i rami danni (di cui 12 rappresentanze), costituendo in termini di quota di mercato circa il 35% della raccolta premi totale; esercitavano la sola riassicurazione 7 imprese, tutte rappresentanze di imprese estere. Alla stessa data erano socie di ANIA 132 imprese (di cui 21 socie corrispondenti).

Con riferimento alla natura giuridica delle 100 imprese aventi sede legale in Italia, si distinguono 96 società per azioni, 3 società di mutua assicurazione e una sola società cooperativa.

L'ASSICURAZIONE ITALIANA: I DATI SIGNIFICATIVI 2017

I dati riportati nella prima parte del presente capitolo si riferiscono ai bilanci civilistici (redatti secondo i principi contabili nazionali) delle imprese assicurative italiane e si differenziano da quelli risultanti dal nuovo regime di solvibilità (Solvency II) sia in termini di valutazione delle attività e delle passività (*fair value*) sia in termini di classificazione degli elementi di bilancio. I bilanci civilistici delle compagnie italiane non seguono, infatti, ancora i principi contabili IAS/IFRS espressi anch'essi a valori di mercato, in linea con quanto richiesto da Solvency II. I dati principali relativi ai criteri dettati da questo nuovo regime vengono invece commentati nell'ultima parte del presente capitolo (da pag. 63 in poi).

IL CONTO ECONOMICO

Conto economico
Valori in milioni

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Conto tecnico dei rami danni e vita (*)								
Premi diretti e indiretti	123.546	108.420	103.139	117.374	142.035	146.005	132.954	129.302
Variazione riserve (-)	32.825	3.106	9.631	29.520	60.006	53.343	49.039	38.951
Utile investimenti	14.109	3.978	27.480	20.068	22.511	17.770	18.291	20.053
Altri proventi tecnici	1.484	1.429	1.560	1.641	1.781	2.325	2.624	2.824
Oneri relativi ai sinistri (-)	92.105	99.376	98.776	88.322	84.838	90.530	82.209	90.512
Spese di gestione (-)	12.540	12.283	11.539	11.725	12.126	12.382	12.213	12.356
Altri oneri tecnici (-)	2.311	2.272	2.537	2.625	2.744	3.330	3.619	3.844
Risultato	**-642**	**-3.210**	**9.696**	**6.891**	**6.613**	**6.516**	**6.789**	**6.515**
Conto tecnico dei rami danni (*)								
Premi diretti e indiretti	32.954	34.052	32.763	31.618	31.071	30.501	29.777	30.010
Variazione riserve premi (-)	496	462	-494	-623	-282	-173	190	447
Utile investimenti	1.095	640	1.660	1.262	1.346	1.288	1.161	1.280
Altri proventi tecnici	440	451	469	429	393	382	401	403
Oneri relativi ai sinistri (-)	25.106	25.199	23.480	21.323	20.187	19.291	18.826	18.755
Spese di gestione (-)	8.141	8.322	8.018	8.041	8.243	8.318	8.219	8.320
Altri oneri tecnici (-)	1.121	1.054	1.124	1.021	913	984	1.015	1.015
Risultato	**-375**	**106**	**2.765**	**3.546**	**3.749**	**3.751**	**3.089**	**3.156**
Conto tecnico dei rami vita (*)								
Premi diretti e indiretti	90.592	74.368	70.376	85.756	110.963	115.504	103.177	99.291
Variazione riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	32.329	2.644	10.125	30.143	60.288	53.516	48.849	38.505
Utile investimenti	13.014	3.338	25.820	18.806	21.166	16.482	17.130	18.774
Altri proventi tecnici	1.044	978	1.091	1.212	1.388	1.943	2.223	2.421
Oneri relativi ai sinistri (-)	66.999	74.177	75.296	66.999	64.651	71.239	63.383	71.757
Spese di gestione (-)	4.399	3.961	3.521	3.684	3.884	4.064	3.994	4.036
Altri oneri tecnici (-)	1.190	1.218	1.413	1.604	1.831	2.346	2.604	2.829
Risultato	**-267**	**-3.316**	**6.931**	**3.344**	**2.864**	**2.765**	**3.700**	**3.360**
Conto non tecnico (*)								
Proventi netti rami danni	201	-734	94	825	925	860	1.121	1.394
Proventi netti rami vita	839	265	1.626	1.444	1.917	1.821	1.824	1.775
Saldo altri proventi altri oneri	-1.763	-1.551	-1.922	-2.182	-2.064	-2.104	-2.251	-2.362
Risultato attività ordinaria	**-1.365**	**-5.230**	**9.494**	**6.978**	**7.391**	**7.093**	**7.483**	**7.321**
Risultato attività straordinaria	**614**	**478**	**-28**	**1.314**	**961**	**1.010**	**223**	**459**
Imposte (-)	-48	-1.099	3.696	3.062	2.405	2.395	2.006	1.806
Utile/Perdita dell'esercizio	**-703**	**-3.653**	**5.770**	**5.231**	**5.947**	**5.709**	**5.700**	**5.974**
Utile/Perdita d'esercizio danni	*-998*	*-1.016*	*641*	*2.125*	*2.448*	*1.956*	*2.114*	*2.439*
Utile/Perdita d'esercizio vita	*295*	*-2.637*	*5.129*	*3.105*	*3.498*	*3.753*	*3.586*	*3.535*
Return on Equity	-1,4%	-7,1%	11,5%	9,7%	10,1%	9,6%	9,4%	9,9%
Return on Equity (danni)	-4,6%	-4,7%	3,1%	9,7%	10,2%	7,9%	8,4%	9,7%
Return on Equity (vita)	1,1%	-8,8%	17,3%	9,8%	10,1%	10,8%	10,2%	10,0%

(*) Voci espresse al netto di cessioni e retrocessioni

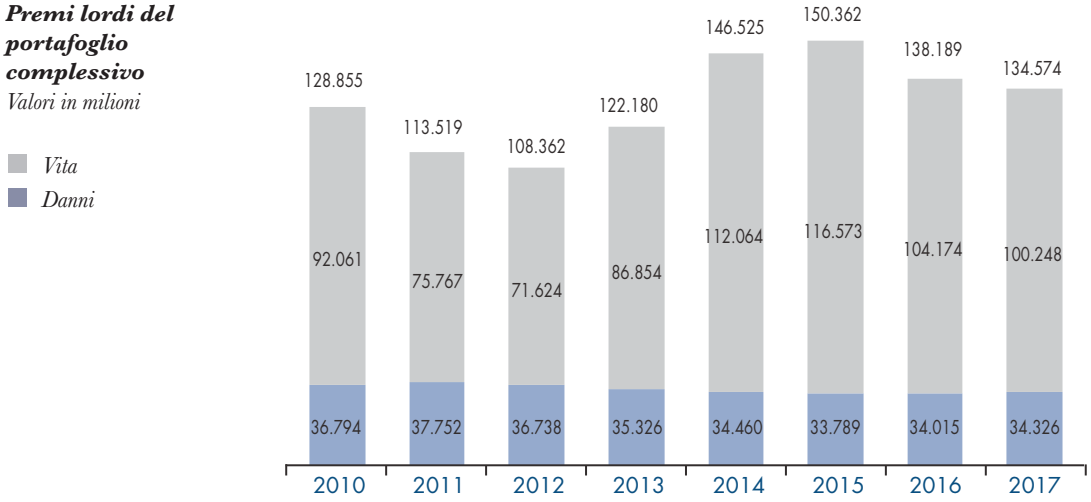
IL CONTO TECNICO

I premi

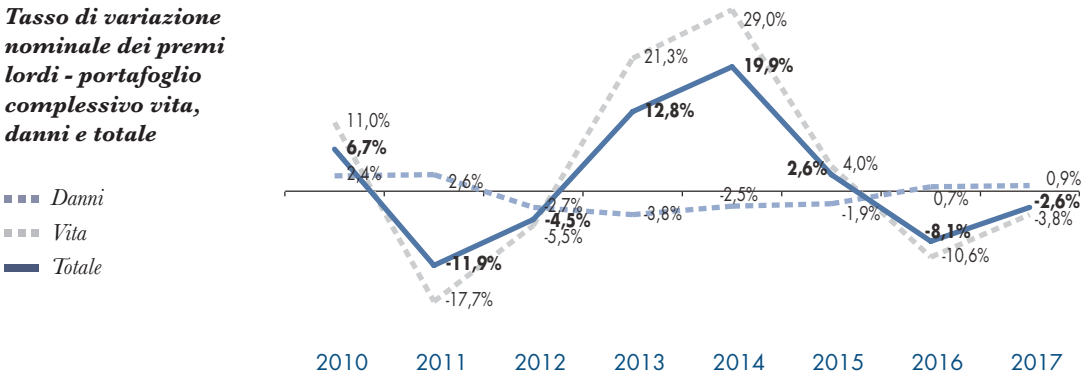
I premi complessivi del portafoglio italiano ed estero, diretto e indiretto, al lordo della riassicurazione, raccolti dalle imprese aventi la sede legale in Italia e dalle rappresentanze di imprese estere non comunitarie, sono stati nel 2017 pari a 134.574 milioni. In particolare, 34.326 milioni sono stati raccolti nei rami danni e 100.248 milioni nei rami vita. Il calo complessivo è stato pari al 2,6%: si tratta della seconda riduzione registrata dopo tre anni di progressiva crescita che, dal 2012, aveva visto i premi aumentare di oltre 40 miliardi. La diminuzione del 2017 è dovuta al comparto vita i cui premi si sono contratti del 3,8% (dopo la riduzione del 10,6% rilevata nel 2016); i premi del settore danni invece, dopo quattro anni di contrazione, confermano il cambio di tendenza già avviato nel 2016 e registrano un aumento dello 0,9%.

Come conseguenza di questi andamenti, la quota dei premi vita sul totale è diminuita rispetto all'anno precedente dal 75,4% al 74,5%.

Premi lordi del portafoglio complessivo
Valori in milioni



Tasso di variazione nominale dei premi lordi - portafoglio complessivo vita, danni e totale



I **premi complessivi, al netto della quota dei premi ceduti** (pari a 5.272 milioni, il 3,9% del totale) hanno raggiunto 129.302 milioni: 30.010 milioni nei rami danni e 99.291 milioni nei rami vita.

Le prestazioni per sinistri

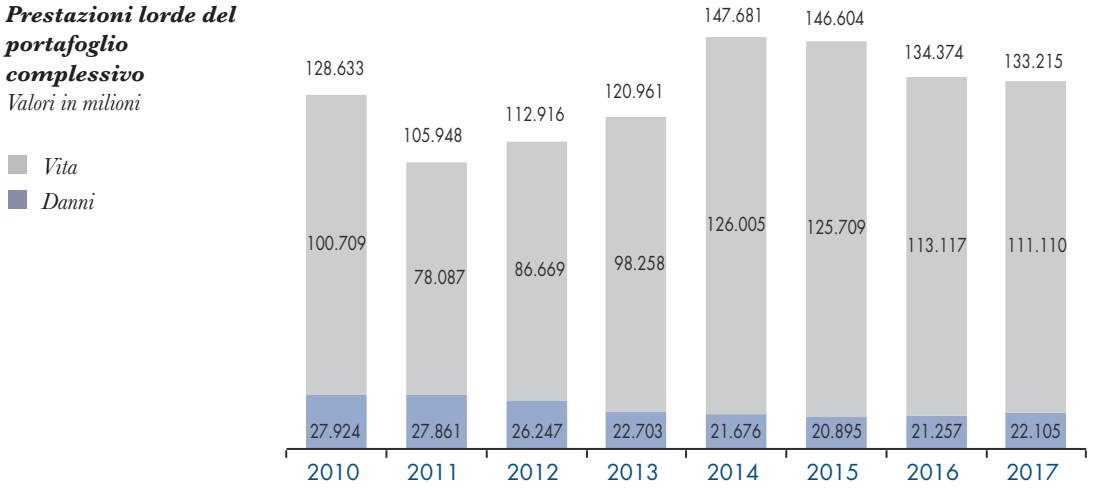
Le **prestazioni agli assicurati** e agli altri aventi diritto, **al lordo della riassicurazione**, sono ottenute come somma delle seguenti componenti:

- oneri relativi ai sinistri e variazione della riserva premi per i rami danni;
- oneri relativi ai sinistri e variazione delle riserve matematiche e delle altre riserve tecniche per i rami vita.

L'importo di tali prestazioni è stato complessivamente pari a 133.215 milioni (-0,9% rispetto al 2016): 22.105 nei rami danni (+4,0%) e 111.110 nei rami vita (-1,8%).

La **quota a carico della riassicurazione** è stata pari a 3.751 milioni; conseguentemente **l'ammontare netto delle prestazioni** è stato di 129.464 milioni (-1,4%): 19.202 nei rami danni e 110.261 nei rami vita.

Prestazioni lorde del portafoglio complessivo
Valori in milioni



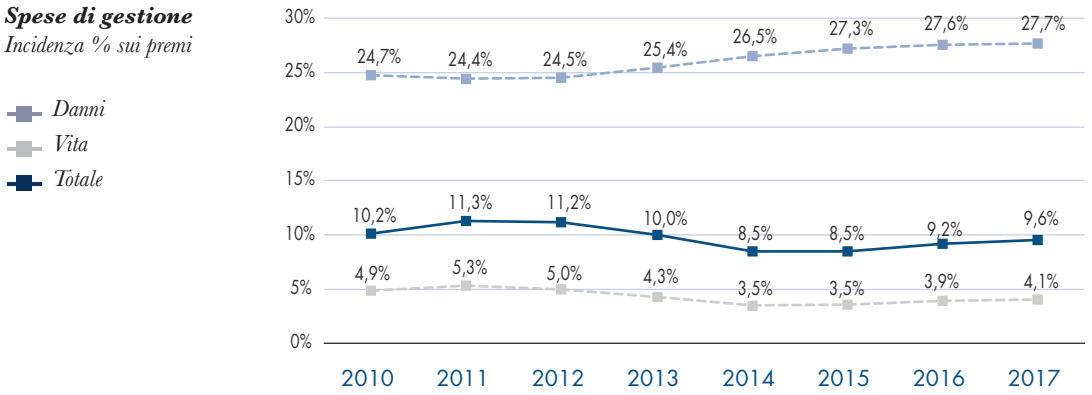
Le spese di gestione

Le **spese di gestione** del lavoro diretto e indiretto, al netto delle cessioni in riassicurazione, che comprendono gli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi, per l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva e le spese di amministrazione relative alla gestione tecnica, sono state pari a 12.356 milioni (+1,2% rispetto al 2016). In presenza inoltre di un calo dei premi, l'incidenza delle

spese di gestione sui premi contabilizzati è aumentata risultando pari a 9,6% (era stata 9,2% nel 2016).

Le incidenze delle spese per le singole gestioni vita e danni hanno invece andamenti diversi, come conseguenza di una differente variazione dei premi nei due settori (in diminuzione i premi vita, sostanzialmente stabili quelli danni). In particolare, nel 2017, le spese di gestione dei rami danni, pari a 8.320 milioni (8.219 nel 2016), hanno registrato un'incidenza sui premi del 27,7% (27,6% nel 2016); le spese di gestione dei rami vita, pari nel 2017 a 4.036 milioni (3.994 nel 2016), hanno inciso sui premi per il 4,1% (3,9% nel 2016).

Spese di gestione
Incidenza % sui premi



Il risultato del conto tecnico

Il **risultato del conto tecnico complessivo** (danni e vita) – al netto della riassicurazione – è stato positivo per 6.515 milioni, con un'incidenza pari al 5,0% sui premi diretti e indiretti netti, in linea con l'anno precedente. Nei rami danni il risultato del conto tecnico è stato positivo per 3,1 miliardi (come nel 2016); l'incidenza sui premi è passata dal 10,4% nel 2016 al 10,5% nel 2017. Nei rami vita il risultato del conto tecnico è stato positivo per 3,4 miliardi (in diminuzione rispetto ai 3,7 miliardi registrati nel 2016); l'incidenza di tale risultato sui premi è diminuita dal 3,6% nel 2016 al 3,4% nel 2017.

Risultato Conto Tecnico/Premi
Incidenza % sui premi netti contabilizzati

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Danni e Vita	-0,5%	-3,0%	9,4%	5,9%	4,7%	4,5%	5,1%	5,0%
Danni	-1,1%	0,3%	8,4%	11,2%	12,1%	12,3%	10,4%	10,5%
Vita	-0,3%	-4,5%	9,8%	3,9%	2,6%	2,4%	3,6%	3,4%

IL RISULTATO DEGLI INVESTIMENTI

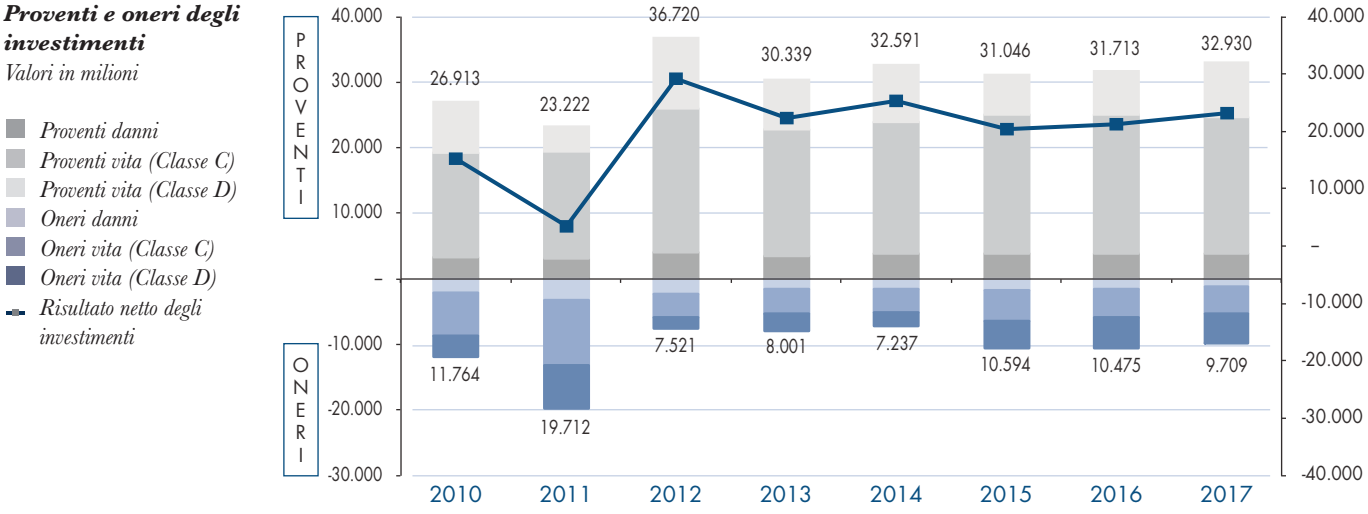
Nel 2017 i **proventi da investimenti** sono stati pari a 32.930 milioni (31.713 nel 2016), in aumento del 3,8%. In particolare:

- i proventi del settore danni, pari a 3.846 milioni, sono aumentati dello 0,9%;
- i proventi del settore vita (Classe C), pari a 20.838 milioni, sono diminuiti dell'1,7%;
- i proventi del settore vita (Classe D), pari a 8.246 milioni, sono aumentati di oltre il 20%.

Più in dettaglio, come evidenziato nella tavola seguente, i **proventi lordi ordinari, vita e danni** sono così ripartiti:

- *titoli, obbligazioni e altri investimenti,* per un importo di 17.993 milioni (+0,5% rispetto al 2016), rappresentano il 54,6% del totale;
- *proventi da investimento a beneficio degli assicurati e proventi derivanti dalla gestione dei fondi pensione (Classe D),* per un importo pari a 8.246 milioni (+22,9% rispetto al 2016), rappresentano il 25,0% del totale;
- *rettifiche di valore e realizzi di investimenti,* per un importo di 3.406 milioni (-14,3% rispetto al 2016), rappresentano il 10,3% del totale;
- *azioni e quote*, per un importo di 3.104 milioni (+5,3% rispetto al 2016), rappresentano il 9,4% del totale;
- *terreni e fabbricati*, per un importo di 182 milioni (-2,9% rispetto al 2016), rappresentano lo 0,6% del totale.

Proventi e oneri degli investimenti
Valori in milioni



Composizione % proventi lordi ordinari
Vita e Danni

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Azioni o quote	6,4%	6,8%	4,5%	6,3%	8,6%	8,7%	9,3%	9,4%
Terreni e fabbricati	0,8%	1,0%	0,6%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%
Titoli, obblig. e altri inv.	48,8%	63,7%	43,2%	53,3%	53,0%	56,7%	56,4%	54,6%
Plusvalenze	15,3%	12,3%	22,3%	14,8%	11,5%	15,0%	12,5%	10,3%
Inv. a beneficio	28,6%	16,2%	29,4%	24,9%	26,2%	18,9%	21,2%	25,0%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Gli **oneri** da investimento sono diminuiti passando da 10.475 milioni nel 2016 a 9.709 nel 2017. In particolare:

- gli oneri del settore danni, per un importo pari a 1.173 milioni, sono diminuiti di oltre il 20%; ne è derivato un risultato netto degli investimenti positivo per 2.673 milioni, in miglioramento rispetto al risultato del 2016 (2.283 milioni);
- gli oneri del settore vita (Classe C), pari a 4.157 milioni, sono diminuiti del 3,7%, implicando un risultato netto degli investimenti ancora positivo e pari a 16.681 milioni, in lieve calo rispetto a quello registrato nel 2016 (16.876 milioni);
- gli oneri del settore vita (Classe D), pari a 4.379 milioni, sono diminuiti del 5,4% rispetto al 2016; ciò ha determinato un aumento del risultato netto degli investimenti che è stato positivo e pari a 3.867 milioni (2.079 milioni nel 2016).

Nel complesso, il **risultato netto degli investimenti** per l'intero settore assicurativo è stato positivo e pari a 23.221 milioni (era positivo e pari a 21.237 nel 2016). Di questi, 20.053 milioni (86%) afferiscono al conto tecnico (erano 18.291 milioni nel 2016) mentre 3.168 milioni (14%) al conto non tecnico (erano 2.945 milioni nel 2016).

I proventi straordinari, al lordo degli oneri, sono stati pari a 857 milioni in aumento rispetto ai 591 milioni del 2016. I relativi oneri sono stati pari a 398 milioni (368 nel 2016).

IL RISULTATO DELL'ESERCIZIO

Il **risultato dell'attività ordinaria**, danni e vita, ha raggiunto nel 2017 i 7.321 milioni (7.483 nel 2016); il risultato dell'**attività straordinaria** (che si aggiunge a quella ordinaria) è rimasto positivo per 459 milioni ed è in aumento rispetto ai 223 milioni del 2016. Sommando il risultato dell'attività ordinaria e quello dell'attività straordinaria si ottiene il **risultato prima delle imposte,** pari a 7.780 milioni, in linea con l'anno precedente.

Se si considera l'effetto della tassazione, pari a 1.806 milioni, il **risultato complessivo** del settore evidenzia nel 2017 un **utile di 5.974 milioni**: l'utile del settore danni è stato pari a 2.439 milioni mentre quello relativo al settore vita è stato pari a 3.535 milioni.

A fronte di un utile complessivo di quasi 6 miliardi quindi, la redditività del settore assicurativo (espressa dal ROE, *Return on Equity*) ha raggiunto nel 2017 il 9,9%, in lieve crescita rispetto al 2016 (9,4%); i due settori danni e vita hanno infine registrato un valore del ROE pari rispettivamente a 9,7% (8,4% nel 2016) e 10,0% (10,2% nel 2016).

Conto economico per settore di attività
Valori in milioni

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Danni								
Risultato del conto tecnico	-375	106	2.765	3.546	3.749	3.751	3.089	3.156
Proventi da investimenti	201	-734	94	825	925	860	1.122	1.393
Risultato intermedio di gestione	-174	-628	2.859	4.371	4.674	4.612	4.211	4.549
Altri proventi netti	-1.185	-948	-1.295	-1.354	-1.502	-1.469	-1.438	-1.474
Proventi netti straordinari	218	386	1	473	450	72	137	210
Imposte sul reddito di esercizio (-)	-143	-174	924	1.365	1.173	1.259	795	846
Utile/perdita dell'esercizio	-998	-1.016	641	2.125	2.448	1.956	2.114	2.439
Vita								
Risultato del conto tecnico	-266	-3.316	6.931	3.344	2.864	2.765	3.700	3.360
Proventi da investimenti	839	265	1.626	1.444	1.917	1.821	1.824	1.775
Risultato intermedio di gestione	573	-3.051	8.557	4.788	4.781	4.586	5.525	5.135
Altri proventi netti	-578	-603	-627	-828	-563	-636	-814	-891
Proventi netti straordinari	396	93	-29	841	511	939	86	250
Imposte sul reddito di esercizio (-)	96	-925	2.772	1.696	1.231	1.136	1.211	959
Utile/perdita dell'esercizio	295	-2.637	5.129	3.105	3.498	3.753	3.586	3.535

In particolare, relativamente al settore **danni**, nel 2017 l'utile di 2.439 milioni è risultato in miglioramento del 15% rispetto ai 2.114 milioni del 2016; questo risultato è determinato da dinamiche differenti registrate dalle seguenti voci:

- il **risultato intermedio di gestione** (somma del risultato tecnico e del risultato netto degli investimenti afferente alla parte non tecnica del bilancio) pari a 4.549 milioni è risultato in aumento di 300 milioni rispetto al 2016;
- il saldo degli **altri proventi netti**, è stato negativo per 1.474 milioni, quasi come nel 2016 (-1.438);
- il saldo dei **proventi netti straordinari** è stato positivo per 210 milioni, in linea con il 2016 (137 milioni);
- le **imposte sul reddito** sono aumentate di quasi 100 milioni passando da 795 milioni nel 2016 a 846 milioni nel 2017.

Nel settore **vita** l'utile del 2017, pari a 3.535 milioni, è diminuito dell'1,4% rispetto ai 3.586 milioni del 2016; questo risultato è determinato da dinamiche differenti registrate dalle seguenti voci:

- il **risultato intermedio di gestione** (somma del risultato tecnico e del risultato netto degli investimenti afferente alla parte non tecnica del bilancio) pari a 5.135 milioni è diminuito di oltre 400 milioni rispetto ai 5.525 milioni del 2016;
- il saldo degli **altri proventi netti** è stato negativo per 891 milioni, in peggioramento di circa 80 milioni rispetto al 2016;
- il saldo positivo dei **proventi netti straordinari** è stato pari a 250 milioni, in aumento di oltre 160 milioni rispetto al valore del 2016 (86 milioni);
- il volume delle **imposte sul reddito** è stato pari a 959 milioni in lieve diminuzione rispetto ai 1.211 milioni del 2016).

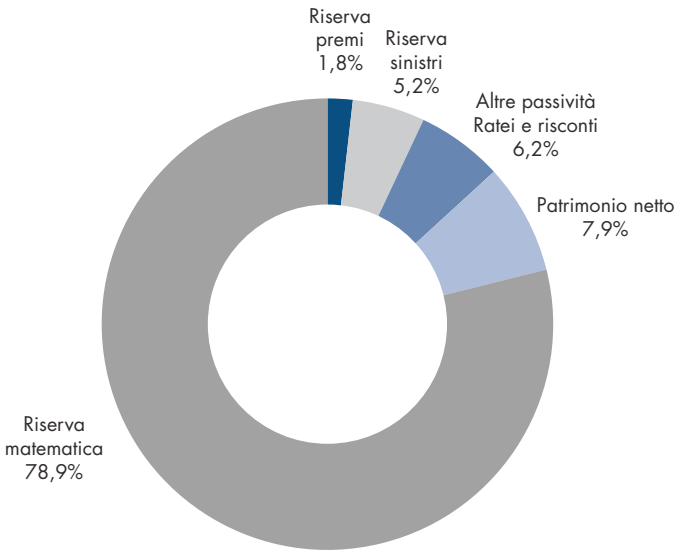
LA SITUAZIONE PATRIMONIALE – BILANCIO CIVILISTICO

Stato patrimoniale
Valori in milioni

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PASSIVO	586.815	585.665	603.706	641.230	703.134	762.742	810.241	848.717
PATRIMONIO NETTO	50.260	48.252	54.299	63.906	64.403	66.223	66.361	66.836
RISERVE TECNICHE	492.151	494.448	504.067	530.905	591.746	647.523	693.910	729.554
Rami danni	*65.859*	*66.697*	*66.838*	*64.764*	*63.368*	*62.005*	*61.384*	*59.988*
Rami vita	*426.292*	*427.751*	*437.229*	*466.141*	*528.378*	*585.518*	*632.525*	*669.566*
ALTRE PASSIVITÀ	43.703	42.238	44.601	45.739	46.301	48.380	49.353	51.811
RATEI E RISCONTI	701	728	739	680	684	616	617	518
ATTIVO	586.815	585.665	603.706	641.230	703.134	762.742	810.241	848.717
CREDITO VERSO SOCI	15	3	7	0	0	0	0	0
ATTIVI IMMATERIALI	6.310	6.001	5.747	6.194	6.907	6.664	6.521	6.378
INVESTIMENTI:	517.014	511.384	526.975	562.960	629.566	692.645	741.207	779.067
Terreni e fabbricati	*6.513*	*6.902*	*6.780*	*6.459*	*6.041*	*6.645*	*6.251*	*6.187*
Azioni e quote	*56.751*	*54.347*	*50.129*	*57.297*	*56.387*	*57.022*	*56.808*	*59.913*
Obbligazioni ed altri titoli a reddito fisso	*306.898*	*316.029*	*335.627*	*363.826*	*410.269*	*437.571*	*464.578*	*473.549*
Investimenti a beneficio degli assicurati e derivanti dalla gestione dei fondi pensione	*112.144*	*98.911*	*97.521*	*96.814*	*108.771*	*128.252*	*139.521*	*154.315*
RISERVE TECNICHE A CARICO DEI RIASSICURATORI	18.737	17.546	17.768	16.533	15.109	14.104	13.734	13.646
CREDITI	26.576	26.875	26.497	28.192	28.612	26.559	28.200	29.741
ALTRI ELEMENTI DELL'ATTIVO	13.068	18.619	21.428	21.868	17.164	16.954	14.664	14.165
RATEI E RISCONTI	5.093	5.238	5.284	5.483	5.777	5.814	5.914	5.720

Il passivo

Composizione % passività – 2017



848.718 milioni

Nel 2017, il totale delle voci del passivo dello stato patrimoniale, pari a 848.718 milioni, è aumentato di circa il 5% rispetto al 2016.

In particolare:

- il *patrimonio netto*, pari a 66.836 milioni, è aumentato dello 0,7% rispetto al 2016; esso rappresenta il 7,9% del totale del passivo.
- le *riserve tecniche*, che rappresentano gli impegni assunti nei confronti degli assicurati, sono state pari a 729.554 milioni e hanno registrato un aumento del 5,1% rispetto al 2016; esse costituiscono l'86% del totale del passivo. Le riserve vita, che hanno un peso del 78,9%, sono aumentate del 5,9%, mentre le riserve danni (sinistri e premi) sono diminuite di oltre il 2%;
- le *altre passività*, pari a 51.811 milioni (6,1% del totale), sono aumentate del 5% rispetto all'anno precedente.
- i *ratei e risconti* sono stati pari a 518 milioni (0,1% del totale).

L'attivo

A fronte delle passività sono iscritti investimenti, riserve tecniche a carico dei riassicuratori, crediti, altri elementi dell'attivo, ratei e risconti per un importo complessivo di 848.717 milioni, che pareggia il totale del passivo.

In particolare:

- *gli investimenti*, pari a 779.067 milioni (+5,1% rispetto al 2016), rappresentano oltre il 90% del totale attivo. Gli investimenti dei rami danni sono stati pari a 84.769 milioni (l'11% del totale) e quelli dei rami vita pari a 694.298 milioni (89% del totale).

Nel dettaglio, gli investimenti complessivi risultano così distribuiti:

- 473.549 milioni (61% del totale) per le obbligazioni e altri titoli a reddito fisso, con una variazione positiva di circa il 2%;
- 154.315 milioni (19,8% del totale) per gli investimenti di Classe D, con una variazione positiva del 10,6%;
- 85.103 milioni (10,9% del totale) per le quote di fondi comuni e altri investimenti, con una variazione positiva del 14,9%;
- 59.913 milioni (7,7% del totale) per azioni e quote, con una variazione positiva del 5,5%;

- 6.187 milioni (0,8% del totale) per terreni e fabbricati, con una variazione negativa dell'1%.

– le *riserve tecniche a carico dei riassicuratori,* pari a 13.646 milioni, sono diminuite dello 0,6% e rappresentano l'1,6% del totale attivo;
– i *crediti* sono pari a 29.741 milioni (3,5% del totale), con un incremento del 5,5%.
– i *crediti verso soci* (pari a zero), gli *attivi immateriali (*6.378 milioni) e gli *altri elementi dell'attivo* (14.165 milioni) hanno raggiunto un totale di 20.543 milioni (2,4% del totale), con una diminuzione del 3,0%;
– i *ratei e risconti,* pari a 5.720 milioni (0,7% del totale), sono diminuiti del 3,3%.

UN'ANALISI DEL RETURN ON EQUITY NEI SETTORI DANNI E VITA

Il Return on Equity (ROE), ottenuto rapportando il risultato dell'esercizio (utile o perdita) al patrimonio netto, è un indice sintetico che consente di esprimere un giudizio complessivo sull'andamento economico di un'impresa. Per una più attenta interpretazione delle grandezze che entrano in gioco nella determinazione finale dell'utile o della perdita di un'impresa è opportuno analizzare separatamente gli elementi che concorrono al ciclo produttivo aziendale. Nel caso delle imprese di assicurazione questo aspetto è particolarmente vero dal momento che alla gestione assicurativa (che attiene specificamente all'attività di sottoscrizione e gestione dei rischi assicurati) si aggiunge una componente finanziaria (o non prettamente assicurativa) che costituisce parte integrante dell'intero processo d'impresa.

La complementarità che lega queste due attività, in quanto parti di una gestione unitaria, consente di esprimere la formulazione del ROE in modo forse più complesso ma con un dettaglio di analisi più approfondito, evidenziando l'impatto che questi due fattori hanno sul risultato finale. In particolare l'indicatore in questione si può anche calcolare attraverso le seguenti componenti:

$$ROE = \left\{\left[\left(\frac{GA}{RTn} + ROI\right) \times (L)\right] + \left(ROI + \frac{GS}{PN}\right)\right\} \times (1 - T)$$

GESTIONE ORDINARIA — LEVA — GESTIONE STRAORDINARIA — TASSAZIONE

La formulazione evidenzia come la redditività di un'impresa di assicurazione dipenda sostanzialmente da tre elementi principali: la gestione ordinaria, la gestione non assicurativa (o gestione straordinaria) e la componente relativa alla tassazione.

Gestione ordinaria: la redditività della gestione ordinaria si ottiene come somma della redditività della gestione assicurativa (GA/RTn: risultato della gestione assicurativa/riserve tecniche nette) e della redditività finanziaria ordinaria, ossia del tasso di rendimento degli attivi (ROI: proventi da investimento/totale degli attivi). Dalla formula si evidenzia anche come la redditività della gestione ordinaria dia un contributo alla redditività dei mezzi propri in funzione del livello raggiunto dalla "leva" finanziario-assicurativa "L"; tale valore è ottenuto dal rapporto tra le riserve tecniche nette e il patrimonio netto (L=RTn/PN), ossia dal rapporto tra i mezzi di terzi (le riserve tecniche) e i mezzi propri dell'impresa (patrimonio netto). Per la natura stessa della gestione assicurativa, che determina una permanente e rilevante esposizione debitoria dell'impresa verso gli assicurati, la leva è in genere maggiore dell'unità; è infine interessante notare l'effetto moltiplicativo della leva, che enfatizza negativamente o positivamente il risultato della gestione ordinaria a seconda che esso sia rispettivamente negativo o positivo.

Gestione straordinaria (GS/PN=gestione straordinaria/patrimonio netto): indica il rendimento della gestione straordinaria.

Tassazione (T): indicatore dell'imposizione fiscale calcolato come rapporto fra ammontare delle tasse pagate dall'impresa e utile d'esercizio.

Queste tre componenti, oltre a seguire logiche diverse in termini di contribuzione alla valorizzazione finale del ROE, hanno anche dinamiche diverse a seconda che si tratti del settore danni o di quello vita; per questa ragione l'analisi del ROE qui effettuata è stata fatta tenendo separate le due principali classi di affari.

Totale danni e vita – Il risultato complessivo (danni e vita) di settore relativo alla redditività del mercato assicurativo (tavola 1) è stato nel 2017 pari a 9,9%, in linea con quello degli ultimi quattro anni.

Il tasso di rendimento degli attivi è risultato positivo nel 2017 (3,1%) e analogo al valore del 2016 (3,0%) e del 2015 (3,1%) ma in calo rispetto al triennio precedente (5,5% nel 2012, 4,0% nel 2013 e 4,2% nel 2014). Il risultato della gestione assicurativa è stato negativo (-2,3%) in linea con i due anni precedenti. L'effetto combinato di questi due elementi, associato a un risultato della gestione straordinaria in crescita e pari a 0,8% (era stata 0,4% nel 2016), ha contribuito a determinare un indice di redditività positivo. La leva finanziario-assicurativa è stata pari a 11,5 (era 10,8 nel 2016).

Tavola 1 – Scomposizione del ROE nei rami Danni e Vita

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TOTALE (Danni e Vita)										
Tasso di Rendimento degli attivi (ROI)	-2,2%	6,2%	3,0%	0,7%	5,5%	4,0%	4,2%	3,1%	3,0%	3,1%
Redditività della gestione assicurativa (GA/RTn)	1,4%	-5,8%	-3,6%	-1,8%	-4,1%	-3,1%	-3,3%	-2,2%	-2,1%	-2,3%
Redditività della gestione straordinaria (GS/PN)	1,8%	1,8%	1,2%	0,9%	-0,1%	2,5%	1,6%	1,7%	0,4%	0,8%
Leva finanziario-assicurativa (L)	9,9	9,3	9,3	9,2	9,6	9,3	9,3	10,2	10,8	11,5
Indicatore dell'imposizione fiscale (T)	41,5%	25,3%	6,3%	23,1%	39,0%	36,9%	28,8%	29,6%	26,0%	23,2%
ROE	-4,8%	8,5%	-1,4%	-7,1%	11,5%	9,8%	10,2%	9,6%	9,4%	9,9%

Settore danni – La tavola 2 riporta per il totale settore danni i valori delle varie componenti costituenti il ROE per l'ultimo decennio. I risultati presentati sono relativi a tutte le imprese italiane e alle rappresentanze stabilite in Italia di imprese extra-UE ed escludono le riassicuratrici professionali.

Tavola 2 – Scomposizione del ROE nei rami Danni

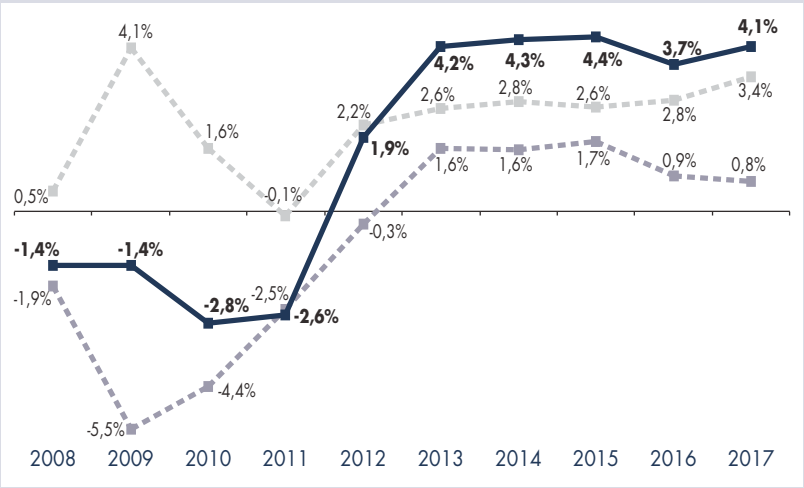
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DANNI										
Tasso di Rendimento degli attivi (ROI)	0,5%	4,1%	1,6%	-0,1%	2,2%	2,6%	2,8%	2,6%	2,8%	3,4%
Redditività della gestione assicurativa (GA/RTn)	-1,9%	-5,5%	-4,4%	-2,5%	-0,3%	1,6%	1,6%	1,7%	0,9%	0,8%
Redditività della gestione straordinaria (GS/PN)	1,8%	0,2%	1,0%	1,8%	0,0%	2,2%	1,9%	0,3%	0,5%	0,8%
Leva finanziario-assicurativa (L)	3,3	3,0	2,8	2,8	2,9	2,7	2,4	2,3	2,2	2,2
Indicatore dell'imposizione fiscale (T)	59,7%	-62,4%	12,5%	14,6%	59,1%	39,1%	32,4%	39,2%	27,3%	25,7%
ROE	-0,9%	0,3%	-4,6%	-4,7%	3,1%	9,7%	10,2%	7,9%	8,4%	9,7%

Il ROE del settore danni è risultato positivo nel 2017 e pari a 9,7%, in crescita rispetto all'8,4% del 2016. Vi ha contribuito il miglioramento registrato dall'attività finanziaria (passata da 2,8% a 3,4%), al quale si è contrapposto il lieve peggioramento del risultato dell'attività assicurativa, che alla fine del 2017 risultava pari allo 0,8% (0,9% nel 2016). Determinante anche il minor impatto fiscale: l'incidenza della tassazione passa dal 27,3% al 25,7%.

Nella figura 1 si evidenzia l'andamento della gestione ordinaria, "somma" dell'andamento delle due gestioni: assicurativa e finanziaria ordinaria.

Il risultato della gestione ordinaria (somma del ROI e della gestione assicurativa), positivo dal 2012, è stato pari a 4,1% nel 2017 (in aumento rispetto all'anno precedente). Le due componenti che determinano il risultato di tale gestione hanno contribuito in maniera oppo-

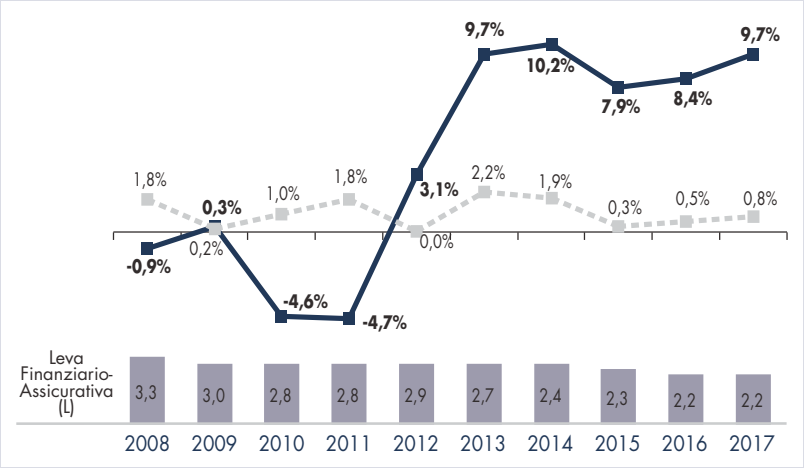
Figura 1
Gestione finanziaria e gestione assicurativa settore Danni



sta al ratio finale: l'aumento del ROI è stato solo parzialmente annullato dal lieve calo della gestione assicurativa.

La figura 2 analizza gli altri due elementi fondamentali nella valutazione della redditività assicurativa del settore: la leva finanziario-assicurativa e la gestione straordinaria. La leva finanziaria, data dal rapporto tra riserve tecniche nette e patrimonio netto, è progressivamente diminuita negli ultimi anni passando dal 3,3 del 2008 al 2,2 degli ultimi due anni osservati.

Figura 2 Gestione straordinaria, Leva e Return on Equity (ROE) settore Danni



Il risultato della gestione straordinaria, che nel 2013 e 2014 aveva contribuito in parte a migliorare la redditività del settore, è stato pari nel 2017 allo 0,8%, in linea con l'anno precedente. Il ROE ha raggiunto in quest'ultimo anno un valore pari al 9,7% (era 8,4% nel 2016).

Settore vita – Nel 2017 le compagnie vita hanno registrato un indice di redditività pari al 10% e in linea con l'anno precedente.

Dalla figura 3 è possibile analizzare meglio la complementarità fra la gestione finanziaria ordinaria (ROI) e la gestione dell'attività assicurativa (da cui scaturisce il risultato della gestione ordinaria come somma delle due componenti). Ai risultati tecnici negativi della gestione assicurativa si è sempre contrapposto in modo più che compensativo (tranne nel

Tavola 3 – Scomposizione del ROE nei rami Vita

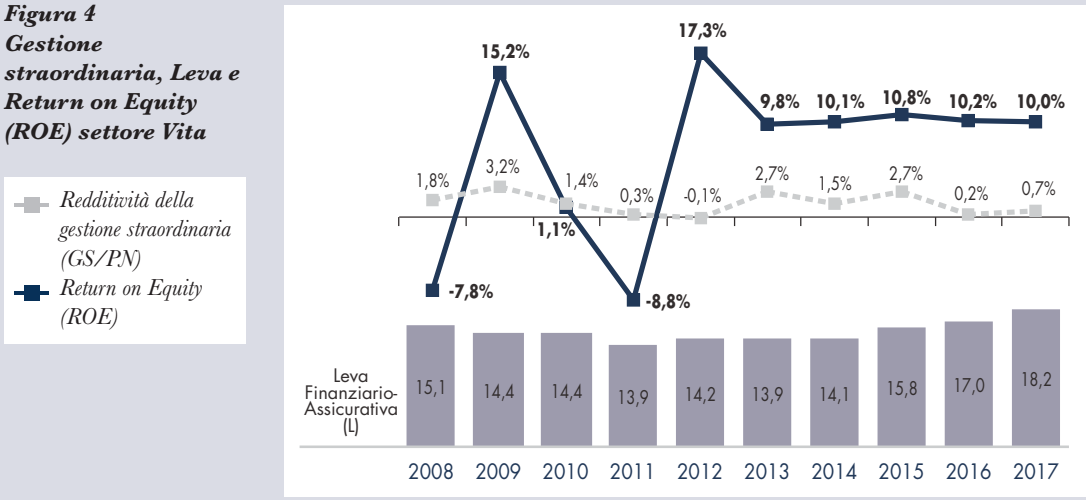
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
VITA										
Tasso di Rendimento degli attivi (ROI)	-2,7%	6,6%	3,3%	0,8%	6,1%	4,3%	4,4%	3,1%	3,0%	3,0%
Redditività della gestione assicurativa (GA/RTn)	1,9%	-5,9%	-3,5%	-1,7%	-4,6%	-3,7%	-3,9%	-2,6%	-2,4%	-2,5%
Redditività della gestione straordinaria (GS/PN)	1,8%	3,2%	1,4%	0,3%	-0,1%	2,7%	1,5%	2,7%	0,2%	0,7%
Leva finanziario-assicurativa (L)	15,1	14,4	14,4	13,9	14,2	13,9	14,1	15,8	17,0	18,2
Indicatore dell'imposizione fiscale (T)	39,0%	26,0%	24,4%	26,0%	35,1%	35,3%	26,0%	23,2%	25,2%	21,3%
ROE	-7,8%	15,2%	1,1%	-8,8%	17,3%	9,8%	10,1%	10,8%	10,2%	10,0%

Figura 3
Gestione finanziaria e gestione assicurativa settore Vita

2008) un risultato positivo del reddito degli investimenti; ciò ha consentito alla gestione ordinaria di attestarsi su valori positivi, anche se contenuti e compresi tra 0,5% e 1,5%. Ciò si è verificato anche nel 2017.

L'effetto moltiplicativo della leva finanziario-assicurativa, che è aumentata progressivamente nell'ultimo quinquennio passando dal 13,9 nel 2011 al 18,2 nel 2017 (figura 4), ha compensato il più contenuto livello del rendimento dell'attività straordinaria che nell'ultimo anno osservato è stato pari a 0,7%.

Figura 4
Gestione straordinaria, Leva e Return on Equity (ROE) settore Vita



IL BILANCIO SOLVENCY II

I dati riportati di seguito derivano dal sistema di reporting previsto dal nuovo regime di solvibilità Solvency II e si caratterizzano sia per una diversa valutazione delle attività e delle passività (*fair value*) sia per una diversa classificazione degli elementi di bilancio rispetto ai dati del bilancio civilistico precedentemente descritti.

LA SITUAZIONE PATRIMONIALE – DATI SOLVENCY II

Solvency II – Stato patrimoniale delle imprese nazionali
Valori in milioni

	2015 (Day one)	2016	%	2017	%	Var. % 17/16
Totale attivo	841.455	883.181	100,0%	921.350	100,0%	4,3%
Immobili, impianti e attrezzature per uso proprio	2.845	2.738	0,3%	2.091	0,2%	-23,7%
Investimenti (escluse polizze linked)	636.890	671.580	76,0%	698.213	75,8%	4,0%
Attivi detenuti per polizze linked	127.983	139.464	15,8%	154.315	16,7%	10,6%
Mutui e prestiti	6.025	4.117	0,5%	5.588	0,6%	35,7%
Importi recuperabili da riassicurazione	12.953	12.778	1,4%	10.621	1,2%	-16,9%
Depositi presso imprese cedenti	9.127	9.032	1,0%	8.061	0,9%	-10,8%
Crediti assicurativi e verso intermediari	6.935	8.316	0,9%	8.836	1,0%	6,2%
Crediti riassicurativi	1.183	1.329	0,2%	1.092	0,1%	-17,9%
Crediti commerciali	10.122	10.662	1,2%	11.493	1,2%	7,8%
Contante ed equivalenti a contante	14.422	10.209	1,2%	9.124	1,0%	-10,6%
Attività fiscali differite	6.490	6.254	0,7%	4.424	0,5%	-29,3%
Azioni proprie (detenute direttamente)	37	52	0,0%	82	0,0%	57,5%
Altri Attivi	6.442	6.649	0,8%	7.412	0,8%	11,5%
Totale passivo	733.715	778.450	100,0%	805.930	100,0%	3,5%
Riserve tecniche danni	57.556	55.809	7,2%	54.165	6,7%	-2,9%
Riserve tecniche vita (escluse polizze linked)	488.464	525.282	67,5%	537.910	66,7%	2,4%
Riserve tecniche per polizze linked	122.652	133.438	17,1%	147.500	18,3%	10,5%
Depositi dai riassicuratori	6.825	6.906	0,9%	6.529	0,8%	-5,5%
Derivati	989	1.275	0,2%	963	0,1%	-24,5%
Passività finanziarie	12.630	11.786	1,5%	12.391	1,5%	5,1%
Debiti assicurativi e verso intermediari	3.525	3.648	0,5%	3.933	0,5%	7,8%
Debiti riassicurativi	715	862	0,1%	831	0,1%	-3,6%
Debiti commerciali	7.128	5.497	0,7%	5.751	0,7%	4,6%
Passività subordinate	16.512	17.062	2,2%	18.249	2,3%	7,0%
Altre riserve non tecniche	1.442	1.510	0,2%	1.387	0,2%	-8,1%
Passività fiscali differite	12.186	10.135	1,3%	10.695	1,3%	5,5%
Altre passività	3.090	5.240	0,7%	5.627	0,7%	7,4%
Eccesso attività su passività	107.740	104.731		115.420		10,2%
Incidenza % eccesso su totale Attività	*12,8%*	*11,9%*		*12,5%*		

Il passivo

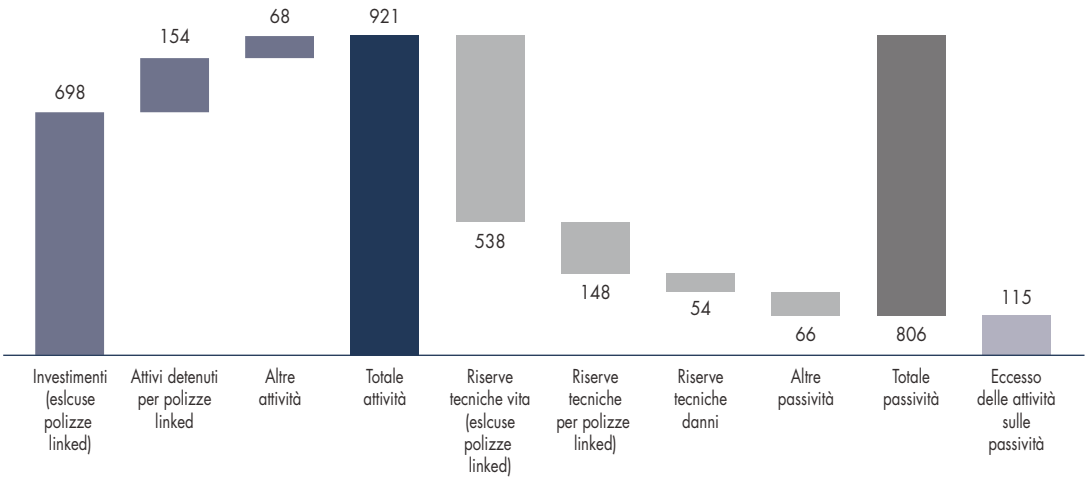
Alla fine del 2017 il totale delle voci di bilancio del passivo dello stato patrimoniale, pari a 805.930 milioni è aumentato del 3,5% rispetto al 2016.

In particolare:

– le riserve tecniche vita (escluse le polizze linked), pari a 537.910 milioni sono aumentate del 2,4% e rappresentano circa il 67% del totale passivo; il *risk margin,* ovvero quella componente della riserva tecnica che ha lo scopo di garantire che, in caso di trasferimento del portafoglio polizze a un'altra impresa, le riserve tecniche siano sufficienti ed equivalenti al prezzo che quest'ultima pagherebbe in un

mercato regolamentato da tali passività, è stato pari allo 0,8%, ovvero a circa 4.000 milioni;
- le riserve tecniche per polizze linked, pari a 147.500 milioni sono aumentate del 10,5% e rappresentano circa il 18% del totale passivo; il *risk margin* per queste riserve, è stato pari allo 0,5%, ossia a circa 800 milioni;
- le riserve tecniche danni, pari a 54.165 milioni sono diminuite di quasi il 3% e rappresentano il 6,7% del totale passivo; il *risk margin,* è stato pari al 4,3%, ovvero a circa 2.300 milioni;
- le passività subordinate, pari a 18.249 milioni, rappresentano il 2,3% del passivo e sono aumentate del 7% nell'ultimo anno;
- tra le altre poste che costituiscono il passivo di bilancio si evidenziano le passività finanziarie (12.391 milioni, 1,5% del totale, +5,1% rispetto al 2016) e le passività fiscali differite (10.695 milioni, 1,3% del totale, +5,5% rispetto al 2016).

Lo stato patrimoniale delle imprese italiane nel 2017
Valori in milioni



L'attivo

Alla fine del 2017 le imprese nazionali hanno realizzato attivi per 921.350 milioni in aumento di circa il 4% rispetto all'anno precedente.

L'eccedenza dell'attivo sul passivo così determinata è stata pari a 115.420 milioni (era stata 104.731 nel 2016). L'incidenza di tale eccedenza sull'attivo di stato patrimoniale è passata dall'11,9% nel 2016 al 12,5% nel 2017.

Nel dettaglio:

- gli investimenti (escluse le polizze linked), pari a 698.213 milioni, rappresentano il 75,8% del totale attivo e sono aumentati del 4,0% nell'ultimo anno;
- gli attivi detenuti per polizze linked, pari a 154.315 milioni, rappresentano il 16,7% del totale e sono aumentati del 10,6%;
- tra gli altri elementi che costituiscono l'attivo di bilancio si evidenziano i crediti commerciali (11.493 milioni, 1,2% del totale, +7,8% rispetto al 2016) e gli importi recuperabili da riassicurazione (10.621 milioni, 1,2% del totale, -16,9% rispetto al 2016);

GLI INVESTIMENTI

Come descritto nel paragrafo precedente in cui sono state evidenziate le varie componenti dell'attivo di stato patrimoniale, gli investimenti del settore assicurativo sono stati pari a oltre 850 miliardi e hanno registrato un aumento rispetto all'anno precedente pari al 5,1%. Di questi, quasi 700 miliardi (+4% rispetto al 2016) sono relativi a contratti assicurativi escluse le polizze linked e i restanti 150 miliardi (+11% rispetto al 2016) si riferiscono al comparto linked del settore Vita.

Tipologia investimento
Valori in milioni

	2015 (Day one)	2016	%	2017	%	Var. % 17/16
Investimenti (esclusi attivi per contratti Linked)	636.890	671.580	100,0%	698.213	100,0%	4,0%
Titoli di Stato Italiani	319.762	320.835	47,8%	315.051	45,1%	-1,6%
Obbligazioni	105.916	133.113	19,8%	138.450	19,8%	4,0%
Quote detenute in imprese partecipate, incluse le partecipazioni	77.530	77.641	11,6%	87.940	12,6%	12,6%
Organismi di investimento collettivi	47.131	59.569	8,9%	73.659	10,5%	23,8%
Titoli di Stato esteri	41.330	39.237	5,8%	47.499	6,8%	20,6%
Titoli strutturati	26.432	23.173	3,5%	15.099	2,2%	-34,7%
Strumenti di capitale quotati	8.636	7.600	1,1%	8.679	1,2%	14,2%
Strumenti di capitale non quotati	1.966	2.328	0,3%	2.543	0,4%	9,5%
Immobili (diversi da quelli per uso proprio)	4.876	4.536	0,7%	5.341	0,8%	16,7%
Titoli garantiti	2.108	2.145	0,3%	2.528	0,4%	18,1%
Depositi diversi da equivalenti a contante	891	1.009	0,2%	991	0,1%	-1,5%
Derivati	272	344	0,1%	432	0,1%	25,6%
Altri investimenti	40	50	0,0%	0	0,0%	-100,0%
Attivi detenuti per polizze linked	127.983	139.464	100,0%	154.315	100,0%	10,6%
Fondi di investimento	99.223	109.210	78,3%	128.219	83,1%	17,4%
Titoli di Stato Italiani	16.345	15.726	11,3%	11.079	7,2%	-29,6%
Titoli di Stato esteri	3.798	3.366	2,4%	3.173	2,1%	-5,7%
Contante e depositi	5.900	5.627	4,0%	5.611	3,6%	-0,3%
Equity	1.223	3.576	2,6%	4.242	2,7%	18,6%
Obbligazioni	1.193	1.410	1,0%	1.537	1,0%	9,0%
Altri investimenti	301	549	0,4%	455	0,3%	-17,1%
Totale investimenti	764.873	811.044		852.528		5,1%

Con un focus specifico sui quasi 700 miliardi di investimenti assicurativi (escluse le polizze linked), alla fine del 2017 si evidenziano le seguenti tipologie di scelte effettuate dalle imprese:

- 315 miliardi di titoli di Stato italiani (45,1% del totale), in diminuzione di circa l'1,5% rispetto al 2016;
- 138 miliardi di obbligazioni (19,8% del totale) in aumento del 4% rispetto al 2016;

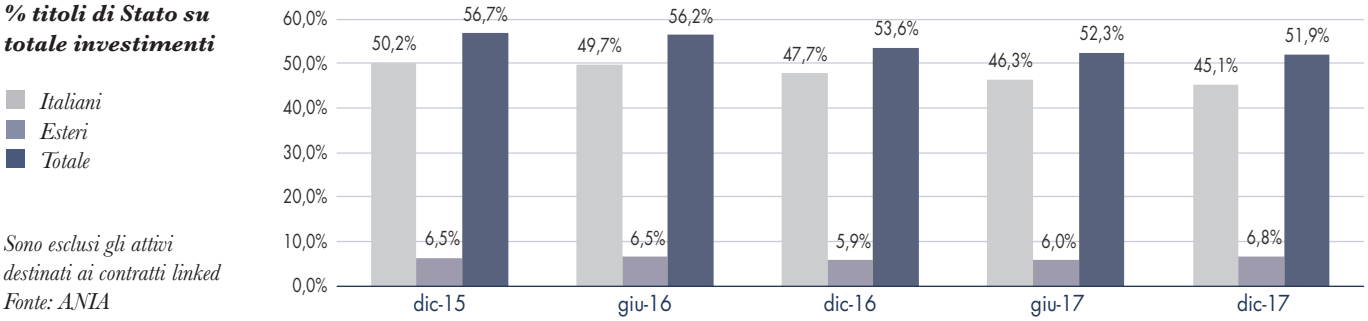
- 88 miliardi di quote detenute in imprese partecipate (12,6% del totale), in aumento di circa il 13% rispetto al 2016;
- 74 miliardi (10,5% del totale) in organismi di investimento collettivi, in aumento di circa il 24% rispetto al 2016;
- 47 miliardi (7% del totale) di titoli di Stato esteri, in aumento di oltre il 20% rispetto all'anno precedente;
- 15 miliardi di titoli strutturati (2,2% del totale), in diminuzione di circa il 35% rispetto al 2016;
- oltre 11 miliardi di azioni di cui 8,7 miliardi (+14,2%) in strumenti di capitale quotati e 2,5 miliardi (+9,5%) in strumenti di capitale non quotati.

In riferimento agli oltre 150 miliardi di attivi detenuti per polizze linked si evidenziano le seguenti linee di investimento:

- circa 130 miliardi (83% del totale) di fondi di investimento, in aumento del 17,4% rispetto al 2016; per la maggior parte azionari (35%) e di debito (30%);
- 11 miliardi di titoli di Stato italiani (7,2% del totale) in diminuzione di quasi il 30%;
- 5,6 miliardi di contanti e depositi, stabili rispetto all'anno precedente;
- oltre 4 miliardi di equity (2,7% del totale) in crescita del 18,6%.

Facendo riferimento agli investimenti assicurativi con esclusione degli attivi relativi a polizze linked si riporta nella figura seguente l'evoluzione semestrale dei titoli di Stato avvenuta nel biennio 2015/2017:

% titoli di Stato su totale investimenti



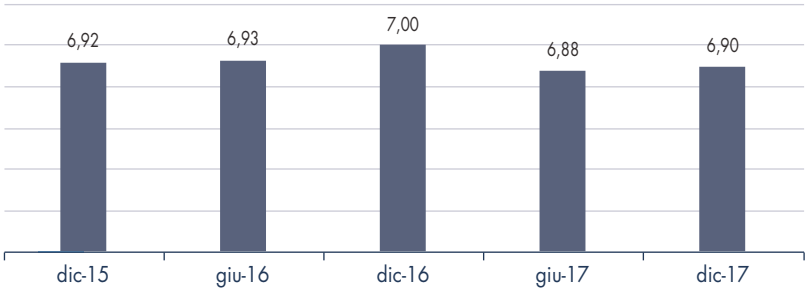
Sono esclusi gli attivi destinati ai contratti linked
Fonte: ANIA

Nei due anni osservati, dalla fine del 2015 alla fine del 2017, gli investimenti in titoli di Stato sono passati da circa 361,1 miliardi a 362,6 miliardi ma la quota rispetto al totale investimenti è progressivamente diminuita passando dal 56,7% a fine 2015 al 51,9% alla fine del 2017. In particolare negli ultimi due anni:

- i titoli di Stato italiani sono passati da circa 320 miliardi a 315 miliardi (-1,5%) e l'incidenza sul totale investimenti è diminuita dal 50,2% al 45,1%;

– i titoli di Stato esteri sono invece cresciuti, passando da oltre 41 miliardi a 47,5 miliardi (+15%) e l'incidenza sul totale investimenti è aumentata dal 6,5% al 6,8%.

Duration media dei portafoglio titoli di Stato



Analizzando, infine, la duration, ovvero la durata media del portafoglio assicurativo investito in titoli di Stato, si evince come questa sia stabile nel tempo e mediamente pari a 7 anni negli ultimi due anni.

GLI INVESTIMENTI DEL SETTORE ASSICURATIVO IN OBBLIGAZIONI E AZIONI

Le obbligazioni

Alla fine del 2017 gli investimenti delle compagnie di assicurazione in obbligazioni societarie dirette e indirette (esclusi gli attivi relativi a polizze linked) erano pari a circa 170 miliardi, il 25,5% circa del totale, di cui 138 miliardi in obbligazioni societarie dirette (+4% rispetto al 2016) e 30 miliardi circa in fondi di debito (+16%).

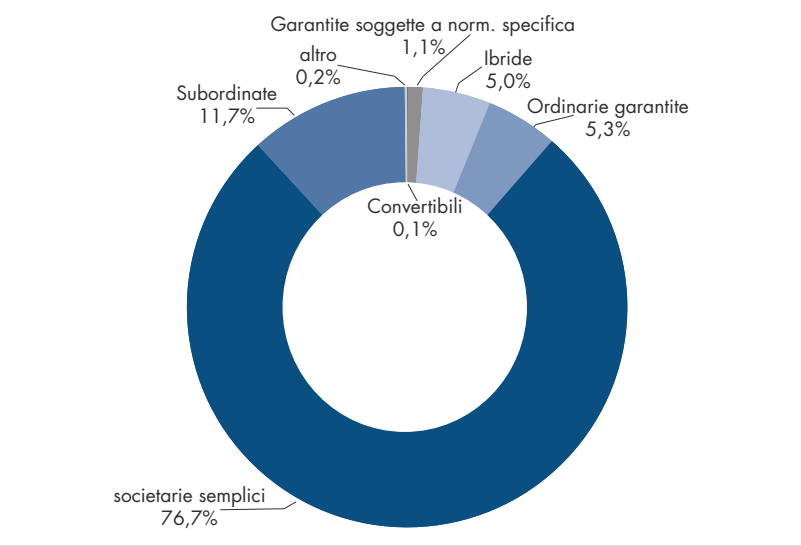
Con specifico riferimento alle obbligazioni societarie, oltre i tre quarti era costituito da obbligazioni societarie semplici (+ 4 p.p. rispetto a dicembre 2016), il 12% circa da obbligazioni subordinate (in linea con il 2016), poco più del 5% da obbligazioni ordinarie garantite (-1,7 p.p. rispetto al 2016), il 5% da obbligazioni ibride (in linea con il 2016) e la restante parte da carta commerciale e strumenti obbligazionari del mercato monetario. Quanto al paese emittente, poco meno del 30% era costituito da titoli di emittenti italiani (quota pressoché in linea rispetto al 2016).

Le media delle duration dei titoli obbligazionari in portafoglio era pari a circa 5 anni; il 50% circa delle obbligazioni era costituito inoltre da titoli con *credit quality step* 3 (CQS 3, equivalente a BBB), il 20% circa dotato di CQS2 (AB), il 7% e l'8% circa di CQS1 (AA) e CQS4 (BB); le obbligazioni prive di rating [1] (*cfr. Gli investimenti in minibond e private placements*) erano pari all'1% circa del totale.

[1] Ai fini di una corretta interpretazione del dato è da segnalare che per una quota pari al 9% degli asset non è presente indicazione sul rating assegnato.

Quanto ai settori degli emittenti, il 40% circa era relativo al settore delle attività finanziarie e assicurative, il 17% al settore manifatturiero, l'11% all'energetico (elettricità, gas, riscaldamento), il 9% a quello dell'informazione e della comunicazione.

Figura 1
Le obbligazioni societarie
Dati al 31/12/2017



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati InfoQRT

Le azioni

Relativamente alla componente azionaria del portafoglio delle compagnie di assicurazione (esclusi gli investimenti relativi alle polizze linked) l'ammontare complessivo di investimenti era pari a circa 100 miliardi (il 15% del totale, +10% circa rispetto a dicembre 2016) di cui l'80% circa relativo a partecipazioni in imprese collegate e la restante parte in azioni dirette quotate e non quotate, fondi azionari e fondi di *private equity*.

Quanto ai settori cui le risorse sono destinate, l'86% era relativo al settore delle attività finanziarie e assicurative, il 6% al settore immobiliare, il 3% al manifatturiero.

GLI INVESTIMENTI IN INFRASTRUTTURE

Il settore assicurativo ha accolto con favore gli obiettivi del Piano di investimenti per l'Europa lanciato nel novembre 2014 dalla Commissione europea e la creazione di un mercato unico dei capitali, entrambi volti a rafforzare le infrastrutture europee.

Al 31 dicembre 2017 gli investimenti infrastrutturali nei bilanci delle compagnie di assicurazione, anche se ancora contenuti, ammontavano a circa 7 miliardi, l'1% circa del totale investimenti, in linea con il 2016; di questi, circa 3 miliardi erano relativi a investimenti infrastrutturali con emittente italiano.

Le principali forme tramite cui gli assicuratori hanno investito in tale tipologia di attivi sono state: obbligazioni societarie semplici (41,0%), fondi di investimento infrastrutturali (13,5%), obbligazioni societarie ibride (12,7%), azioni ordinarie (7,4%), obbligazioni delle amministrazioni centrali (6,0%) e fondi di debito (4,6%).

Quanto alla destinazione delle risorse, i principali settori erano nel 2017: energetico (21,9%), attività finanziarie e assicurative (21,5%), informazione e comunicazione (10,5%), costruzione (9,4%), attività di organizzazioni ed enti extra-territoriali (9,1%), pubblica amministrazione e difesa (6,9%), manifatturiero (5,2%), trasporti e stoccaggio (4,6%).

Nonostante, come si è detto, gli investimenti in questo comparto siano piuttosto bassi, le recenti modifiche al regolamento delegato di Solvency II relative al trattamento prudenziale di tale tipologia di asset ([2]), sembrano aver sortito effetti positivi. Da un lato, infatti, hanno consolidato l'interesse da parte delle imprese di assicurazione nell'asset class infrastrutturale, dall'altro, hanno contribuito a stimolare la preferenza delle compagnie per investimenti infrastrutturali caratterizzati da flussi di cassa e framework contrattuali più sicuri.

Dallo scorso anno, infatti, le compagnie di assicurazione che decidono di investire nello sviluppo infrastrutturale del Paese possono beneficiare di un trattamento regolamentare ad hoc e di agevolazioni in termini di requisito di capitale; tali agevolazioni sussistono solo qualora gli investimenti infrastrutturali (*qualifying infrastructure*) rispettino specifici criteri. Godono di requisiti di capitale ridotti rispetto alle obbligazioni/azioni tradizionali anche gli investimenti che, pur non rispettando i criteri di ammissibilità al trattamento agevolato, sono dotati di garanzie del Governo o rientrano in specifiche iniziative di *public finance*.

L'ammontare di investimenti *qualifying infrastructure* risulta ancora di importo minimo, tuttavia si riscontra una parziale migrazione delle compagnie verso gli investimenti che consentono di cogliere tale opportunità (da 46 milioni a fine 2016 a 400 milioni circa a dicembre 2017), realizzata principalmente tramite ricorso a fondi.

In tale contesto ANIA si è impegnata nell'analisi e nella promozione presso le proprie associate della necessità di investimenti nell'economia reale; si è prefissata altresì l'obiettivo di approfondire il ruolo del settore assicurativo a supporto dello sviluppo infrastrutturale del Paese promuovendo un'iniziativa esplorativa in tale ambito in collaborazione con ASTRID, la Fondazione per l'Analisi, gli Studi e le Ricerche sulla Riforma delle Istituzioni Democratiche e sull'innovazione nelle amministrazioni pubbliche, avvalendosi dell'opinione di alcuni esperti provenienti dal settore assicurativo e dal mondo accademico.

L'obiettivo dell'analisi, svolta nel corso del 2017, è quello di valutare il potenziale contributo delle imprese di assicurazione in tale tipologia di investimenti anche alla luce delle recenti modifiche regolamentari.

Alla base del lavoro effettuato vi è un approfondimento normativo sulle modalità di trattamento delle varie categorie di investimenti infrastrutturali nel framework Solvency II, realizzato esa-

([2]) Il Regolamento Delegato UE 2016/467, in vigore da aprile 2017, definisce i criteri per l'identificazione di investimenti (in forma di obbligazioni/prestiti e/o partecipazioni azionarie) in entità responsabili di progetti infrastrutturali meritevoli di trattamento agevolato; il Regolamento Delegato UE 2017/1542, in vigore da settembre 2017, estende il trattamento agevolato agli investimenti (in forma di obbligazioni/prestiti e/o partecipazioni azionarie) in società di infrastrutture con alcune opportune differenziazioni sia in termini di criteri di ammissibilità sia di requisito di capitale.

minando sia il trattamento degli investimenti in entità responsabili di progetti infrastrutturali sia quello relativo agli investimenti in società operanti nel settore delle infrastrutture.

Nello specifico, sono stati analizzati tutti i nuovi criteri di ammissibilità che i potenziali investimenti in infrastrutture sono chiamati a rispettare ed è stata effettuata una ricognizione degli investimenti infrastrutturali, esistenti o realizzabili, offerti dal mercato al fine di verificare il grado di compatibilità di questi ultimi con gli investimenti Solvency II *compliant*.

Dall'analisi è emerso come sia ancora estremamente complicato per le imprese di assicurazione realizzare politiche d'investimento che contemplino il finanziamento o l'acquisizione di asset infrastrutturali. Nell'attuale contesto, sono infatti presenti ancora alcune barriere, sia tecniche sia regolamentari, tra cui: i) l'assenza di un modello strategico di investimento a supporto dello Stato; ii) la peculiarità del business model assicurativo generalmente avverso all'assunzione di rischio elevato; iii) la presenza di strutture di analisi interne spesso non adeguate; iv) la scarsa interazione tra Solvency II e i progetti del piano Juncker; v) i criteri per l'ammissibilità dell'investimento al trattamento agevolato piuttosto stringenti.

La ricerca si conclude con l'esame di due *case study*: un investimento azionario nel settore della mobilità (parcheggio a rotazione) e un investimento in un fondo di debito infrastrutturale.

Nel 2018 ANIA ha deciso di promuovere anche un'iniziativa concreta in quest'ambito mediante l'istituzione del Gruppo di lavoro "Investimenti nelle infrastrutture" con l'obiettivo di analizzare le eventuali soluzioni in grado di dare vita a iniziative di investimento di settore contribuendo, in tal modo, al processo di rilancio del sistema infrastrutturale italiano e alla crescita del Paese e soddisfacendo, nel contempo, esigenze di rendimento e diversificazione dei portafogli assicurativi.

GLI INVESTIMENTI IN MINIBOND E PRIVATE PLACEMENTS

I Minibond

In Italia il mercato dei minibond ([3]) ha dimensioni ancora contenute, soprattutto se confrontato con quello statunitense, ma il suo sviluppo, iniziato nel 2012 in risposta alle difficoltà causate dalla crisi finanziaria e dal *credit crunch*, è in costante crescita. Dal lancio del nuovo segmento del mercato dedicato agli strumenti di debito per le PMI (marzo 2013) – denominato Extra-MOT Pro – al 31 maggio 2018, il volume complessivo di emissioni quotate è stato pari a 16 miliardi circa. A tale data il numero di emissioni era pari a 205, per un volume complessivo di 11,5 miliardi, con un coupon medio pari a 4,59% e *maturity media* di 6,55 anni.

([3]) Con il termine minibond ci si riferisce generalmente a titoli di debito (obbligazioni e cambiali finanziarie con scadenza fino a 36 mesi emessi da società quotate o non quotate in Borsa); si tratta in particolare di emissioni da parte di società di capitali o cooperative aventi operatività propria (escludendo banche e assicurazioni) di importo massimo fino a 500 milioni, non quotate su listini aperti agli investitori al dettaglio. L'emissione del rating non è obbligatoria per il collocamento di un minibond, tuttavia un discreto numero di imprese ne fa ricorso per rispondere all'esigenza di segnali informativi da parte degli investitori.

Classificando le emissioni per settore di attività dell'emittente, si registra una predominanza dei materiali energetici, dei servizi finanziari e dell'industria in senso stretto. I settori rappresentati risultano molto diversificati: commercio, servizi pubblici, servizi finanziari e sanitari, informatica, telecomunicazioni, materie prime.

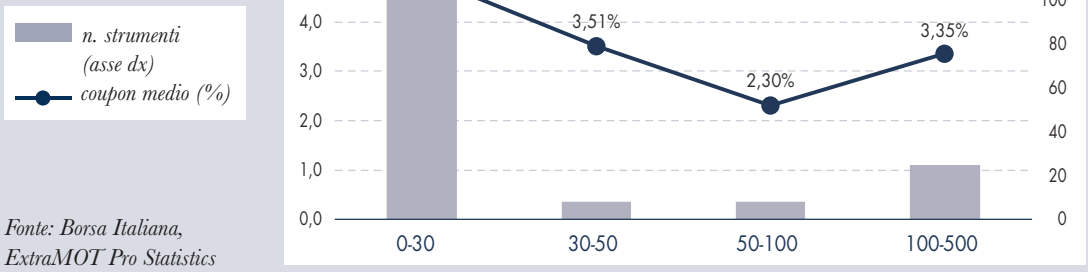
Tavola 1
Classificazione per settore di emittente
Dati al 31 maggio 2018

	Outstanding (milioni di euro)	Numero emissioni	Maturity media	Coupon medio (%)
Energia	4.180,50	26	8,43	3,42
Materie prime	331,00	11	5,86	5,30
Industria	2.391,49	62	5,39	4,92
Beni di consumo	954,00	36	4,81	4,98
Salute	31,44	4	5,46	5,46
Servizi al consumo	819,20	15	5,41	5,24
Telecomunicazioni	4,50	1	6,00	6,50
Servizi pubblici	220,94	17	16,83	4,22
Finanza	2.473,42	22	5,07	3,61
Tecnologia	90,96	11	4,05	4,60
TOTALE	11.497,45	205	6,55	4,59
31/12/2017	10.515,71	201	6,51	4,59
31/12/2016	6.241,39	165	6,74	5,14
31/12/2015	5.350,21	126	6,27	5,47

Fonte: Borsa Italiana, ExtraMOT Pro Statistics

Analizzando invece gli importi, va notato come l'80% delle emissioni (164) risulti compreso tra 0 e 30 milioni, con un coupon medio del 4,94%. La restante quota è suddivisa in modo piuttosto omogeneo tra le altre fasce di importo, con coupon medio compreso tra il 2,30% e il 3,51% circa.

Figura 1
Classificazione dei minibond per importo dell'emissione
Dati al 31 maggio 2018



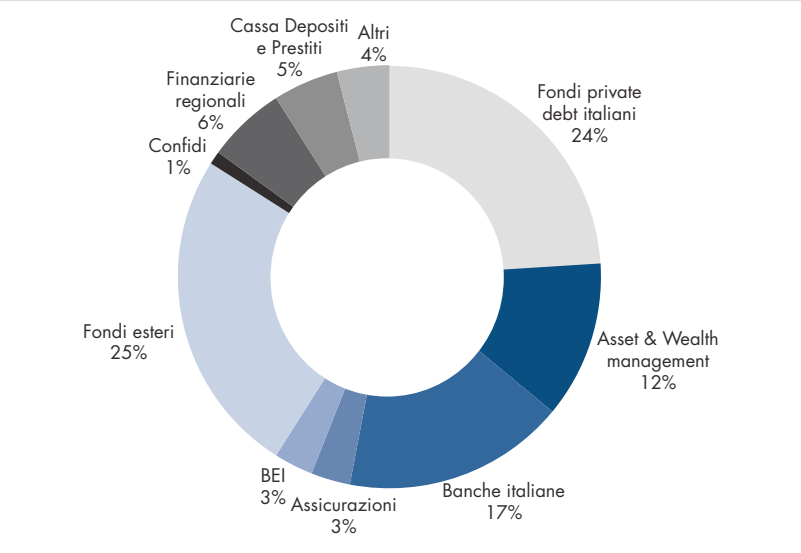
Fonte: Borsa Italiana, ExtraMOT Pro Statistics

Dal quarto "Report italiano sui Mini-bond" pubblicato dal Politecnico di Milano lo scorso febbraio ([4]) emerge che nel 2017 i principali sottoscrittori sono stati gli Organismi di investimento collettivo del risparmio (OICR), con una quota del 24%, seguiti dalle banche nazio-

([4]) Politecnico di Milano, Osservatorio Mini-Bond. 4° report italiano sui Mini-Bond, febbraio 2018.

nali (17%). Significativamente minore è stato il contributo da parte delle imprese di assicurazione (circa il 3%).

Figura 2
Gli investitori di minibond nel 2017 (emissioni sotto i 50 milioni)



Fonte: Osservatorio Mini-bond, 4° report italiano sui Mini-bond

I Private Placements

Tavolo di lavoro ANIA-ABI e partnership ANIA-ELITE

Negli ultimi anni ANIA ha avviato diverse iniziative con l'obiettivo di accrescere la capacità del sistema assicurativo di investire in asset alternativi, tra cui il private placement ([5]). Tra queste, il tavolo di lavoro ANIA-ABI, avviato alla fine del 2015, e la sottoscrizione della partnership ANIA-ELITE SpA.

L'interesse del settore per tale asset class risiede, oltre che nella ricerca di diversificazione, nella particolare forma tecnica che lo caratterizza, che consente di erogare finanziamenti all'economia reale con la tutela dalla sicurezza contrattuale e degli obblighi di disclosure tipici di un titolo obbligazionario.

A ottobre 2017 è stato chiuso il tavolo di lavoro ANIA-ABI avviato con l'obiettivo di approfondire le dinamiche degli sviluppi del mercato del private placement e di far emergere esigenze, problematiche e desiderata specifici del settore assicurativo nell'ottica di valutare l'effettivo interesse delle imprese in tale forma di investimento. L'incontro conclusivo ha visto le compagnie di assicurazione incontrare esperti legali, che hanno chiarito il processo di formalizzazione della gestione dei contratti di private placement, e una primaria società di revisione, che ha illustrato il processo di monitoraggio degli investimenti e la documentazione ad esso relativa.

([5]) Con il termine private placement ci si riferisce generalmente, a obbligazioni collocate attraverso un'offerta privata fatta a un gruppo ristretto di investitori qualificati, prive di rating pubblico; il contratto è generalmente privo di obblighi di trasparenza (lo scambio di informazioni è negoziato direttamente con l'investitore e comunicato in forma privata), a medio e lungo termine (5-7 anni), non garantito e con un tasso di interesse fisso.

A maggio 2017 ANIA ha poi siglato una partnership con ELITE, una società del gruppo *London Stock Exchange* nata con l'obiettivo di creare un punto d'incontro tra il fabbisogno finanziario di medio-lungo termine delle PMI italiane e le specifiche esigenze di investimento degli investitori istituzionali.

La partnership prevede, in particolare, la realizzazione da parte di Borsa di servizi e occasioni di incontro rivolti specificatamente alle compagnie di assicurazione oltre che l'impegno a fornire all'Associazione e alle associate supporto e materiale informativo sulla Piattaforma ELITE *Club Deal* e sui servizi offerti.

In termini operativi ELITE ha identificato, in particolare, una soluzione di sistema – ELITE *Basket Bond* – basata sull'emissione di titoli garantiti da obbligazioni emesse da società ELITE con identiche caratteristiche in termini di durata e di tasso ma con ammontare e *covenant* differenti. Tale soluzione prevede i) la sottoscrizione delle obbligazioni da parte di uno *Special Purpose Vehicle* (SPV); ii) l'emissione, da parte dell'SPV, di un'unica tipologia di titoli di ammontare pari alla somma dei singoli strumenti sottoscritti; iii) il collocamento dei titoli presso una platea di investitori istituzionali attraverso la piattaforma ELITE *Club Deal*.

Lo scorso dicembre è avvenuta la prima emissione obbligazionaria di sistema (ELITE *Basket Bond* I) promossa da ELITE in partnership con Banca Finint. L'operazione ha coinvolto 10 società ELITE e si è conclusa con il collocamento di un bond di ammontare pari a 122 milioni di euro, con durata 10 anni e sottoscritto dalla Banca Europea per gli Investimenti (BEI) e da Cassa Depositi e Prestiti (CDP), rispettivamente per il 50% e il 33%. Il bond inoltre gode di un *credit enhancement* di 18,3 milioni, pari al 15% dell'ammontare totale emesso.

Lo sviluppo di un sistema come ELITE può coniugarsi con le esigenze di investimento delle imprese di assicurazione sempre più orientate al finanziamento dell'economia reale e quindi a opportunità di investimento diversificate, di lungo termine e maggiormente redditizie. In quest'ottica, l'11 aprile 2018, presso la sede di Borsa Italiana, si è tenuta una presentazione dell'iniziativa riservata alle compagnie di assicurazione.

LA SOLVIBILITÀ DEL MERCATO ASSICURATIVO ITALIANO

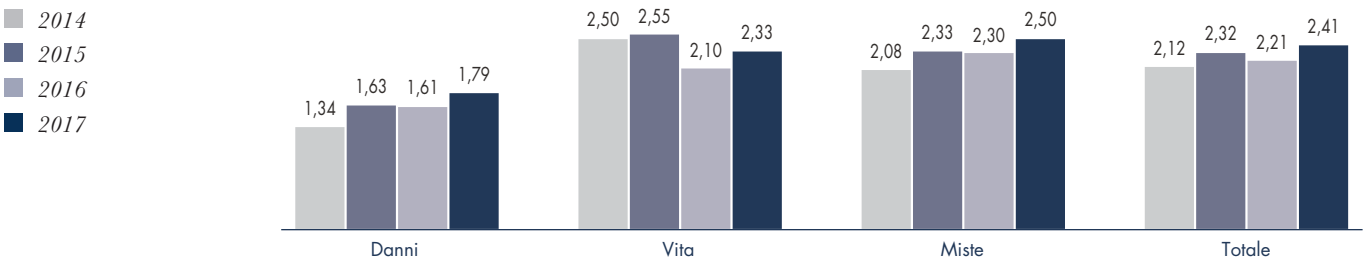
Solvency II ratio

Tale indicatore misura quanto i mezzi propri delle imprese siano adeguati a far fronte ai rischi tecnico/finanziari specifici del settore assicurativo; viene calcolato mettendo a rapporto i fondi propri ammissibili e il *Solvency Capital Requirement* (SCR).

Nella figura 1 è rappresentata l'evoluzione dell'indicatore nel periodo 2014-2017 per settore di attività. Nel 2017 il *Solvency II ratio* (per il campione analizzato) è stato pari a 2,41, valore in aumento rispetto al 2016 (2,21) e rispetto agli anni precedenti (2,12 nel 2014 e 2,32 nel 2015). L'analisi per settore di attività fra il 2016 e il 2017, evidenzia come in tutte e tre le tipologie di imprese analizzate vi sia stato un incremento dell'in-

dicatore. In particolare per le imprese Danni il *Solvency II ratio* è passato da 1,61 a 1,79, per le imprese Vita da 2,10 a 2,33 e per le imprese miste da 2,30 a 2,50. Il *Solvency ratio* per il totale mercato (2,41) è ottenuto dal rapporto tra gli oltre 128 miliardi di fondi propri ammissibili e un valore del *Solvency Capital Requirement* pari a circa 53 miliardi.

Figura 1 – Solvency II ratio*

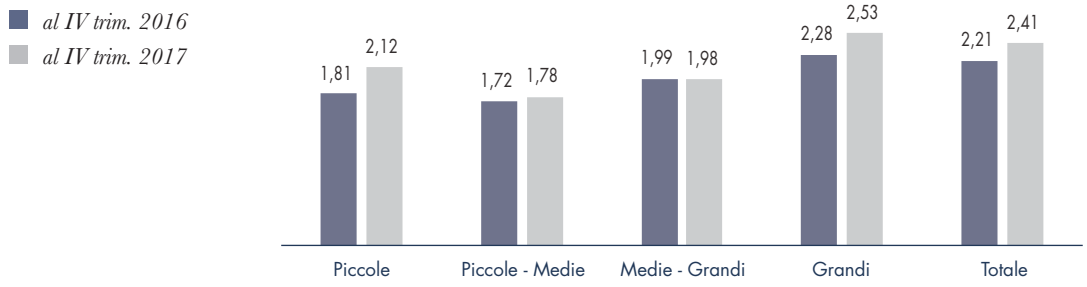


(*) I dati 2014 e 2015 fanno riferimento alla fase preliminare e al Day-one e provengono da un'indagine campionaria di ANIA; il 2016 e il 2017 è il dato realtivo alla fine del IV trimestre di un campione di imprese rappresentativo di oltre il 90% del mercato, elaborato attraverso il portale InfoQRT

L'indicatore è stato anche analizzato per dimensione di impresa (figura 2). I risultati (che raffrontano il IV trimestre 2016 con il corrispondente del 2017) evidenziano una correlazione positiva tra la dimensione dell'impresa (in termini di premi) e il rispettivo indice di solvibilità. Nel 2017 le *piccole* compagnie con premi totali inferiori a 0,3 miliardi e le imprese *grandi* con premi superiori ai 4,5 miliardi, presentano un ratio che si è ulteriormente incrementato passando rispettivamente da 1,81 a 2,12 e da 2,28 a 2,53.

Presentano mediamente un indicatore inferiore a 1,8 le *piccole-medie* imprese con premi compresi tra 0,3 miliardi e 1 miliardo, confermando quanto già rilevato l'anno precedente.

Figura 2 – Solvency ratio settore assicurativo per dimensione*



(*) La dimensione è calcolata in funzione dei premi contabilizzati del portafoglio diretto per l'anno 2015, secondo i seguenti criteri: piccole: premi< 0,3 mld; piccole-medie: 0,3 mld<=premi<1,0 mld; medie-grandi: 1,0 mld<=premi<4,5 mld; grandi: premi>=4,5 mld

Eccedenza delle attività sulle passività

L'eccedenza delle attività rispetto alle passività rappresenta un elemento di fondamentale importanza in Solvency II in quanto costituisce, insieme alle passività subordinate, parte integrante dei Fondi propri di base.

Su tale elemento è stato analizzato un *Key Performance Indicator* (KPI) ottenuto rapportando tale eccedenza al totale delle attività. In particolare, nelle due figure seguenti si è analizzato tale rapporto per tipologia e per dimensione dell'impresa (figure 3 e 4). Mediamente l'indicatore è risultato nel 2017 pari al 13% ma con una distribuzione diversa per settore di attività: se da un lato, infatti, sia per le imprese danni sia per le imprese miste il peso dell'eccedenza è superiore al 20%, il settore vita si caratterizza per un'incidenza molto inferiore, sotto il 6%. In tutti e tre i comparti l'indicatore mostra comunque una tendenza crescente.

Figura 3
% eccedenza attività su passività per tipologia di impresa

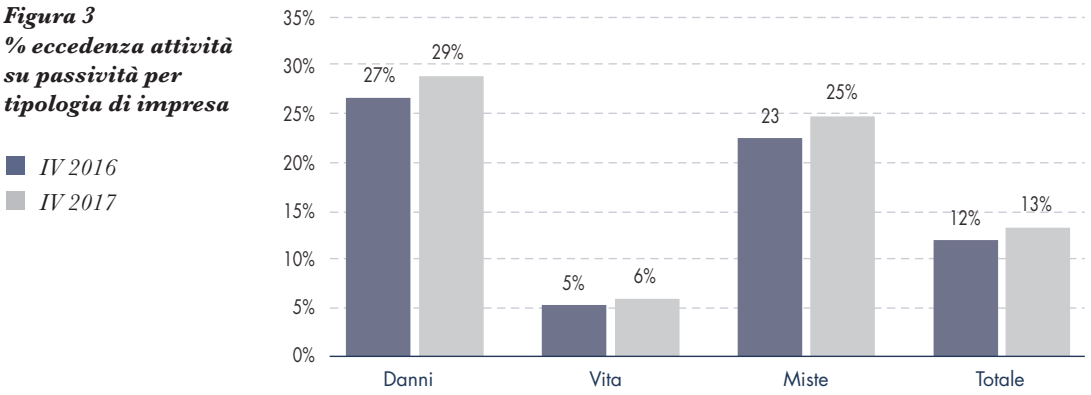
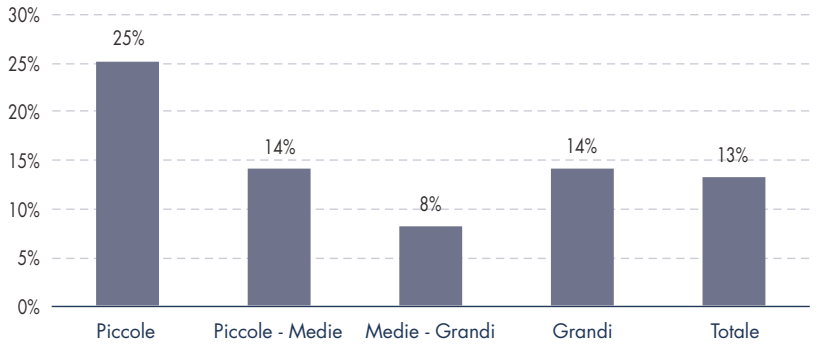


Figura 4
% eccedenza attività su passività al IV trimestre 2017



Anche la distribuzione per dimensione di impresa fornisce una fotografia differenziata: alla fine del IV trimestre 2017, per le *piccole* imprese (con premi inferiori ai 300 milioni di euro) il peso dell'eccedenza sul totale attivi era pari al 25%, mentre per tutte le altre imprese tale rapporto era molto più contenuto e oscillava tra l'8% e il 14%.

Fondi Propri

I fondi propri utilizzati per coprire il requisito patrimoniale sono costituiti dall'eccedenza delle attività rispetto alle passività, diminuita dell'importo delle azioni proprie detenute dall'impresa e dalle passività subordinate; alla fine del 2017 i fondi propri erano pari a 128 miliardi.

Sono classificati in tre livelli (*Tier*) che vengono definiti in funzione della loro qualità ovvero della loro capacità di assorbire le perdite nel tempo. In particolare, tra le carat-

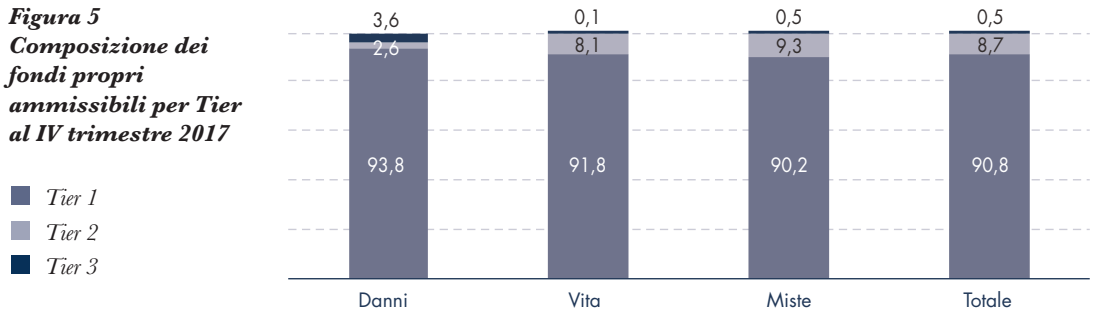
teristiche considerate per la classificazione in *Tier* vi sono aspetti quali il livello di subordinazione, l'assenza di incentivi al rimborso, l'assenza di costi obbligatori di servizio, l'assenza di gravami e vincoli. Si va da elementi di livello 1 (*Tier 1*: capitale sociale ordinario versato, azioni privilegiate versate, riserve di utili, riserva di riconciliazione) a elementi con minore capacità di assorbimento di livello 2 (*Tier 2*) e di livello 3 (*Tier 3*). Nell'ambito dei fondi propri di livello 1, inoltre, si distingue tra fondi limitati, soggetti a limiti massimi specifici (ad esempio, le passività subordinate) e fondi illimitati.

In tavola 1 e nella relativa figura 5 è rappresentata la percentuale di fondi propri ammissibili distribuiti per tiering e per tipologia di impresa. Alla fine del 2017 il peso dei fondi propri di livello 1 (*Tier 1*) era di quasi il 91%; quelli di livello 2 (*Tier 2*) pari all'8,7% e il restante 0,5% era composto da elementi di livello 3 (*Tier 3*). La composizione per *Tier* vede una maggiore presenza del livello 3 nel settore Danni mentre il *Tier 2* è maggiormente presente fra le imprese miste.

Tavola 1 Composizione % dei fondi ammissibili per Tier al IV trimestre 2017

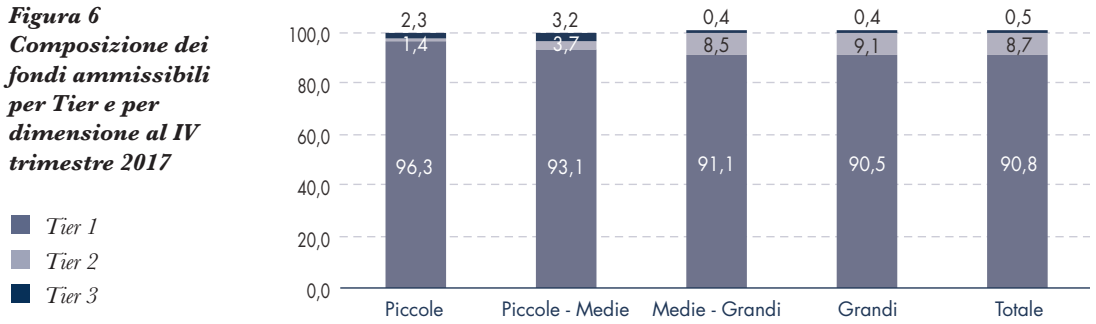
	T1 limitati	T1 illimitati	Total Tier 1	Tier 1	Tier 2	Tier 3	Totale
Danni	0,4	99,6	100,0	93,8	2,6	3,6	100,0
Vita	3,6	96,4	100,0	91,8	8,1	0,1	100,0
Miste	5,9	94,1	100,0	90,2	9,3	0,5	100,0
TOTALE	5,0	95,0	100,0	90,8	8,7	0,5	100,0

Figura 5 Composizione dei fondi propri ammissibili per Tier al IV trimestre 2017



La distribuzione per dimensione di impresa (figura 6) evidenzia come solo per le imprese *grandi* e *medio-grandi* (premi superiori a 1 miliardo) i fondi propri classificati come *Tier 1* siano pari a circa il 90% del totale. Per queste imprese risulta rilevante anche la componente di *Tier 2* (circa il 9%) e residuale quella di *Tier 3* (1%). Le restanti imprese presentano un'incidenza maggiore del *Tier 1* (prossima al 95%) e una componente di *Tier 2* decisamente ridotta.

Figura 6 Composizione dei fondi ammissibili per Tier e per dimensione al IV trimestre 2017

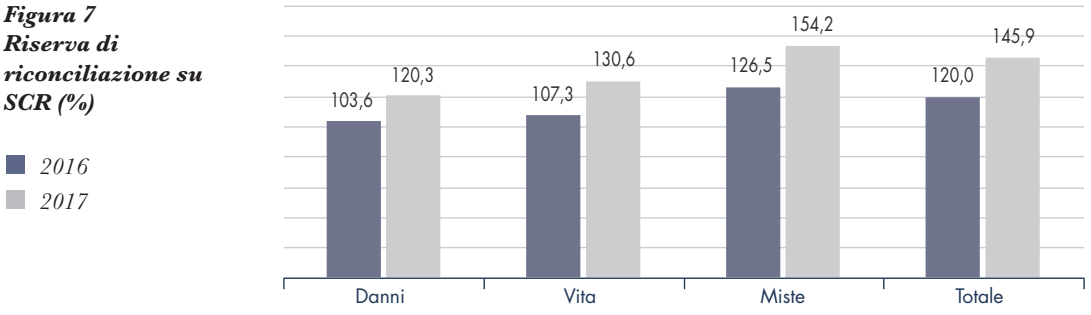


Nelle figure successive vengono analizzati per settore di attività quattro diversi KPI; ciascuno di questi è stato rappresentato per settore di attività e per dimensione di impresa.

Riserva di riconciliazione su SCR

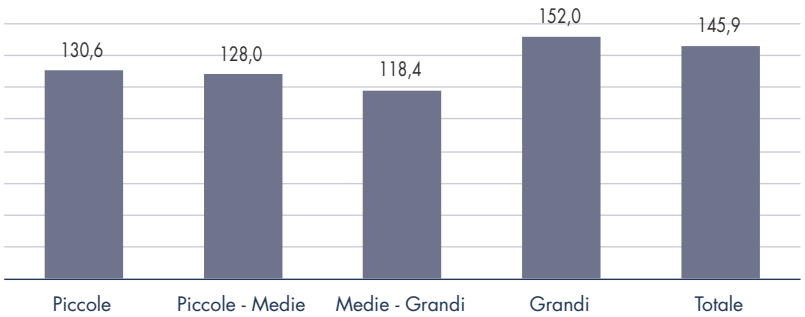
La riserva di riconciliazione costituisce parte dei fondi propri di base ed è pari all'eccedenza delle attività sulle passività diminuita delle azioni proprie (detenute direttamente e indirettamente), dei dividendi, distribuzioni e oneri prevedibili e di altri elementi dei fondi propri di base; l'indicatore proposto nella figura 7 misura il peso percentuale della riserva di riconciliazione rispetto all'SCR. Alla fine del IV trimestre l'indicatore è stato pari a 145,9%, in aumento rispetto alla fine del 2016 quando era pari a 120,0%. In tutte le tipologie di imprese analizzate (Danni, Vita e Miste) la riserva di riconciliazione complessiva è stata superiore all'SCR determinando così un indicatore sempre superiore al 100%. In particolare, alla fine del 2017 le imprese Miste hanno registrato un valore dell'indicatore pari a 154,2% al di sopra di quello rilevato dalle imprese che esercitano esclusivamente i rami Danni (120,3%) e i rami Vita (130,6%).

Figura 7
Riserva di riconciliazione su SCR (%)



L'analisi fatta alla fine del 2017 per dimensione dell'impresa evidenzia come le imprese *grandi* (con premi superiori ai 4,5 miliardi) presentino un valore dell'indicatore pari a 152,0%, mediamente superiore a tutte le altre imprese del mercato assicurativo (figura 8).

Figura 8
Riserva di riconciliazione su SCR al IV trimestre 2017 (%)



Riserva di riconciliazione su fondi propri ammissibili

La figura 9 mostra come alla fine del 2017 il peso della riserva di riconciliazione rispetto al totale fondi ammissibili sia nel complesso pari a 60,5% ma per tipologia di impresa si registra un'incidenza più elevata per le imprese Danni (67,0%) a cui seguono le imprese Miste (61,7%) e da ultimo le imprese Vita (56,1%). Risultati simili si registravano anche alla fine del 2016. Sostanzialmente omogenea e la distribuzione dell'indicatore per dimensione di impresa fatta eccezione per le imprese *piccole-medie* (premi compresi fra 300 milioni e 1 miliardo) che presentano un valore pari a 71,9% alla fine del 2017 (figura 10).

Figura 9
Riserva di riconciliazione su fondi propri ammissibili (%)

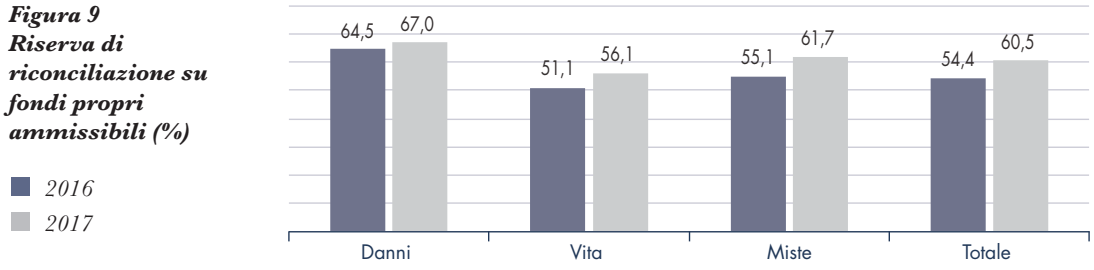
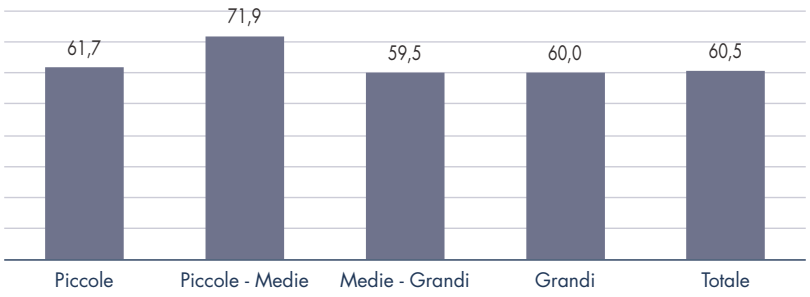


Figura 10
Riserva di riconciliazione su fondi propri ammissibili al IV trimestre 2017 (%)



MCR/SCR

Tale indicatore misura l'incidenza del requisito patrimoniale minimo (*Minimum Capital Requirement*, MCR) sul *Solvency Capital Requirement* (SCR). Fatto salvo i livelli di minimo stabiliti per l'MCR, questo non può scendere al di sotto del 25% né superare il 45% del requisito patrimoniale di solvibilità dell'impresa. I risultati di fine 2017, molto simili a quelli rilevati nel 2016, evidenziano come, soprattutto per le imprese che esercitano esclusivamente l'assicurazione Vita o Danni, tale rapporto sia prossimo al limite superiore imposto; diversamente, per le imprese Miste il valore (32,7%) è sostanzialmente centrale tra i due limiti (figura 11). L'analisi per dimensione dimostra come per le imprese *grandi* il valore dell'indicatore (34,4%) sia più basso rispetto al resto delle imprese del settore assicurativo (figura 12).

Figura 11
MCR su SCR (%)

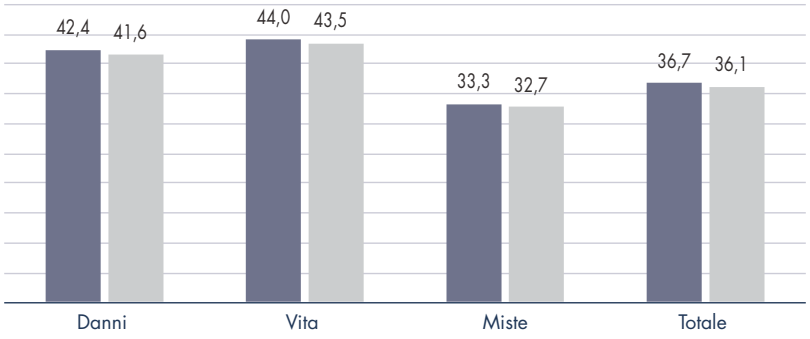
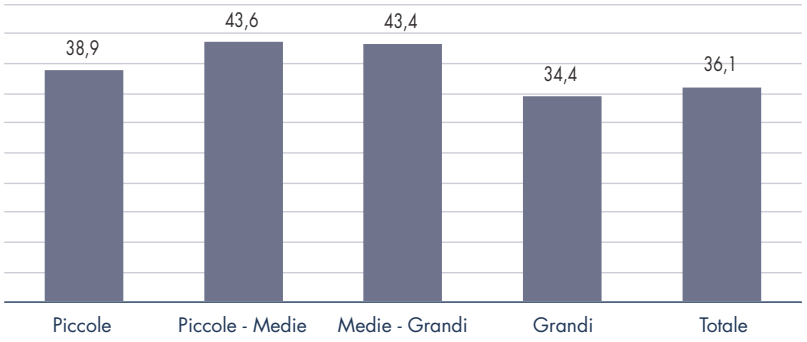


Figura 12
MCR su SCR al IV trimestre 2017 (%)



EPIFP/*Reconciliation reserve*

Molto più diversificato tra i vari settori è il rapporto tra gli EPIFP (6) (profitti attesi inclusi nei premi futuri) e la riserva di riconciliazione, che a fine 2017 risultava mediamente pari a circa il 13%: nel dettaglio tale rapporto era pari a 3,0% nel settore Danni, a 31,8% nel settore Vita e a 6,5% nel settore delle imprese che esercitano sia i rami danni sia i rami vita (figura 13). L'analisi per dimensione evidenzia una correlazione positiva tra dimensione dell'impresa e profitti attesi (figura 14).

Figura 13
EPIFP su Reconciliation reserve (%)

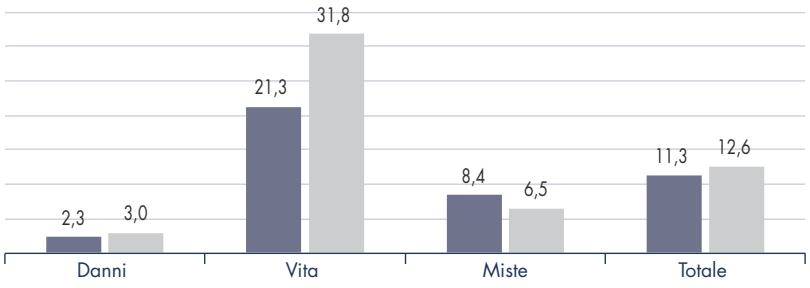
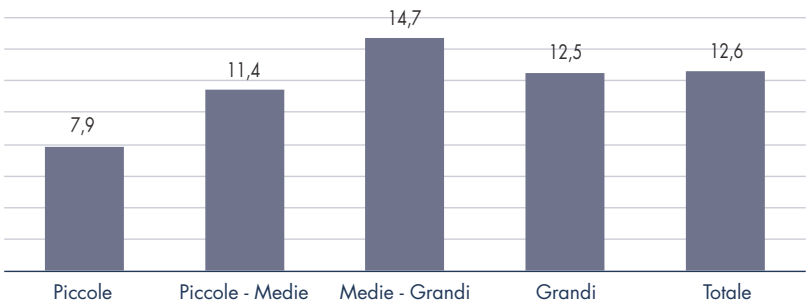


Figura 14
EPIFP su Reconciliation reserve al IV trimestre 2017 (%)



(6) EPIFP: *Expected Profits Included in Future Premiums.*

IMPATTO DELLA TASSAZIONE SUI BILANCI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

Il settore assicurativo è oggetto, ormai da molti anni, di specifiche misure di carattere fiscale gravanti in modo esclusivo sul comparto. In particolare, gli interventi di seguito riportati si configurano, a seconda dei casi, come veri e propri prelievi "speciali" o operano sotto forma di inasprimento delle aliquote impositive altrimenti applicate alla generalità dei contribuenti.

In via preliminare, si evidenzia che nel 2017 il settore assicurativo ha versato all'Erario, ai fini delle imposte dirette, un ammontare particolarmente rilevante, seppur in progressiva riduzione, pari a 1,8 miliardi (negli anni precedentemente analizzati era superiore ai 2 miliardi).

Imposte dirette

Periodo d'imposta	Imposte totali - importo in milioni di euro
2014	2.405
2015	2.395
2016	2.014
2017	1.806

Di seguito si dà conto di una stima degli impatti delle norme fiscali *ad hoc* per le imprese di assicurazione sui più recenti bilanci di esercizio delle stesse.

Aliquota IRAP maggiorata

Le imprese di assicurazione – a partire dal periodo d'imposta 2011 – sono assoggettate a IRAP con un'aliquota maggiorata di 2 punti percentuali rispetto all'aliquota applicata ai soggetti operanti negli altri settori di attività economica (5,90%, anzichè 3,90%). La maggiorazione di aliquota gravante sulle imprese del settore risulta, inoltre, sensibilmente superiore anche rispetto a quella – parimenti *ad hoc* – stabilita per i soggetti esercenti attività bancaria (5,90% vs. 4,65%).

A ciò si aggiunga che, per effetto dell'articolo 16, comma 3, del d.lgs n. 446/1997, la maggior parte delle Regioni (tra cui Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana e Veneto) ha stabilito a carico delle imprese operanti nel settore assicurativo, un'ulteriore maggiorazione dello 0,92%, portando in tal modo l'aliquota IRAP al 6,82%.

La maggiorazione di aliquota IRAP è priva di qualunque giustificazione teorico-concettuale, dal momento che l'esercizio dell'attività assicurativa non dà di per sé luogo al conseguimento di un maggior valore della produzione imponibile rispetto a quello ritraibile dallo svolgimento di altre attività economiche.

L'ammontare di IRAP versato dal settore assicurativo è stato pari a quasi 350 milioni nel 2017, in linea con il dato del 2016 (344 milioni) e di poco inferiore ai 384 milioni del 2015.

IRAP

Periodo d'imposta	Stima IRAP importo in milioni di euro	di cui versamento corrispondente alla maggiorazione di aliquota (2%) a carico del settore assicurativo - importo in milioni di euro	Aliquota di imposta "totale" (%)	di cui: aliquota "base" statale (%)	di cui: addizionale regionale (%)
2014	429	126	6,82%	5,90%	0,92%
2015	384	113	6,82%	5,90%	0,92%
2016	344	101	6,82%	5,90%	0,92%
2017	348	102	6,82%	5,90%	0,92%

Imposta sulle riserve matematiche dei rami vita

A decorrere dal periodo d'imposta 2003, a carico delle imprese di assicurazione è prelevata un'imposta sullo stock delle riserve matematiche dei rami vita iscritte nel bilancio dell'esercizio.

Tale imposta costituisce un anticipo del prelievo che sarà operato sul rendimento di polizza all'atto dell'erogazione della prestazione in occasione della scadenza contrattuale o del riscatto, totale o parziale, del capitale assicurato: la stessa norma istitutiva (art. 1 del d.l. n. 209/2002), infatti, stabilisce che il prelievo in esame dà luogo a un credito di imposta da utilizzare a scomputo delle ritenute e dell'imposta sostitutiva che verranno prelevate sul reddito di capitale imponibile nel momento in cui la polizza andrà in prestazione.

L'imposta in questione, di fatto, rappresenta un prestito forzoso, peraltro infruttifero di interessi, praticato dal settore assicurativo in favore dell'Erario, dal momento che in virtù di essa viene anticipato il versamento di imposte che risulteranno comunque dovute nel successivo momento di erogazione delle prestazioni assicurate.

L'aliquota di detta imposta ha subìto numerose variazioni nel tempo (che hanno portato, nel complesso, a più che raddoppiare l'aliquota iniziale), risultando pari allo:

- **0,20%** dal 2003 al 2007
- **0,39%** nel 2008
- **0,35%** dal 2009 al 2011
- **0,50%** nel 2012
- **0,45%** dal 2013 in poi

Con la Legge di stabilità 2013 (n. 228/2012) è stato introdotto un meccanismo automatico di *cap* al fine di limitare l'imposta da versare in un dato anno nel caso in cui il credito d'imposta non ancora compensato (o non ancora ceduto a un'altra società del gruppo) ecceda una data percentuale delle riserve matematiche (pari per il 2017 al 2,1%). Nonostante tale meccanismo correttivo, alla fine del 2017 l'anticipo d'imposta non ancora recuperato a livello di settore ammontava a oltre 8 miliardi, in progressiva crescita rispetto agli anni precedenti. Si tratta, nello specifico, del credito d'imposta con anzianità inferiore al quinquennio, dal momento che per la quota parte del complessivo credito accumulata da più di cinque anni è prevista la possibilità di recupero attraverso la compensazione con altri tributi o contributi (o anche la possibilità di cessione a società appartenenti al medesimo gruppo).

Importo anticipo d'imposta sulle riserve del settore Vita

Periodo d'imposta	Stima anticipo d'imposta non recuperato al 31 dicembre - importo in milioni di euro	Variazione annuale - importo in milioni di euro
2014	6.282	1.072
2015	6.940	658
2016	7.917	977
2017	8.274	357

3

L'ASSICURAZIONE ITALIANA NEL CONFRONTO INTERNAZIONALE

CONFRONTI INTERNAZIONALI

Nel 2017 è continuata la crescita del volume premi mondiale pari a 4.892 miliardi di dollari, con una variazione in termini reali dell'1,5% rispetto al 2016 quando era aumentato del 2,2%. Il rallentamento della crescita è dovuto a una stasi generale del settore ma è essenzialmente legato a un calo della raccolta premi vita dei principali mercati avanzati.

Nel dettaglio, l'Asia ha continuato ad accrescere il proprio peso percentuale nel mercato assicurativo mondiale raggiungendo il 32,5%, per effetto di una crescita del volume premi rispetto al 2016 del 5,7%, trainata essenzialmente dalla forte espansione del mercato cinese; la quota di mercato della Cina sul volume premi globale arriva infatti all'11%, superando quella del Giappone che si attesta a quasi il 9%. L'America settentrionale con una raccolta premi complessiva in linea con quella del 2016, ha rappresentato circa il 31% dell'intero volume mondiale. Con un peso in termini di premi totali raccolti di poco superiore al 30%, l'Europa ha registrato una variazione appena negativa (-0,5%) rispetto al volume raccolto nel 2016, per effetto di una stagnazione della crescita nell'Europa occidentale. Stazionaria rispetto al 2016 anche la raccolta premi in America latina e in Africa, le cui quote di mercato si attestano rispettivamente al 3% e all'1%. In significativo calo invece il volume premi dell'Oceania che ha sfiorato nel 2017 il 2% dell'intera raccolta premi mondiale.

Nel 2017, i premi del settore vita, pari a 2.657 miliardi di dollari, sono cresciuti in termini reali solo marginalmente (+0,5%; +1,4% la variazione nel 2016 rispetto

Raccolta premi 2017
Valori in milioni di dollari

	VITA	DANNI	TOTALE	Quota % totale
America settentrionale	598.392	898.242	1.496.634	30,6
America latina	78.201	89.687	167.888	3,4
Europa	858.025	621.171	1.479.197	30,2
di cui: Europa occid.	*839.509*	*576.674*	*1.416.184*	*29,0*
di cui: Europa centro-or.	*18.516*	*44.497*	*63.013*	*1,3*
Asia	1.043.690	546.998	1.590.688	32,5
di cui: Giappone	*307.232*	*114.818*	*422.050*	*8,6*
di cui: Cina	*317.570*	*223.876*	*541.446*	*11,1*
Africa	44.899	21.792	66.691	1,4
Oceania	34.063	56.533	90.597	1,9
TOTALE	2.657.270	2.234.424	4.891.694	100

Fonte: Swiss Re - Sigma n. 3/2018

Crescita % reale 2017

	VITA	DANNI	TOTALE
America settentrionale	-3,5	2,5	0,0
America latina	1,1	-0,9	0,1
Europa	-1,6	1,1	-0,5
di cui: Europa occid.	*-1,9*	*1,0*	*-0,7*
di cui: Europa centro-or.	*12,2*	*3,3*	*5,8*
Asia	5,6	5,8	5,7
di cui: Giappone	*-6,1*	*0,0*	*-4,5*
di cui: Cina	*21,1*	*10,2*	*16,4*
Africa	0,3	1,0	0,5
Oceania	-17,9	2,6	-6,2
TOTALE	0,5	2,8	1,5

Fonte: Swiss Re - Sigma n. 3/2018

al 2015). Il rallentamento è stato guidato dai mercati più avanzati e in particolare dai volumi in calo nel Nord America (-3,5%) e in Europa occidentale (-1,9%) dove nel 2016 invece la raccolta era stata pressoché stazionaria rispetto all'anno precedente. Prosegue anche il calo della raccolta premi in Giappone con una variazione negativa rispetto al 2016 del -6,1% che continua a frenare la crescita dei paesi asiatici i quali tuttavia registrano un incremento del volume premi del 5,6% per effetto della forte espansione del mercato cinese (+21,1% rispetto al 2016). Gli altri mercati emergenti aumentano solo lievemente rispetto all'anno precedente: nel dettaglio, la crescita è stata dell'1,1% in America latina e dello 0,3% in Africa.

I premi del comparto danni, pari nel 2017 a 2.234 miliardi di dollari, sono risultati in aumento in termini reali del 2,8% (+3,3% nel 2016). Complessivamente la raccolta premi danni mondiale è cresciuta in tutti i paesi fatta eccezione per l'America Latina, dove ha subito un lieve calo pari al -0,9%. Tra i mercati avanzati hanno guidato l'espansione l'America settentrionale (+2,5%) e in misura minore l'Europa occidentale (+1,0%), mentre rimangono stazionari i paesi avanzati asiatici. La Cina ha guidato la crescita dei mercati emergenti con un aumento della raccolta premi danni del 10,2% rispetto al 2016. Con un andamento positivo e in linea con la variazione registrata nel 2016 rispetto al 2015, crescono anche i volumi raccolti in Europa centro-orientale (+3,3%) e in Oceania (+2,6%).

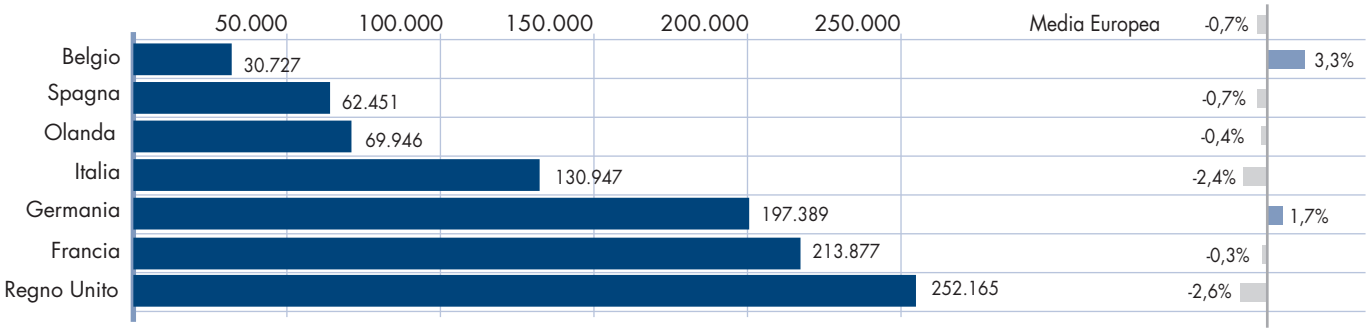
La crescita economica complessiva con l'incremento del Prodotto Interno Lordo ha favorito lo sviluppo globale del settore. Tuttavia, sebbene entrambi i comparti abbiano rallentato la crescita totale rispetto a quella del 2016, è stata in particolare la diminuzione del volume premi vita nei mercati avanzati a produrre tale frenata. Il settore vita infatti non riesce ancora a crescere ai livelli pre-crisi finanziaria, pur cercando di adeguare i prodotti al fine di incrementare la redditività. Nel comparto danni invece i premi continuano a crescere soprattutto nei mercati emergenti trainati dalla Cina. Per il settore vita ci si attende una spinta alla crescita da parte dei paesi emergenti, in cui l'espandersi della popolazione e in particolare della classe media sosterrà tale sviluppo. Il comparto danni invece, dopo un 2017 caratterizzato, soprattutto nella seconda metà dell'anno, da una serie di eventi catastrofali (gli uragani di forte intensità nell'Oceano Atlantico, i terremoti in Messico e il devastante incendio in California) si troverà a sostenere, a fronte delle importanti perdite nel settore cat-nat, un forte incremento dei prezzi di tali prodotti. Al contempo potrà beneficiare, soprattutto nei mercati più avanzati, di una domanda di coperture crescente che tengono conto dell'evoluzione del rischio legato alla continua evoluzione tecnologica (si pensi al rischio cyber, al rischio reputazionale o a tutta la serie di rischi definiti come non tangibili), a cui saprà rispondere un mercato assicurativo ormai sempre più orientato a un approccio Insurtech. Nei mercati emergenti invece, ad esclusione dell'Africa, dove le condizioni politiche instabili, l'elevato debito e la forte disoccupazione non favoriranno una crescita nel breve periodo, iniziative che promuovano l'assicurazione dei rischi agricoli e l'incremento di investimenti infrastrutturali contribuiranno alla crescita del settore. In Cina, invece, grazie al crescente utilizzo dei Big Data e di sistemi di cloud computing, che hanno attirato nuove start-up Insurtech nel mercato, si attende una vera e propria trasformazione dell'industria assicurativa.

IL PESO DELL'ASSICURAZIONE NEI PRINCIPALI MERCATI DELL'UNIONE EUROPEA

Nel 2017 la raccolta premi globale dei principali mercati UE (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Regno Unito e Spagna) è stata pari a 958 miliardi di euro, in lieve diminuzione (-0,7%) rispetto al 2016. Nel dettaglio, hanno registrato variazioni positive solamente i volumi raccolti in Belgio (+3,3%) e in Germania (+1,7%), mentre sono risultati in calo nel Regno Unito (-2,6%), in Italia (-2,4%), in Spagna (-0,7%) e lievemente anche in Olanda e Francia i cui premi diminuiscono rispettivamente del -0,4% e del -0,3%.

Premi diretti nei principali paesi UE nel 2017 – Totale ***Variazione % Premi diretti 2017/2016 – Totale***

Valori in milioni di euro

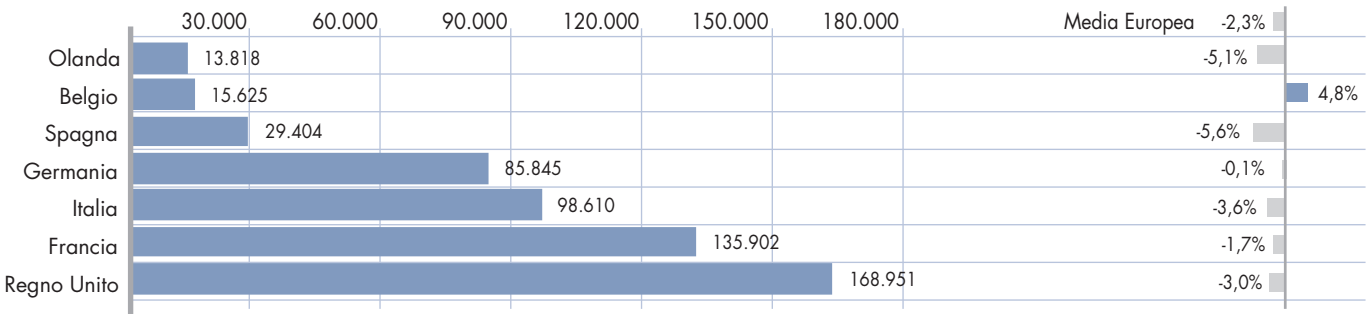


Fonte: Swiss Re - Sigma n. 3/2018

La raccolta del settore vita nel campione di paesi considerato, pari nel 2017 a 548 miliardi, è risultata in calo del -2,3%. In particolare si nota come tutti i paesi osservati siano risultati in diminuzione fatta eccezione per il Belgio, la cui raccolta premi nel 2017 è cresciuta del 4,8% rispetto al 2016, e la Germania stazionaria rispetto all'anno precedente. Nei restanti mercati UE invece si registrano variazioni negative in particolare in Spagna (-5,6%), in Olanda (-5,1%), in Italia (-3,6%), seguite da Regno Unito (-3,0%) e Francia (-1,7%).

Premi diretti nei principali paesi UE nel 2017 – Vita ***Variazione % Premi diretti 2017/2016 – Vita***

Valori in milioni di euro

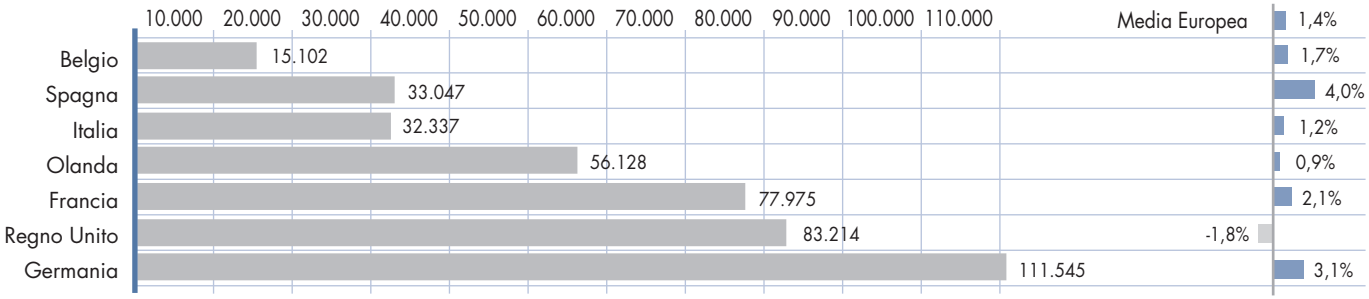


Fonte: Swiss Re - Sigma n. 3/2018

Il comparto danni nel 2017 è stato caratterizzato invece da una raccolta premi in aumento (+1,4%), con un ammontare di 409 miliardi di euro. Solamente il volume premi del Regno Unito è risultato in calo del -1,8%, mentre tutti i restanti paesi del campione hanno registrato variazioni positive. Nel dettaglio è risultata in aumento la raccolta premi della Spagna (+4,0%), della Germania (+3,1%), della Francia (+2,1%), del Belgio (+1,7%), dell'Italia (+1,2%) e infine dell'Olanda (+0,9%).

Premi diretti nei principali paesi UE nel 2017 – Danni
Valori in milioni di euro

Variazione % Premi diretti 2017/2016 – Danni

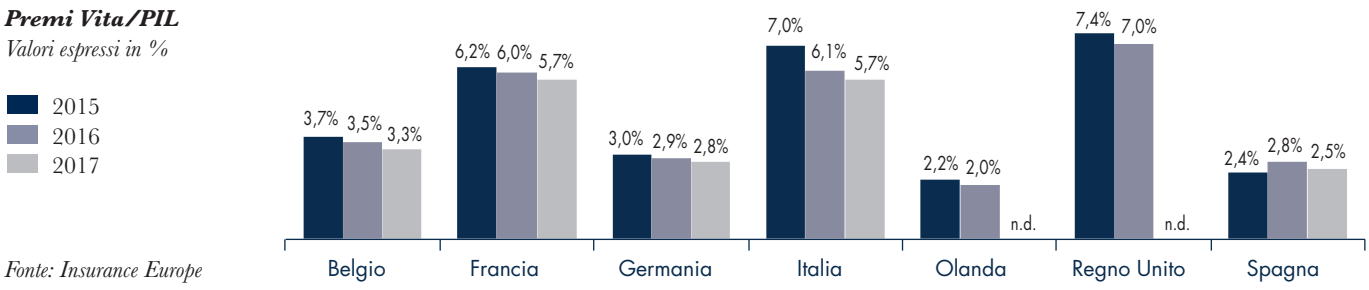


Fonte: Swiss Re - Sigma n. 3/2018

Nel triennio di osservazione che va dal 2015 al 2017 il rapporto tra il volume dei premi e il PIL – il c.d. indice di penetrazione assicurativa – ha mostrato andamenti diversi tra il settore vita e quello danni. Si evidenzia che i dati del 2017 (fonte Insurance Europe) sono ancora provvisori e, in alcuni casi, sono stati determinati attraverso stime da parte delle Associazioni assicurative dei rispettivi paesi.

Relativamente ai rami vita, l'indicatore nel 2017 è risultato in calo in tutti i paesi del campione. In particolare, l'indice spagnolo è sceso dal 2,8% nel 2016 al 2,5% nel 2017 (valore in linea con quello del 2015). In tutti gli altri paesi invece il trend è stato progressivamente decrescente. Nel dettaglio, in Belgio il rapporto è sceso dal 3,7% nel 2015 al 3,3% nel 2017, in Francia dal 6,2% al 5,7%, in Germania dal 3,0% al 2,8% e in Italia, dove si registra il calo più significativo, dal 7,0% al 5,7%. Anche in Olanda e nel Regno Unito l'indicatore è sceso dal 2015 al 2016 (ultimi due anni disponibili) rispettivamente dal 2,2% al 2,0% e dal 7,4% al 7,0% (quello del Regno Unito rimane comunque il valore più alto fra i paesi analizzati).

Premi Vita/PIL
Valori espressi in %

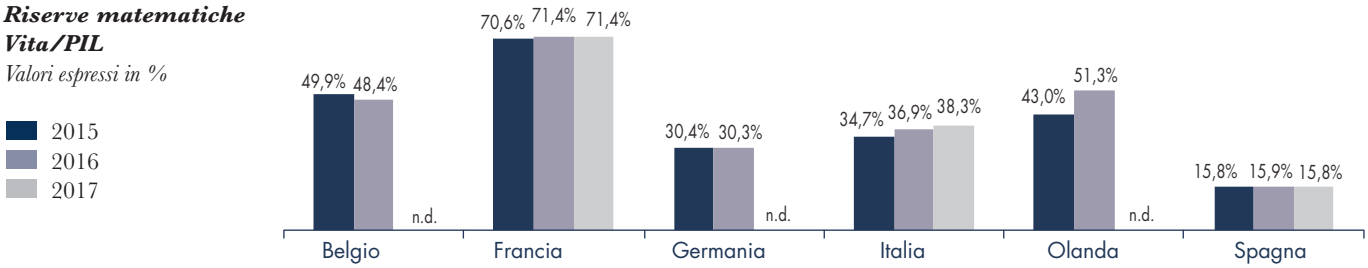


Fonte: Insurance Europe

Per quanto riguarda le riserve matematiche, ad oggi non sono ancora disponibili i valori del 2017 del Belgio, della Germania e dell'Olanda.

In Italia il rapporto tra le riserve matematiche e il PIL, indicatore che approssima il grado di maturazione del mercato vita, continua a registrare nel triennio analizzato un andamento crescente arrivando nel 2017 al 38,3%, dal 36,9% nel 2016 (era 34,7% nel 2015). Tuttavia il valore dell'indicatore italiano si posiziona ancora al di sotto della maggior parte degli altri paesi europei, pur risultando oltre il doppio della Spagna (15,8% nel 2017) e più elevato di quello della Germania (il cui indicatore riferito all'anno 2016 è del 30,3%). In progressiva crescita (nei soli anni disponibili 2015 e 2016) anche il valore dell'Olanda che sale al 51,3% nel 2016 dal 43,0% nell'anno precedente. Stabile rispetto al 2016 è risultato invece l'indice francese con un valore pari al 71,4%, in aumento rispetto al 2015 quando era del 70,6%. In Belgio invece il valore dell'indice è lievemente diminuito dal 49,9% nel 2015 al 48,4% nel 2016.

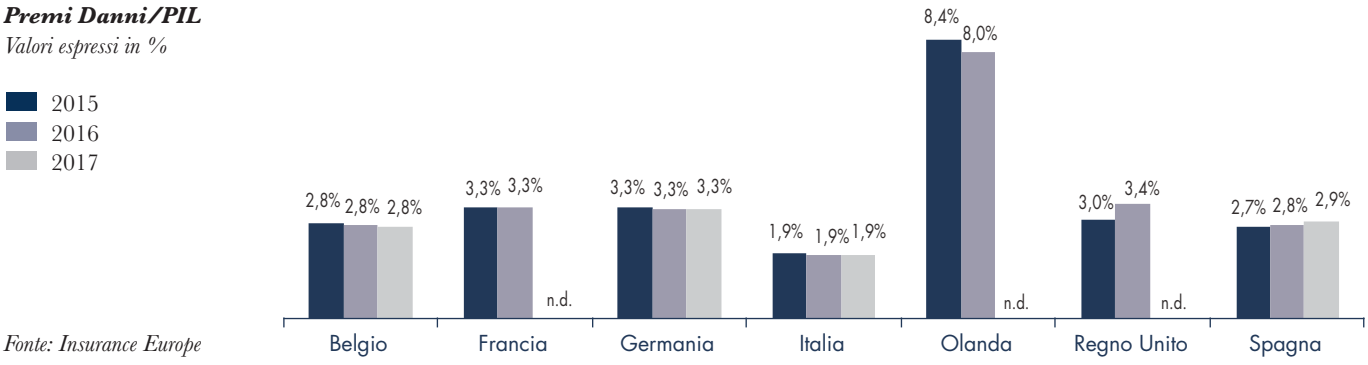
Riserve matematiche Vita/PIL
Valori espressi in %



Fonte: Insurance Europe; per il Belgio Assuralia e per la Germania GDV "Statistical Yearbook 2017"

Nel 2017, nel comparto danni, l'Italia si conferma il paese con il più basso rapporto tra premi e PIL. L'indice italiano è risultato stabile nel triennio analizzato e pari all'1,9%. Stazionari anche i valori dell'indice in Belgio (2,8%), in Germania (3,3%) e in Francia (3,3% nel 2015 e nel 2016). Hanno mostrato un andamento crescente i rapporti del Regno Unito, dove l'indicatore passa dal 3,0% nel 2015 al 3,4% nel 2016, e della Spagna, dal 2,7% nel 2015 al 2,9% nel 2017. L'Olanda, per via degli effetti positivi in termini di raccolta premi derivati dalla privatizzazione del sistema sanitario avvenuta nel 2006, riporta invece il valore dell'indice più elevato in Europa (oltre sei punti percentuali rispetto all'Italia nel triennio), pari all'8,0% nel 2016 e in diminuzione rispetto all'anno precedente.

Premi Danni/PIL
Valori espressi in %

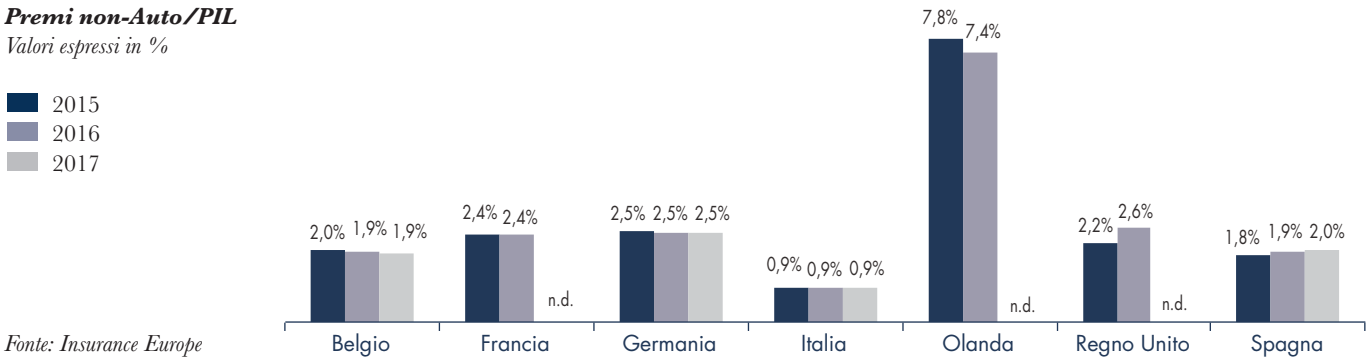


Fonte: Insurance Europe

L'ASSICURAZIONE ITALIANA NEL CONFRONTO INTERNAZIONALE

Quando dal totale premi delle assicurazioni danni si escludono quelli del settore auto (assicurazione ovunque obbligatoria), il divario dell'Italia rispetto agli altri paesi europei risulta ancora più evidente. Nel 2017 il rapporto tra questi premi e il PIL è rimasto stabile allo 0,9% per l'Italia, mentre è stato pari a più del doppio in Belgio e in Spagna. In aumento il valore dell'indicatore nel Regno Unito che nel 2016 (ultimo anno disponibile) è pari al 2,6%. La Germania è rimasta stazionaria al 2,5% nel triennio analizzato mentre la Francia ha mostrato un indice stabile al 2,4% nell'ultimo biennio disponibile. In calo, anche se relativo ai soli anni 2015 e 2016, il valore dell'indice in Olanda che passa dal 7,8% al 7,4%.

Premi non-Auto/PIL
Valori espressi in %



Fonte: Insurance Europe

LA TASSAZIONE DEI PREMI NELL'UNIONE EUROPEA

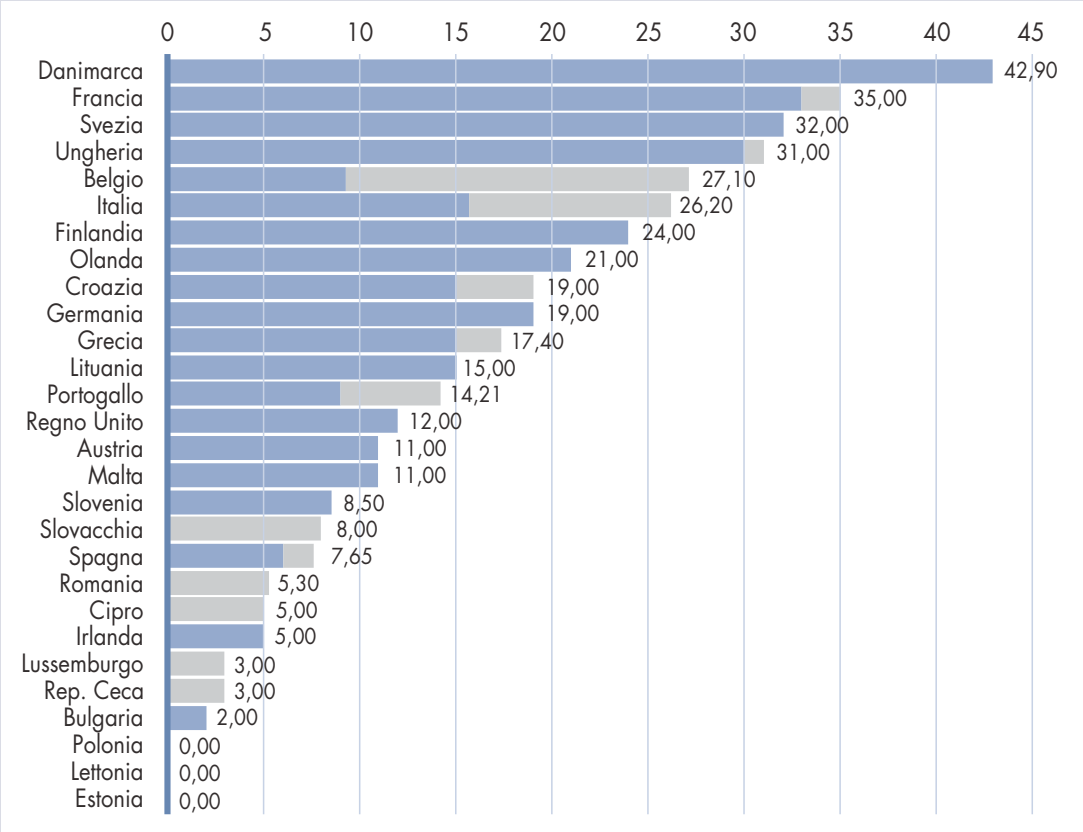
Nel corso del 2017 il livello di imposizione fiscale sui premi di assicurazione non ha registrato variazioni significative nei paesi dell'Unione Europea; l'Italia si distingue ancora una volta per l'applicazione di aliquote particolarmente elevate.

La situazione aggiornata è riassunta nei seguenti prospetti, che evidenziano le aliquote dell'imposta vigenti nei vari paesi membri relativamente ai premi dei rami r.c. auto, incendio, r.c. generale e merci trasportate.

Nel ramo r.c. auto, l'effetto combinato, per l'Italia, dell'imposta (con l'aliquota media che si conferma al 15,7%) e degli oneri parafiscali (10,5%) genera un'aliquota complessiva pari al 26,2%. Il 15,7% è il livello dell'aliquota di fatto vigente sul territorio italiano se si tiene conto degli aumenti fino al 16% complessivamente deliberati da quasi tutte le province italiane, destinatarie della specifica imposta.

La Direzione Federalismo Fiscale del Dipartimento delle Finanze ha, infatti, confermato che nel 2017 soltanto tre province italiane hanno mantenuto un'aliquota inferiore a quella base del 12,5%; tutte le restanti province – a Statuto ordinario – si sono avvalse a più riprese della facoltà di elevare l'aliquota base che soltanto in alcuni casi isolati è rimasta invariata ovvero non ha raggiunto la misura massima consentita del 16%.

R.c. auto
Valori espressi in %



Fonte: Insurance Europe

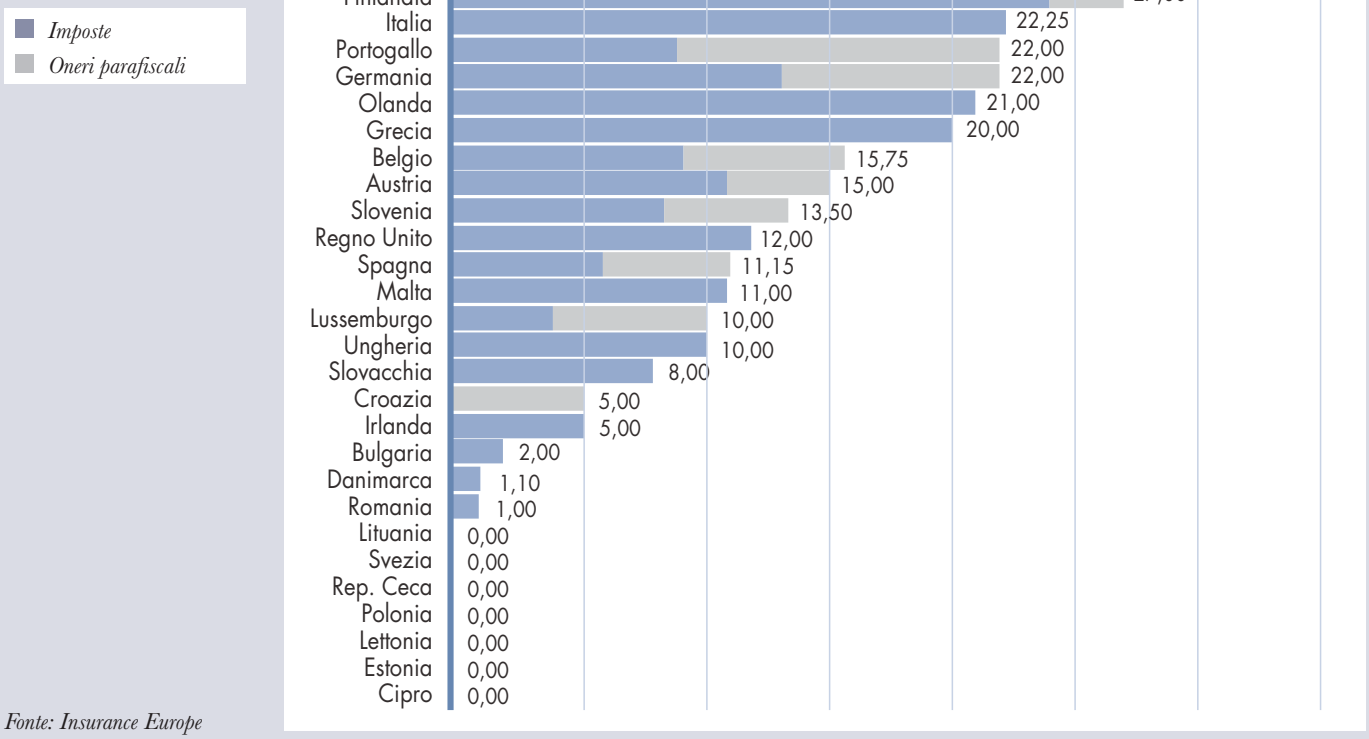
La tassazione media UE per il ramo r.c. auto si attesta al 19,8%; l'onere fiscale in Italia supera pertanto sia il livello medio sia quello di Regno Unito (12%), Spagna (7,65%) e Austria (11%). Si conferma leggermente sopra il valore medio l'Olanda (21%), mentre in Francia l'aliquota complessiva resta invariata al 35%.

Nel ramo incendio l'aliquota italiana del 22,25% risulta più elevata che in Spagna, Regno Unito e Austria, che applicano aliquote rispettivamente pari all'11,15%, al 12% e al 15%; le aliquote di Francia e Finlandia continuano a rivelarsi le più elevate (rispettivamente 30% e 27%).

Il dettaglio del ramo r.c. generale evidenzia che Italia (22,25%) e Finlandia (24%) sono i paesi che applicano le aliquote più elevate, sensibilmente superiori a quelle vigenti in Germania (19%), Regno Unito (12%), Francia (9%) e Spagna (6,15%).

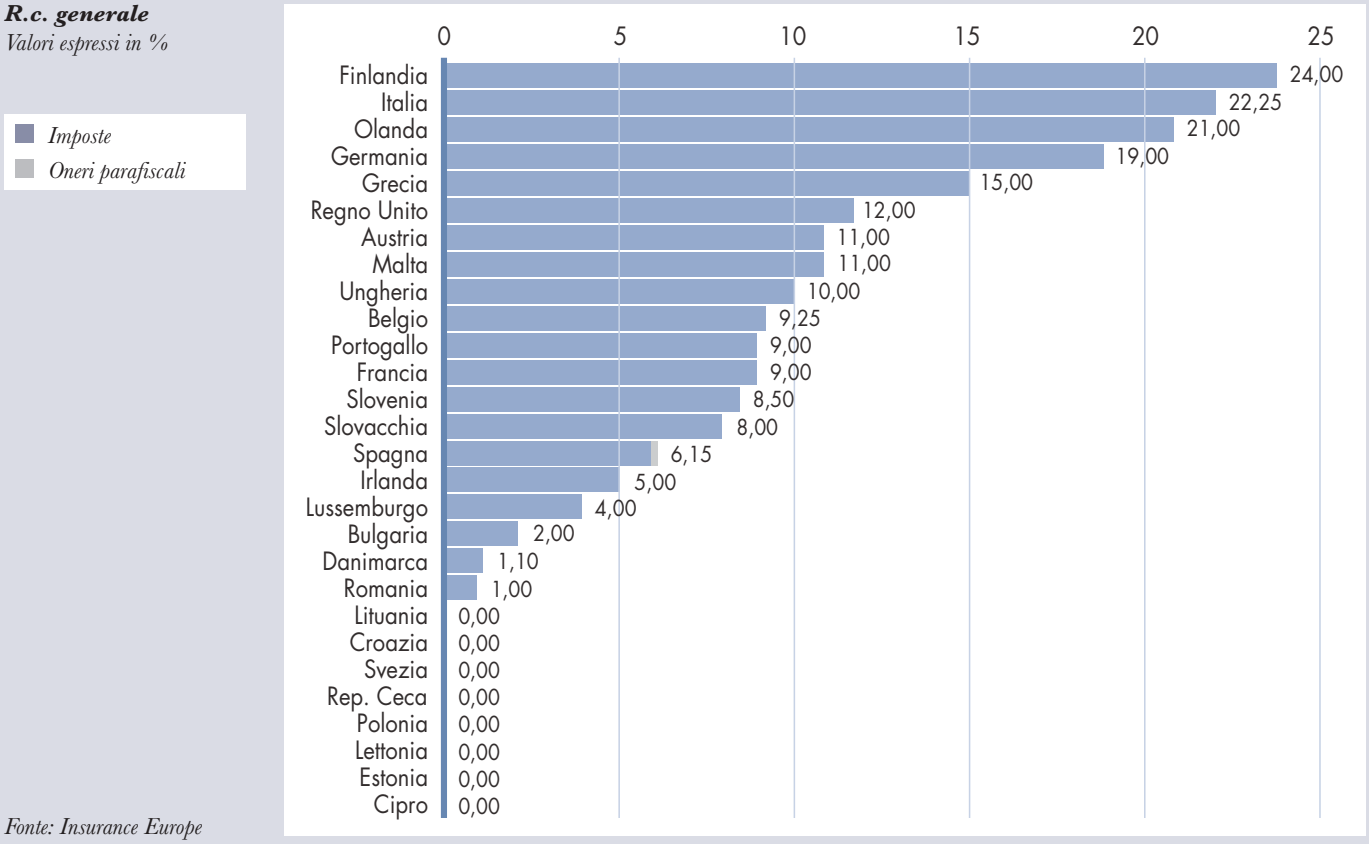
Non vi sono variazioni per quanto riguarda il livello della fiscalità indiretta in Italia sui premi relativi al ramo merci trasportate, dove l'aliquota si attesta al 7,5% per le merci trasportate via acqua e via aria e al 12,5% per quelle trasportate via terra. I paesi europei che presentano la tassazione più elevata nel ramo sono ancora la Finlandia (24%), la Germania (19%) e l'Austria (11%); il Regno Unito ha recentemente aggiornato l'aliquota al 12%, mentre in Francia e nella maggior parte degli altri paesi i premi restano esenti o sono tassati in misura molto ridotta.

Incendio
Valori espressi in %



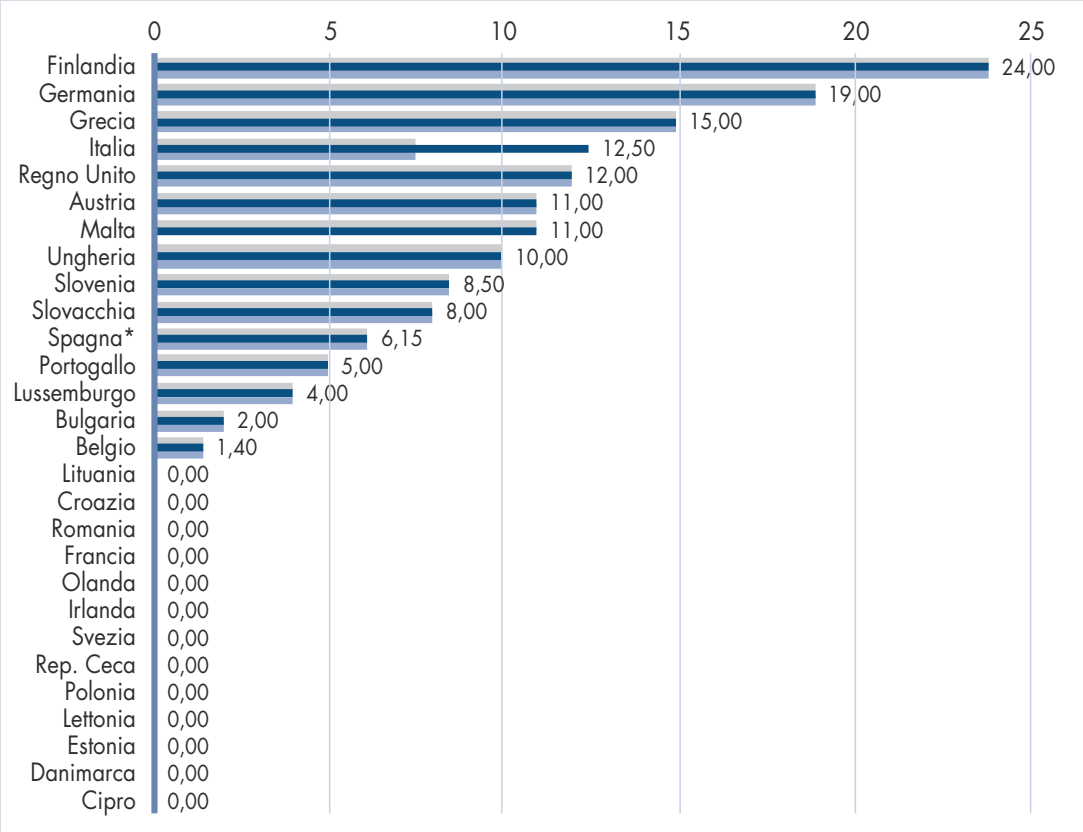
Fonte: Insurance Europe

R.c. generale
Valori espressi in %



Fonte: Insurance Europe

Merci trasportate
Imposte
Valori espressi in %



(*) Il dato della Spagna è composto da imposte (6,00) e oneri parafiscali (0,15)
Fonte: Insurance Europe

UN CONFRONTO INTERNAZIONALE SUI CONTI ECONOMICI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

Il dettaglio sul conto economico e sullo stato patrimoniale delle imprese di assicurazione europee riportato nella banca dati Fitch Connect consente di esaminare l'andamento di alcuni importanti indicatori di redditività e di gestione del portafoglio del settore assicurativo nei principali paesi europei (Francia, Germania, Italia e Regno Unito), messi a confronto con il valore medio di un campione europeo di nove paesi che, oltre a quelli analizzati singolarmente, include Austria, Belgio, Olanda, Svezia e Svizzera ([1]). La banca dati raccoglie le informazioni relative ai bilanci civilistici individuali redatti secondo i principi local GAAP di un campione di imprese. Il periodo di osservazione va dal 2012 al 2016 (il dato 2017 non è ancora disponibile).

Le imprese che esercitano il ramo danni

Nel periodo di analisi (2012-2016) le imprese del campione europeo considerato, censite da Fitch Ratings attraverso la piattaforma Fitch Connect, che esercitavano il ramo danni erano 884, di cui 235 in Germania, 124 nel Regno Unito, 139 in Francia e 79 in Italia.

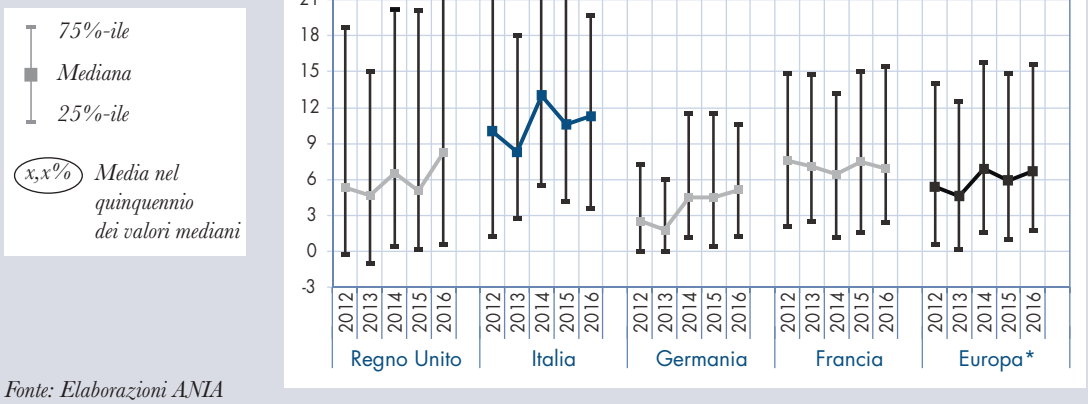
([1]) La Spagna non è stata inclusa nel confronto in quanto adotta per i bilanci delle imprese assicuratrici i principi contabili internazionali IFRS.

Il primo indicatore di redditività delle imprese che viene considerato è il **rendimento del capitale proprio (ROE)**, ossia il rapporto tra l'utile d'esercizio e la media dei mezzi patrimoniali degli ultimi due anni ([2]).

L'andamento della profittabilità dell'impresa mediana per il campione europeo analizzato è risultato, nel 2016, in aumento rispetto all'anno precedente, passando dal 5,9% al 6,7%, ma lievemente inferiore rispetto al 6,9% del 2014 (figura 1). L'indice dell'impresa mediana italiana, dopo la contrazione registrata l'anno precedente (dal 13,0% nel 2014 al 10,6% nel 2015), è aumentato attestandosi all'11,3%. Analogo andamento si riscontra nel Regno Unito e in Germania: nel dettaglio, la profittabilità dell'impresa mediana inglese è aumentata dal 5,0% nel 2015 all'8,2% nel 2016 mentre quella dell'impresa mediana tedesca ha raggiunto il 5,1%, dal 4,5% nel 2015. La Francia, invece, è l'unico tra i quattro paesi analizzati a registrare un calo, con un indicatore di redditività passato dal 7,5% nel 2015 al 6,9% nel 2016. Nella media del quinquennio si osserva per l'Italia un valore del ROE pari al 10,6%, superiore sia rispetto a quello del campione europeo (5,9%) sia nel confronto con gli altri paesi oggetto dell'analisi.

È possibile ottenere un'informazione della dispersione delle imprese attorno al valore mediano calcolando la distanza interquartile, ossia la differenza tra i valori degli indicatori riferiti alle imprese che rappresentano, rispettivamente, il primo e il terzo quarto delle imprese ordinate per profittabilità crescente. Nel 2016 in Italia si è osservata una dispersione delle imprese lievemente più bassa rispetto all'anno precedente, 16 punti percentuali anziché 17, superata in questo solo dal Regno Unito con 26 punti percentuali. Gli altri paesi analizzati hanno registrato invece valori più contenuti: nel dettaglio, la dispersione del campione europeo è stata pari a 14 punti percentuali, seguita dalla Francia con 13 p.p. e dalla Germania con 9 punti.

Figura 1
Rendimento % del capitale proprio
Danni



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Fitch Connect

(*) Campione costituito da 9 paesi: AT, BE, CH, DE, FR, IT, NL, SE, UK

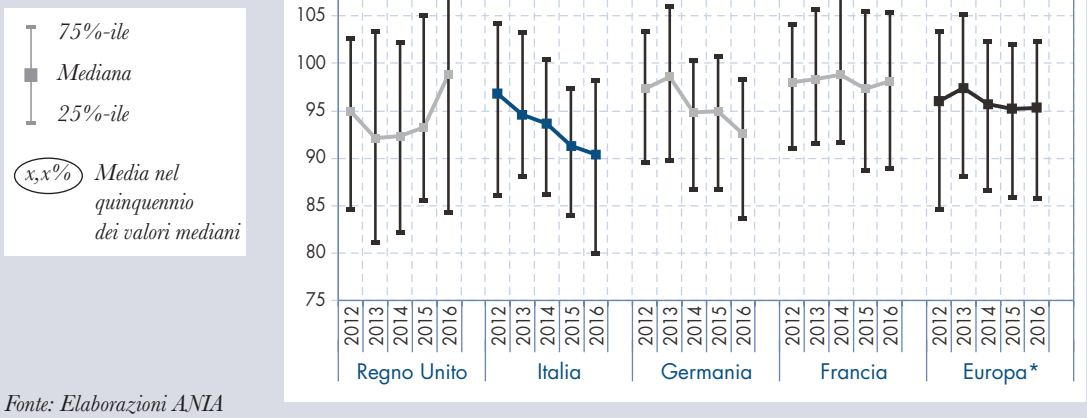
Nel 2016 il **combined ratio**, definito come la somma tra il loss ratio e l'expense ratio delle imprese mediane, ha registrato a livello europeo un valore pari al 95,3%, stabile rispetto al 2015 (95,2%) (figura 2). L'impresa mediana inglese e quella francese hanno registrato nel 2016 un aumento dell'indice, passato, rispettivamente, dal 93,2% nel 2015 al 98,8% e dal

([2]) Nel calcolo dell'indicatore non rientrano le imprese quotate; per il ROE relativo a tali imprese fare riferimento al paragrafo "La redditività delle imprese di assicurazione europee quotate nel 2017".

97,3% al 98,2%. Ha mostrato, invece, un trend opposto l'Italia, con un rapporto in miglioramento dal 91,3% al 90,4%, il valore più basso degli ultimi 5 anni (la media per il nostro Paese, nel quinquennio analizzato, è inferiore di due punti e mezzo rispetto al dato europeo). È risultato in calo anche il combined ratio dell'impresa mediana tedesca, passato dal 95,0% nel 2015 al 92,6%.

Nel 2016, la differenza tra il primo e il terzo quarto del campione di imprese è stata di 28 punti percentuali nel Regno Unito, 18 p.p. in Italia, 17 p.p. nel campione europeo, 16 p.p. in Francia e 15 p.p. in Germania; ad eccezione della Francia, la dispersione delle imprese attorno al valore mediano è aumentata in tutti i paesi analizzati.

Figura 2
Combined ratio %
Danni



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Fitch Connect

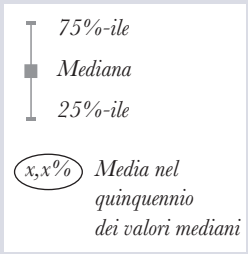
(*) Campione costituito da 9 paesi: AT, BE, CH, DE, FR, IT, NL, SE, UK

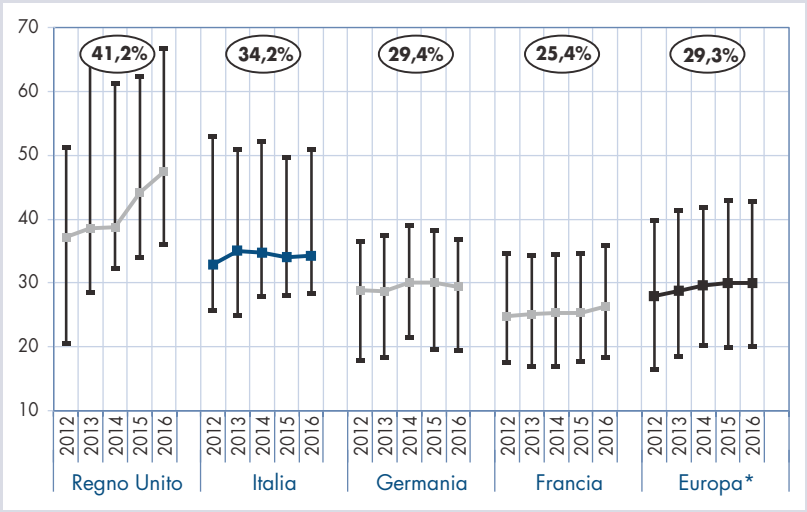
Nello stesso anno l'**expense ratio** europeo ha registrato un valore stazionario rispetto al 2015 e pari al 30,0% (figura 3); quanto ai singoli paesi analizzati, nel 2016 l'Italia, dopo il miglioramento registrato l'anno precedente, ha osservato un indice pari al 34,3%, in aumento rispetto al 2015 (34,0%). È continuato a peggiorare, progressivamente negli anni, anche l'expense ratio dell'impresa mediana inglese e francese, pari rispettivamente al 47,4%, dal 44,2% nel 2015, e al 26,3%, in aumento di un punto percentuale. La Germania è l'unico paese che ha registrato nel 2016 un miglioramento dell'indice, passato dal 30,0% nel 2015 al 29,4%.

Nel 2016 la differenza tra il primo e il terzo quarto del campione di imprese è risultata più alta nel Regno Unito con 31 punti percentuali, seguito dall'Italia con 23 punti (stesso valore registrato dal campione europeo) e dalla Francia e dalla Germania, entrambe con 18 punti.

L'utile d'esercizio realizzato dal settore danni **rapportato al volume dei premi contabilizzati** ha registrato a livello europeo un valore in lieve aumento, passando dal 4,7% nel 2015 al 5,0% nel 2016 (figura 4). Ad eccezione della Francia, che nel 2016 registra un calo dell'indice (dal 4,7% nel 2015 al 4,0%) tutti gli altri paesi analizzati mostrano invece un incremento. L'Italia si è attestata nel 2016 al 5,3%, dal 5,1% nel 2015, seguita dalla Germania con il 4,6% (3,7% nel 2015) e dal Regno Unito con il 3,6% (2,9% nel 2015). Nella media dei cinque anni il valore dell'utile d'esercizio dell'impresa mediana italiana, pari al 5,1%, è risultato il più alto tra tutti i paesi oggetto dell'analisi; il valore medio del campione europeo si è attestato al 4,5%.

Figura 3
Expense ratio %
Danni

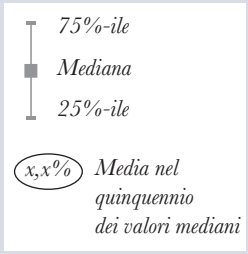


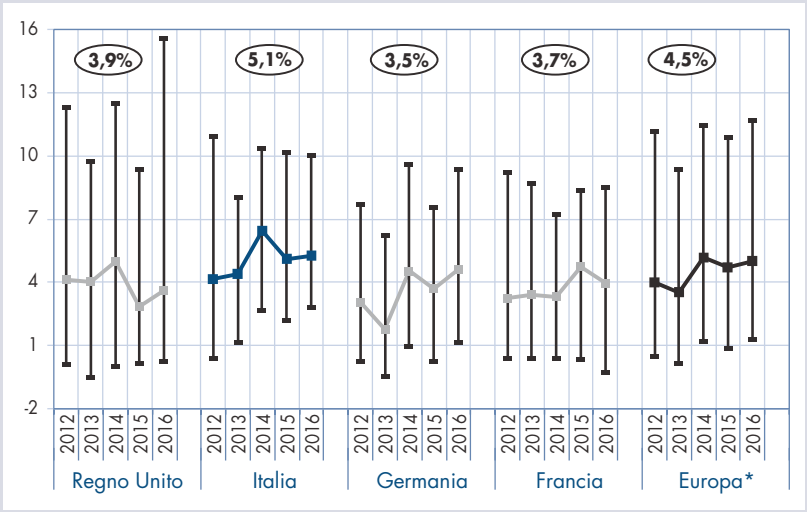


Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Fitch Connect

(*) Campione costituito da 9 paesi: AT, BE, CH, DE, FR, IT, NL, SE, UK

Figura 4
Utile d'esercizio % su premi
Danni





Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Fitch Connect

(*) Campione costituito da 9 paesi: AT, BE, CH, DE, FR, IT, NL, SE, UK

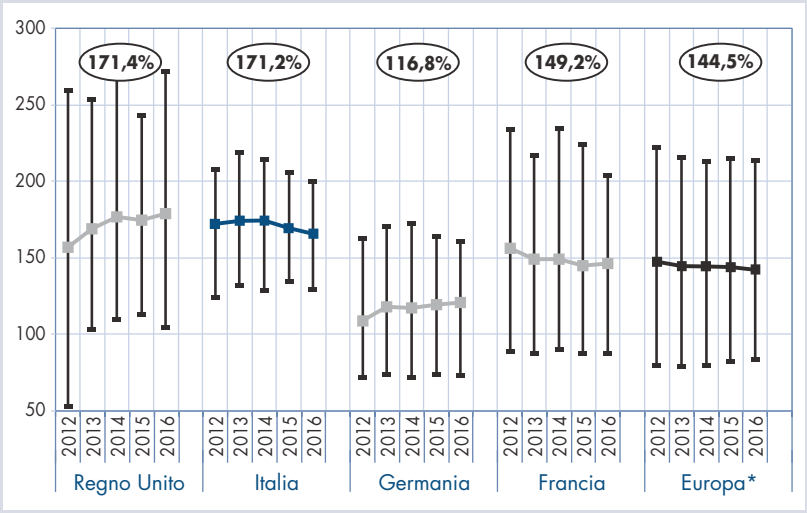
La differenza interquartile delle imprese è risultata più ampia nel Regno Unito, con 15 punti percentuali, superiore rispetto alla media del campione europeo (10 p.p.); tutti gli altri paesi analizzati hanno invece registrato valori più contenuti.

Rispetto all'anno precedente, nel 2016 il **totale delle riserve tecniche rapportato al volume dei premi contabilizzati** è risultato in diminuzione a livello europeo attestandosi al 142,2%, dal 144,0% nel 2015 (figura 5); analogo trend si è osservato per l'impresa mediana italiana, che ha registrato nel 2016 una percentuale di riserve tecniche su premi pari al 165,7% (era 169,5% l'anno precedente). Gli altri paesi analizzati mostrano invece un aumento dell'indice: il Regno Unito è passato dal 174,4% nel 2015 al 179,2% nel 2016, la Francia dal 144,6% al 146,1% mentre la Germania ha raggiunto il 120,7% dal 119,2% nel 2015. Con riferimento al periodo dei cinque anni in esame, l'Italia presenta un valore medio

dell'indicatore pari a 171,2%, in linea con il Regno Unito ma ben più alto rispetto al campione europeo (144,5%).

Nel 2016 la più alta differenza tra primo e terzo quarto della distribuzione è stata registrata dal Regno Unito con 167 punti percentuali; la Germania e l'Italia hanno invece mostrato una dispersione al di sotto dei 100 punti percentuali.

Figura 5
Riserve tecniche % su premi
Danni



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Fitch Connect

(*) Campione costituito da 9 paesi: AT, BE, CH, DE, FR, IT, NL, SE, UK

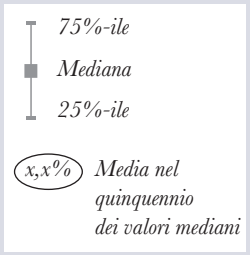
Le imprese che esercitano il ramo vita

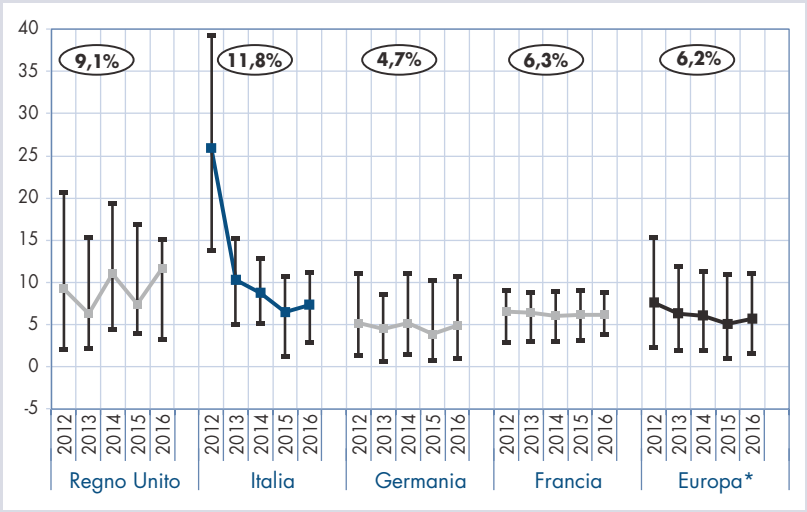
Nel quinquennio 2012-2016 le imprese censite da Fitch Connect, relative al campione europeo considerato, che esercitavano i rami vita erano 608, di cui 277 in Germania, 83 in Francia, 67 in Italia e 41 nel Regno Unito (la bassa rappresentatività del campione inglese potrebbe alterare l'analisi dei trend temporali per questo paese).

Il **rendimento del capitale proprio** (**ROE**), ossia il rapporto tra l'utile d'esercizio e la media dei mezzi patrimoniali degli ultimi due anni, dell'impresa mediana italiana nel 2016 ha registrato un aumento rispetto al 2015 dal 6,5% al 7,3%, con un valore medio nel quinquennio analizzato pari all'11,8%, molto influenzato dal forte recupero di redditività che si era riscontrato nel 2012 (figura 6). Il valore dell'indicatore per il 2016 dell'Italia è tornato in linea con la media europea. Un andamento in crescita, ad eccezione della Francia che ha un ROE stabile al 6,2%, viene osservato negli altri paesi analizzati: nel dettaglio, il ROE dell'impresa mediana britannica è cresciuto nel 2016 all'11,6%, dal 7,5% nel 2015, quello dell'impresa mediana tedesca è passato dal 3,9% al 4,9%, mentre il valore dell'indicatore relativo al campione europeo ha raggiunto il 5,7% (era pari al 5,1% nel 2015).

In merito alla dispersione della redditività delle imprese intorno al valore mediano, nel 2016 il valore più alto viene registrato dal Regno Unito, con una differenza tra il primo e il terzo quarto della distribuzione pari a 12 punti percentuali, seguito dalla Germania con 10 punti e dall'Italia e dalla Francia con valori progressivamente più contenuti.

Figura 6
Rendimento % del capitale proprio
Vita





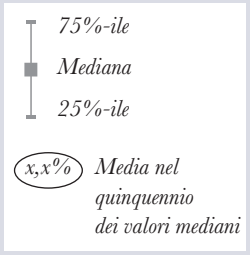
Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Fitch Connect

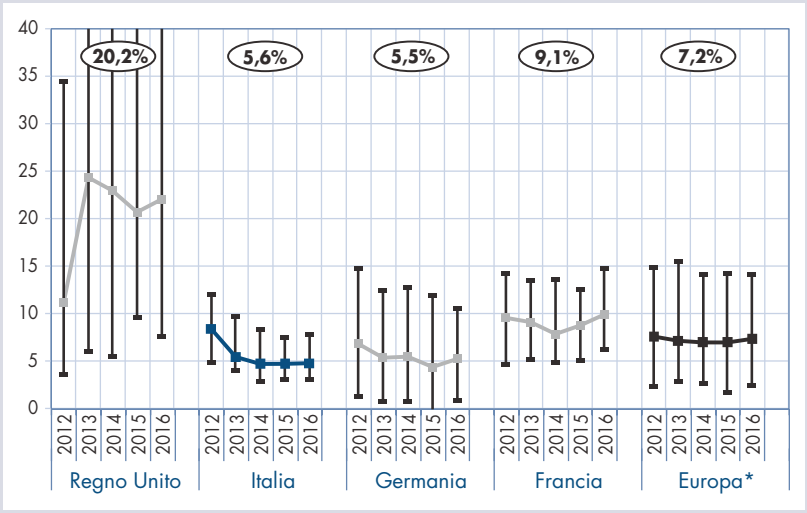
(*) Campione costituito da 9 paesi: AT, BE, CH, DE, FR, IT, NL, SE, UK

Nel 2016 l'**expense ratio** del settore vita per l'impresa mediana ha registrato a livello europeo un valore pari al 7,4%, in rialzo rispetto all'anno precedente (7,0%) (figura 7). Analogo trend si è osservato in tutti i paesi analizzati: nel dettaglio, il valore dell'indicatore per il Regno Unito ha raggiunto nel 2016 il 22,0%, per la Francia il 9,9%, per la Germania il 5,3% e per l'Italia il 4,8%.

La differenza interquartile delle imprese può variare notevolmente da paese a paese anche in ragione dell'incidenza del business di tipo *linked* che, generalmente, mostra un expense ratio inferiore agli altri rami vita. Nel 2016 la differenza tra primo e terzo quarto della distribuzione delle imprese è stata di 61 punti percentuali nel Regno Unito, 10 p.p. in Germania (due punti in meno rispetto a quella del campione europeo), 8 p.p. in Francia e 5 p.p. in Italia.

Figura 7
Expense Ratio %
Vita





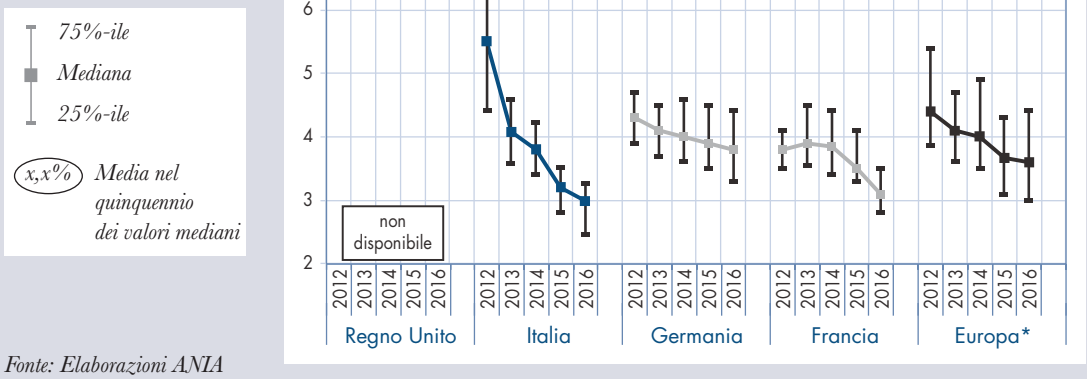
Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Fitch Connect

(*) Campione costituito da 9 paesi: AT, BE, CH, DE, FR, IT, NL, SE, UK

Nello stesso anno il **rendimento degli investimenti** del campione europeo (escluso il Regno Unito per indisponibilità dei dati) è stato pari al 3,6%, in lieve diminuzione rispetto al 2015 (3,7%) (figura 8). L'impresa mediana francese ha registrato un calo più significativo, con un rendimento degli investimenti passato dal 3,5% nel 2015 al 3,1% nel 2016, seguita dall'impresa mediana italiana, con il 3,0%, dal 3,2% nel 2015, e da quella tedesca, con un rendimento in lieve calo, dal 3,9% al 3,8%. L'analisi media dell'indicatore nel quinquennio 2012-2016 restituisce un valore del campione europeo pari al 4,0%, in linea con la Germania e superiore al valore registrato per l'Italia (3,9%) e per la Francia (3,6%).

Per quanto riguarda la dispersione interquartile delle imprese, nel 2016 si è osservata una distanza tra primo e terzo quarto della distribuzione superiore a un punto percentuale nel campione europeo e in Germania; la Francia e l'Italia hanno registrato valori più contenuti.

Figura 8
Rendimento % degli investimenti Vita



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Fitch Connect

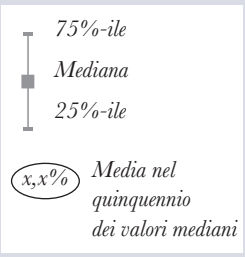
(*) Campione costituito da 9 paesi: AT, BE, CH, DE, FR, IT, NL, SE, UK

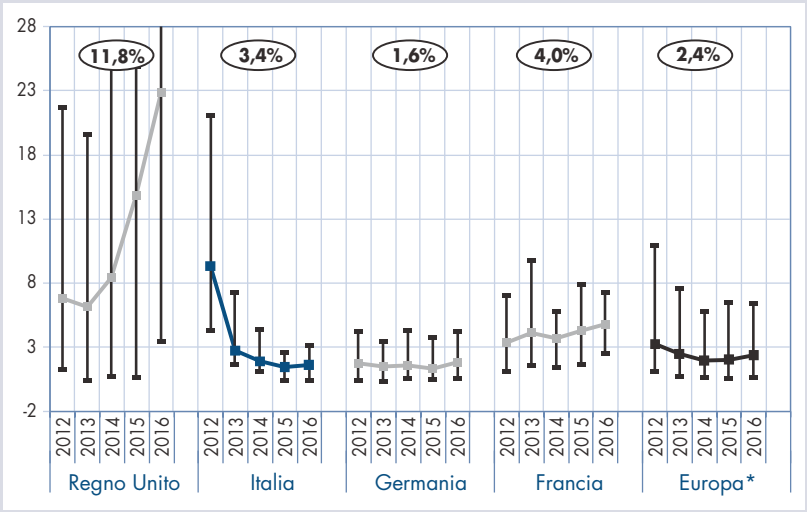
Nel 2016 l'**utile d'esercizio** realizzato dal campione europeo nel settore vita e **rapportato al volume dei premi contabilizzati** è stato pari al 2,4%, in aumento rispetto al biennio precedente, quando si attestava al 2,0% (figura 9). Analogo trend si riscontra negli altri paesi analizzati; in particolare il Regno Unito ha registrato nel 2016 un indice pari al 22,9%, dal 14,8% nel 2015, la Francia è passata dal 4,3% al 4,8% mentre la Germania e l'Italia, seppur in crescita, si attestano su valori più contenuti, pari rispettivamente all'1,8% e all'1,6%. La media nel quinquennio analizzato dell'indice relativo al campione europeo è pari al 2,4%, superiore solo a quella registrata dall'impresa mediana tedesca (1,6%); il valore più alto è stato registrato dal Regno Unito (11,8%).

Anche nel 2016 il **rapporto delle riserve tecniche sui premi contabilizzati** relativo all'impresa mediana del campione europeo è risultato in aumento e pari a 9,4, da 8,9 nel 2015 (figura 10). Tale andamento si riflette anche in Francia e in Italia, con valori rispettivamente pari a 9,4 (da 8,1 nel 2015) e a 4,9 (era 4,4 nel 2015). Il rapporto risulta invece stazionario in Germania (10,2 nel biennio 2015-2016) e in calo nel Regno Unito (da 4,4 nel 2015 a 3,5 nel 2016).

Nel 2016 la più alta differenza tra primo e terzo quarto della distribuzione delle imprese è stata registrata dalla Germania (15 punti percentuali), mentre l'Italia e il Regno Unito hanno mostrato la più bassa dispersione dei valori (4 p.p.).

Figura 9
Utile d'esercizio % su premi Vita

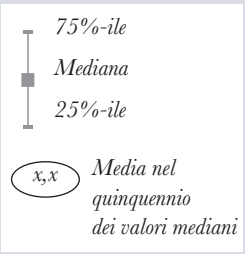


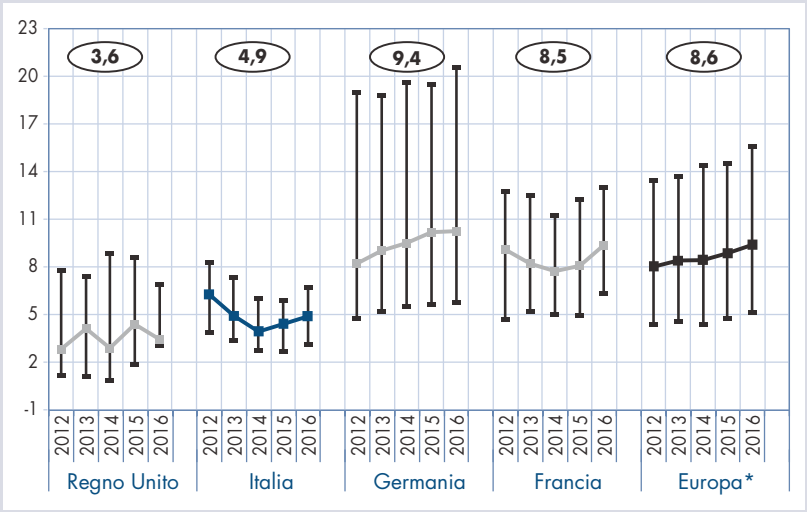


Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Fitch Connect

(*) Campione costituito da 9 paesi: AT, BE, CH, DE, FR, IT, NL, SE, UK

Figura 10
Riserve tecniche su premi Vita





Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Fitch Connect

(*) Campione costituito da 9 paesi: AT, BE, CH, DE, FR, IT, NL, SE, UK

LA REDDITIVITÀ DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE EUROPEE QUOTATE NEL 2017

Con riferimento alle sole imprese quotate è possibile un confronto sulla redditività del settore assicurativo nei principali paesi europei nel 2017. Va tenuto conto che si tratta di bilanci consolidati – ossia comprensivi dell'attività svolta dalle controllate estere – e che tali bilanci sono redatti secondo i principi IAS, che permettono di rilevare alcune minusvalenze nel patrimonio netto senza transitare a conto economico.

Nel 2017 l'andamento della redditività (misurata dal *Return on Equity* – ROE – mediano, calcolato al netto delle tasse e dei dividendi agli azionisti privilegiati) delle imprese di assicura-

zione quotate dei principali paesi europei ha mostrato tratti differenziati rispetto all'anno precedente. Nel Regno Unito il ROE dell'impresa mediana ha raggiunto quasi il 15%, circa un punto e mezzo percentuale in più rispetto al 2016; ha registrato un aumento, sebbene di entità più contenuta, anche il ROE mediano delle imprese italiane (9,7%, 9,2% nel 2016) che non ha consentito di recuperare la consistente flessione rispetto al 2015 (11,9%). La redditività delle imprese tedesche è rimasta invece invariata (12,7%), mentre quella delle imprese francesi si è contratta (7,0%, 8,4% nel 2016).

Quanto alla distribuzione della performance tra le singole imprese, quelle del Regno Unito hanno mostrato la maggior dispersione, con una distanza interquartile pari a 46,5 punti percentuali; seguono le imprese italiane (11,9 punti), francesi (6,7) e tedesche (6,0).

Tavola 1
Return on Equity (%) delle imprese quotate (valore mediano) e distanza interquartile (punti percentuali)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
							mediana	dispersione (*)
Francia	9,9	9,7	9,2	8,7	10,4	8,4	7,0	6,7
Italia	4,9	6,2	12,4	9,8	11,9	9,2	9,7	11,9
Regno Unito	12,4	16,5	21,2	0,0	15,7	13,5	14,9	46,5
Germania	11,0	12,4	13,7	13,7	13,3	12,7	12,7	6,0

(*) Differenza tra il IV e il I quartile

Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Thomson Reuters, Datastream

4

LE ASSICURAZIONI VITA

LE ASSICURAZIONI VITA

Nel 2017 il volume premi del settore vita è stato pari a 98,6 miliardi, in calo del 3,6% rispetto all'anno precedente, dopo tre anni di raccolta superiori ai 100 miliardi. Tale risultato è stato determinato dalla contrazione delle polizze di ramo I, soprattutto nella prima metà dell'anno, compensata solo parzialmente dall'incremento delle polizze unit-linked registrato nel corso dell'intero anno. Alla riduzione dei premi è corrisposto anche un parziale aumento delle prestazioni, determinando così, per il terzo anno consecutivo, un flusso di raccolta netta in calo rispetto all'anno precedente (di quasi 12 miliardi nel 2017). In diminuzione la variazione delle riserve matematiche (-20,7%) rispetto al 2016, mentre i proventi tecnici finanziari sono risultati, per il secondo anno consecutivo, in aumento (+9,4%); gli effetti combinati di questi due fattori, controbilanciati dal calo della raccolta netta, hanno portato il settore a registrare un risultato tecnico complessivo pari a 3,2 miliardi, inferiore di circa 400 milioni a quello realizzato nel 2016.

IL PORTAFOGLIO ITALIANO

I premi del portafoglio diretto italiano, raccolti dalle 48 imprese operanti nei rami vita, sono stati pari nel 2017 a 98.610 milioni, in diminuzione del 3,6% rispetto all'anno precedente, quando la contrazione era stata dell'11,0%. In termini percentuali, i premi vita hanno rappresentato nel 2017 i tre quarti del totale (vita e danni), in diminuzione rispetto ai valori registrati nel triennio precedente.

Totale rami vita
Valori in milioni

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Premi contabilizzati	90.114	73.869	69.715	85.100	110.518	114.947	102.252	98.610
Oneri relativi ai sinistri (-)	66.801	73.971	75.022	66.788	64.577	71.196	62.932	71.154
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	32.184	2.547	10.013	29.928	59.967	53.023	48.448	38.427
Saldo delle altre partite tecniche	-126	-177	-222	-325	-381	-378	-328	-369
Spese di gestione (-)	4.300	3.832	3.367	3.538	3.812	3.974	3.842	3.918
- provvigioni	2.696	2.205	1.788	1.982	2.206	2.349	2.181	2.240
- altre spese di acquisizione	675	709	681	683	686	701	686	671
- altre spese di amministrazione	929	918	898	874	921	924	975	1.007
Utile investimenti	12.617	3.019	25.382	18.409	20.588	15.976	16.611	18.166
Risultato del conto tecnico diretto	**-680**	**-3.639**	**6.473**	**2.929**	**2.369**	**2.352**	**3.313**	**2.908**
Saldo della riassicurazione e altre partite	366	268	388	369	383	315	289	289
Risultato del conto tecnico complessivo	**-314**	**-3.371**	**6.861**	**3.298**	**2.752**	**2.667**	**3.602**	**3.197**
Raccolta netta	**23.313**	**-102**	**-5.306**	**18.312**	**45.941**	**43.751**	**39.320**	**27.456**
Variazione % annua dei premi	11,1%	-18,0%	-5,5%	22,1%	29,9%	4,0%	-11,0%	-3,6%
Expense ratio	4,8%	5,2%	4,8%	4,2%	3,4%	3,5%	3,8%	4,0%
– Provvigioni/Premi contabilizzati	3,0%	3,0%	2,6%	2,3%	2,0%	2,0%	2,1%	2,3%
– Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	0,7%	1,0%	1,0%	0,8%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%
– Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	1,0%	1,2%	1,2%	1,0%	0,8%	0,8%	1,0%	1,0%
Utile investimenti/Riserve tecniche	3,2%	0,7%	6,1%	4,2%	4,3%	3,0%	2,8%	2,9%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**-0,8%**	**-4,9%**	**9,3%**	**3,4%**	**2,1%**	**2,0%**	**3,2%**	**2,9%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**-0,3%**	**-4,6%**	**9,8%**	**3,9%**	**2,5%**	**2,3%**	**3,5%**	**3,2%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**-0,08%**	**-0,82%**	**1,64%**	**0,75%**	**0,57%**	**0,49%**	**0,61%**	**0,50%**
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni e vita	*71,7%*	*67,0%*	*66,3%*	*71,6%*	*77,1%*	*78,2%*	*76,2%*	*75,3%*

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base dei valori espressi in migliaia

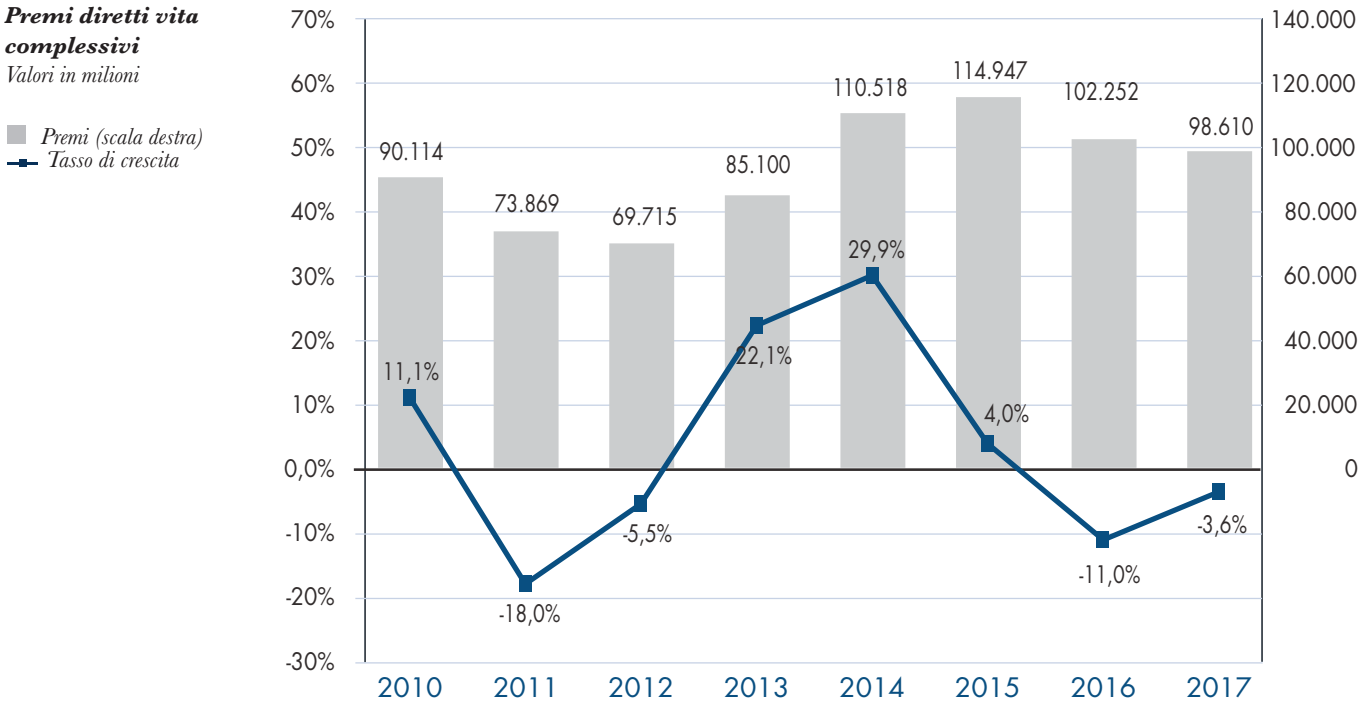
LE ASSICURAZIONI VITA

Il calo del settore vita, registrato fin dai primi mesi dell'anno, è principalmente il risultato della riduzione della raccolta premi delle polizze tradizionali (rami I-Vita umana e V-Capitalizzazione) attutita, in parte, dal significativo incremento delle polizze di ramo III (Fondi di investimento o indici c.d. linked). La crescita di queste ultime è dovuta alla necessità di cercare, in un contesto di bassi tassi di interesse dei titoli di Stato, forme di investimento da offrire ai propri clienti che consentano, nel medio periodo, rendimenti al netto dei costi positivi accettando una quota maggiore di rischio.

Nel 2017, inoltre, è stato ancora più incisivo il forte sviluppo dei cosiddetti prodotti multiramo, i cui premi sono in parte investiti in gestioni separate e in parte in unit-linked, caratterizzati dunque da asset allocation diversificati. L'incidenza di tali prodotti sul totale mercato vita ha raggiunto nel 2017 il 27,6% (era circa il 20% nel biennio 2014-2015), a fronte di un volume premi pari a 27 miliardi (+30,0% rispetto al 2016), equamente distribuito, tra premi di ramo I e premi di ramo III (nel biennio precedente la quota di ramo III si attestava al 45%).

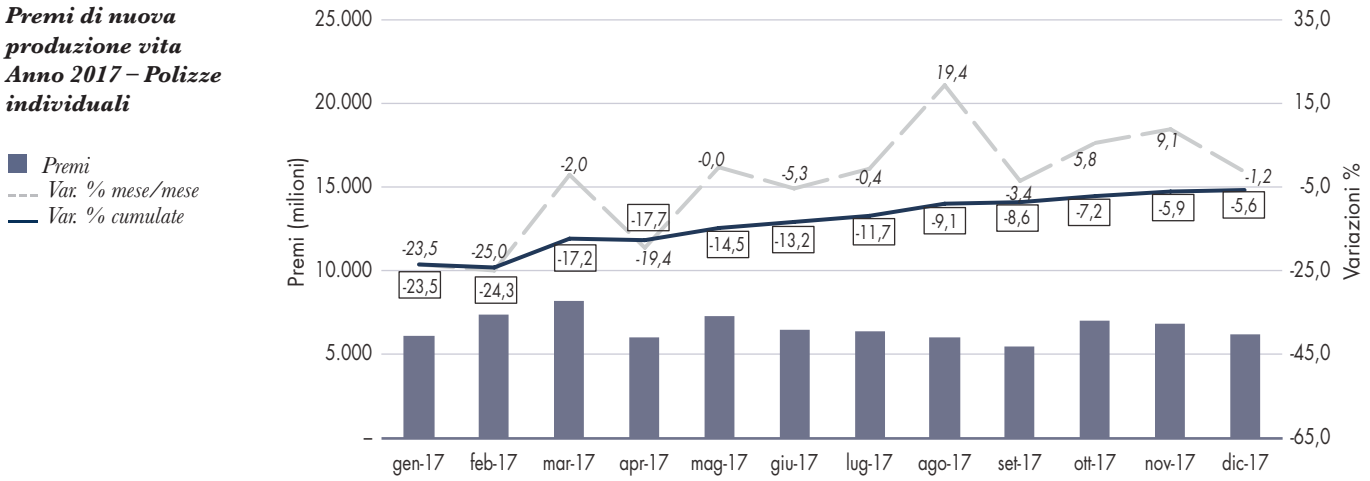
Sempre con l'obiettivo di ottimizzare il risparmio finanziario delle famiglie italiane in questo particolare scenario economico, l'introduzione dei PIR – Piani Individuali di Risparmio a lungo termine (legge 11 dicembre 2016, n. 232 – Legge di bilancio 2017), principalmente nella seconda metà del 2017, ha consentito alle imprese assicuratrici di collocare sul mercato una nuova tipologia di prodotti che permette una detassazione dei rendimenti ottenuti, a fronte di determinate condizioni di investimento nell'economia reale. La forma contrattuale prevalente è risultata quella di tipo unit-linked (il 75% dei PIR), mentre la restante quota è stata sottoscritta tramite prodotti multiramo, a fronte di una raccolta premi complessiva pari a 1,7 miliardi di premi (l'1,7% dei premi vita complessivi nel 2017).

Premi diretti vita complessivi
Valori in milioni



La contrazione dei premi contabilizzati registrata nel 2017 dal settore vita è riscontrabile anche nell'andamento mensile dei premi di nuova produzione (polizze individuali) emessi dalle imprese italiane ed extra-UE. Nel dettaglio, i premi relativi al ramo I

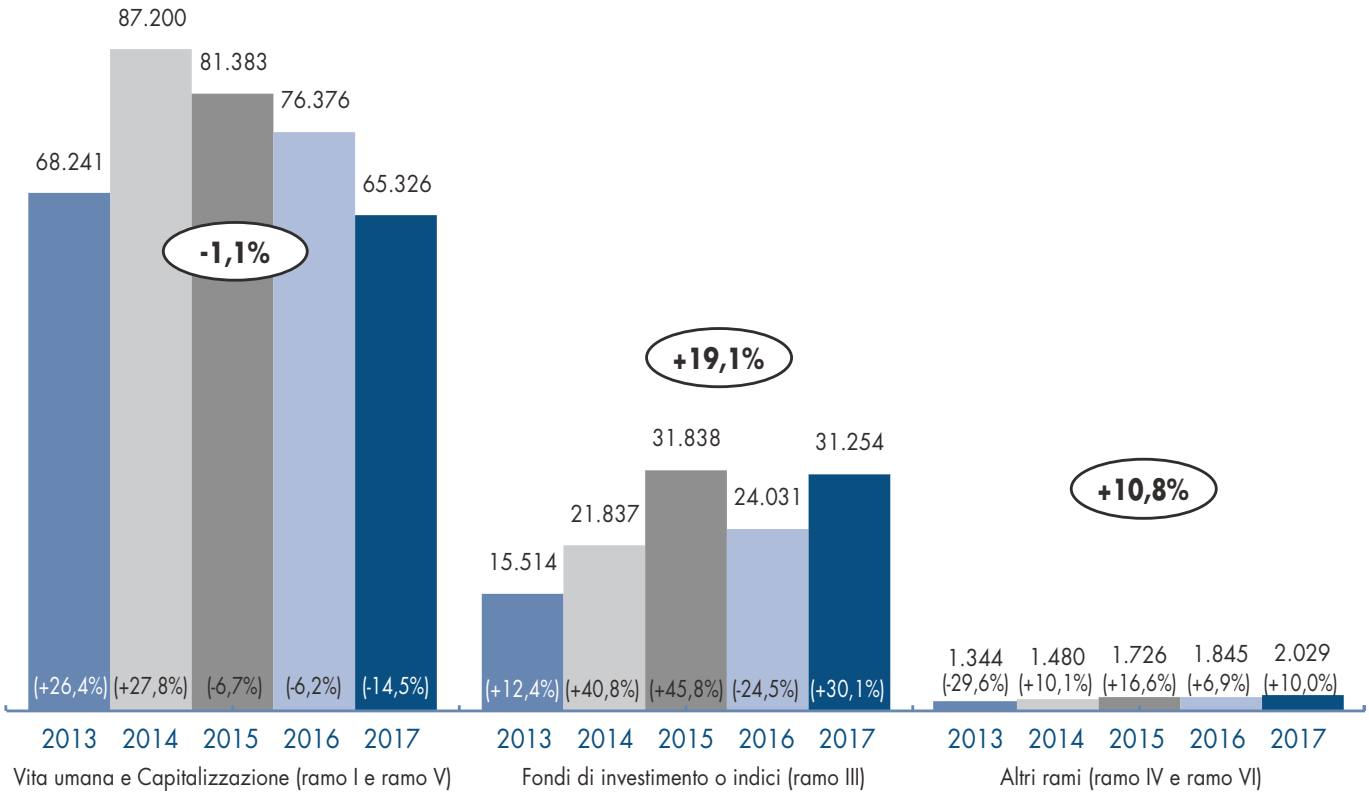
Premi di nuova produzione vita Anno 2017 – Polizze individuali



fin dai primi mesi del 2017 hanno registrato variazioni negative anche significative, raggiungendo alla fine del I semestre un calo cumulato del 27%, calmierato nella seconda parte dell'anno fino a raggiungere nell'intero 2017 una contrazione più contenuta e pari al 19%. Analogo trend si riscontra anche nel ramo V, pur se con volumi premi molto più contenuti: in tutto il 2017 la diminuzione della raccolta (già iniziata a metà anno del 2015), è stata pari a circa -17% rispetto al 2016. I premi di ramo III, invece, dopo aver registrato tassi di variazione negativi in tutto il 2016, hanno cambiato il trend della loro raccolta segnando, fin dai primi mesi dell'anno successivo, significative variazioni positive, fino a raggiungere un incremento annuo cumulato del 33%.

Premi del portafoglio diretto per ramo di attività
Valori in milioni

(x,x%) Var. % media geometrica 2013/2017
(x,x%) Var. % media annua



Nell'intero anno 2017 la nuova produzione vita totale, comprensiva anche delle polizze collettive, è stata pari a circa 82 miliardi, in diminuzione del 5,2% rispetto al 2016. Tra i canali distributivi, il calo della raccolta di nuovi premi è dovuto principalmente al canale bancario e postale (-7,5% rispetto al 2016), il canale agenziale risulta pressoché costante grazie all'incremento osservato dalle agenzie in economia, mentre registrano un lieve aumento i consulenti finanziari abilitati (+1,2%).

Analizzando gli andamenti dei **premi contabilizzati** dei singoli rami, nel 2017, si registra un calo annuo del 14,5% per quelli dei rami I e V, contrazione più che raddoppiata rispetto a quella osservata nel biennio precedente, a fronte di una raccolta pari a 65.326 milioni, in progressivo calo dal 2015 (la variazione media dell'ultimo quinquennio negli stessi rami risulta pari a -1,1%). Si evidenzia, inoltre, come il calo delle polizze tradizionali sia imputabile in massima parte agli sportelli bancari e postali che hanno raccolto oltre il 64% di tali polizze ma facendo registrare una diminuzione del 17% rispetto all'anno precedente. I premi delle polizze tradizionali rappresentavano il 66% dell'intero portafoglio vita, in forte calo rispetto al 75% registrato nel 2016, di cui il 96% relativi a polizze di ramo I (in diminuzione del 14,7% rispetto al 2016) e il restante 4% attinenti a polizze di ramo V (in calo del 7,0%).

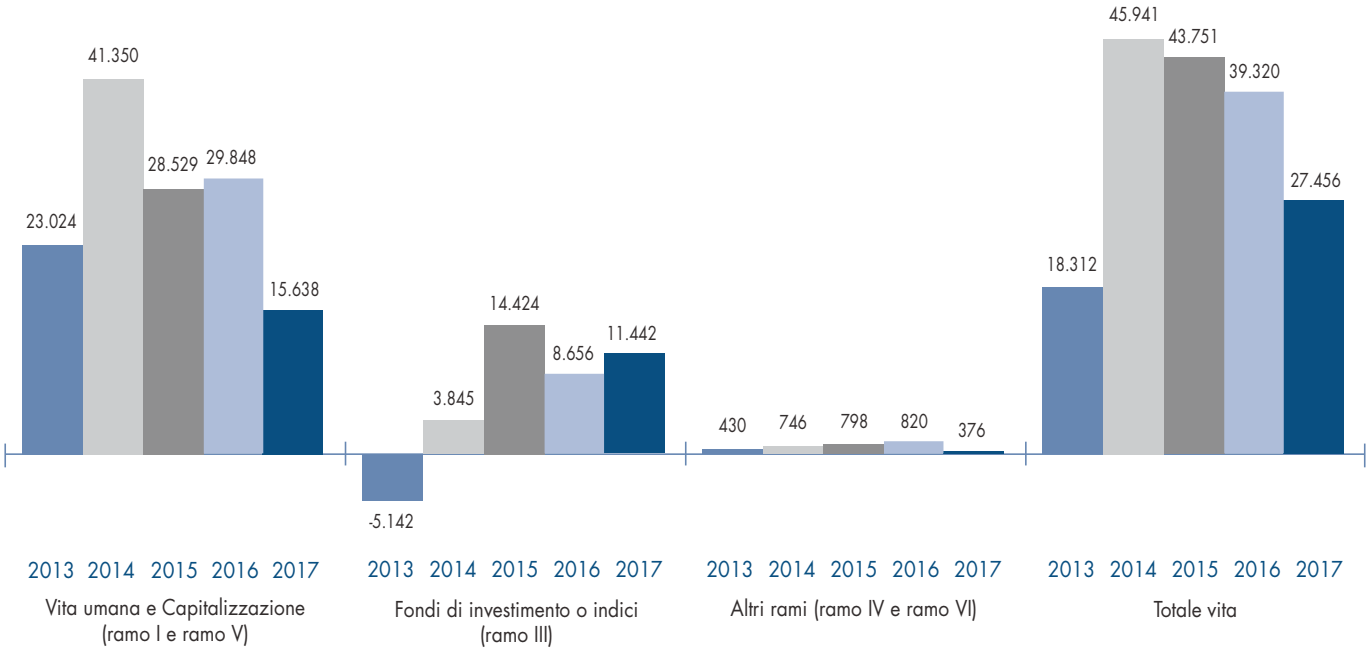
Positivo è stato invece l'andamento dei premi di ramo III che nel 2017 raccolgono un ammontare pari a 31.254 milioni, in deciso aumento (+30,1%) rispetto all'anno precedente, quando la variazione annua era invece negativa (-24,5%). Tali prodotti costituivano il 32% dell'intero portafoglio vita, ben 8 punti percentuali in più rispetto al 2016. La crescita media dell'ultimo quinquennio è stata pari al 19,1%, in ulteriore sviluppo rispetto al 14,9% del quinquennio precedente. Il risultato positivo del 2017 è dovuto principalmente all'attività degli sportelli bancari e postali che hanno raggiunto una quota di mercato pari al 57% dell'intera raccolta del ramo, registrando, in termini di volume premi, un incremento del 36,0% rispetto al 2016. La quasi totalità della restante parte di polizze linked (il 33%) è stata intermediata dai consulenti finanziari abilitati che hanno registrato una crescita dei premi raccolti del 15,2%.

Di trend opposto è invece l'andamento della raccolta premi relativi a polizze degli altri rami vita (ramo IV e ramo VI) che nel 2017, per il quarto anno consecutivo, registrano una variazione positiva (+10,0%), a fronte di un volume premi in progressivo aumento e pari a 2.029 milioni, il 2% dell'intera raccolta vita. La variazione media annua dell'ultimo quinquennio è risultata pari a +10,8%, da -0,9% nel quinquennio 2012-2016. Nel dettaglio, 90 milioni sono relativi a polizze LTC e malattia di lunga durata (ramo IV), in aumento del 13,2% rispetto al 2016 (grazie soprattutto ai premi commercializzati dai broker e dagli agenti con mandato), mentre i restanti 1.940 milioni fanno riferimento alla gestione di fondi pensione (ramo VI), con un incremento del 9,8% rispetto all'anno precedente (grazie alla vendita diretta e agli sportelli bancari).

Gli **oneri relativi ai sinistri**, definiti come le somme pagate e la variazione delle riserve per somme da pagare al netto dei recuperi, pari nel 2017 a 71.154 milioni, sono aumentati del 13,1% rispetto al 2016, per effetto essenzialmente di un aumento degli importi riscattati o disinvestiti che rappresentano il 62% del totale delle uscite.

Nel complesso la **raccolta netta**, definita come la differenza tra i premi e gli oneri relativi ai sinistri, è stata positiva e pari a 27.456 milioni, in calo del 30,2% rispetto

Raccolta netta
Valori in milioni



a quella del 2016 e ancor più rispetto ai due anni precedenti, quando già nei primi nove mesi di ciascun anno la raccolta netta si attestava sui 35 miliardi.

Nel dettaglio, nei rami I e V il flusso netto ha raggiunto 15.638 milioni, importo pressoché dimezzato rispetto al 2016, ma ancor più rispetto al 2014, quando il saldo superava i 40 miliardi. Relativamente al ramo III, grazie al significativo aumento dei premi già analizzato, la raccolta netta ha registrato un valore positivo e pari a 11.442 milioni, in aumento del 32,2% rispetto al 2016, ma in calo rispetto al 2015, anno in cui si era raggiunto l'importo più elevato mai registrato (14.424 milioni). Con volumi ancora molto contenuti, la raccolta netta realizzata negli altri rami vita (IV e VI) è ammontata a 376 milioni, da 820 milioni nel 2016.

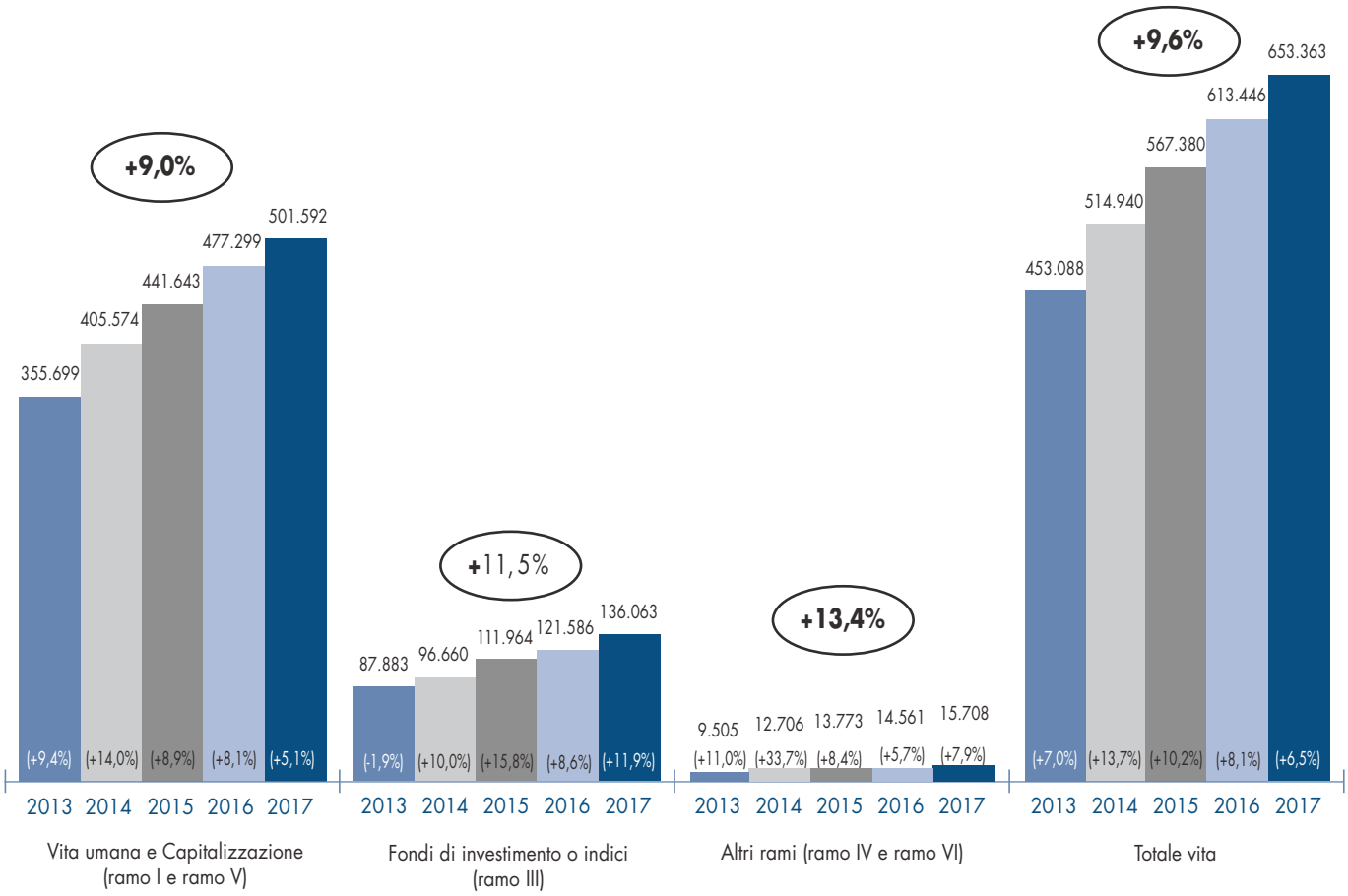
La **variazione delle riserve matematiche e delle riserve tecniche diverse** è stata nel 2017 positiva e pari a 38.427 milioni, in calo del 20,7% rispetto al 2016 e del 27,5% rispetto al 2015. Le **riserve tecniche complessive**, pari a 653.363 milioni, sono aumentate del 6,5% rispetto al 2016, registrando una crescita media annua del 9,6% nel quinquennio 2013-2017. Nel dettaglio le riserve accantonate nei rami tradizionali sono state pari nel 2017 a 501.592 milioni (di cui 474.553 milioni afferenti al ramo I), in aumento del 5,1% rispetto al 2016. Tali riserve rappresentano il 77% delle riserve totali vita e sono aumentate mediamente del 9,0% negli ultimi cinque anni. Le riserve tecniche afferenti a polizze linked hanno raggiunto i 136.063 milioni (il 21% delle riserve totali), in aumento dell'11,9% rispetto al 2015 e dell'11,5% come media annua nell'ultimo quinquennio. Le riserve accantonate nei restanti rami (IV e VI) sono state pari nel 2016 a 15.708 milioni, in aumento del 7,9% rispetto all'anno precedente e mediamente del 13,4% nel quinquennio.

Le **spese di gestione**, che comprendono, oltre agli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi e per l'organizzazione e il funzionamento della

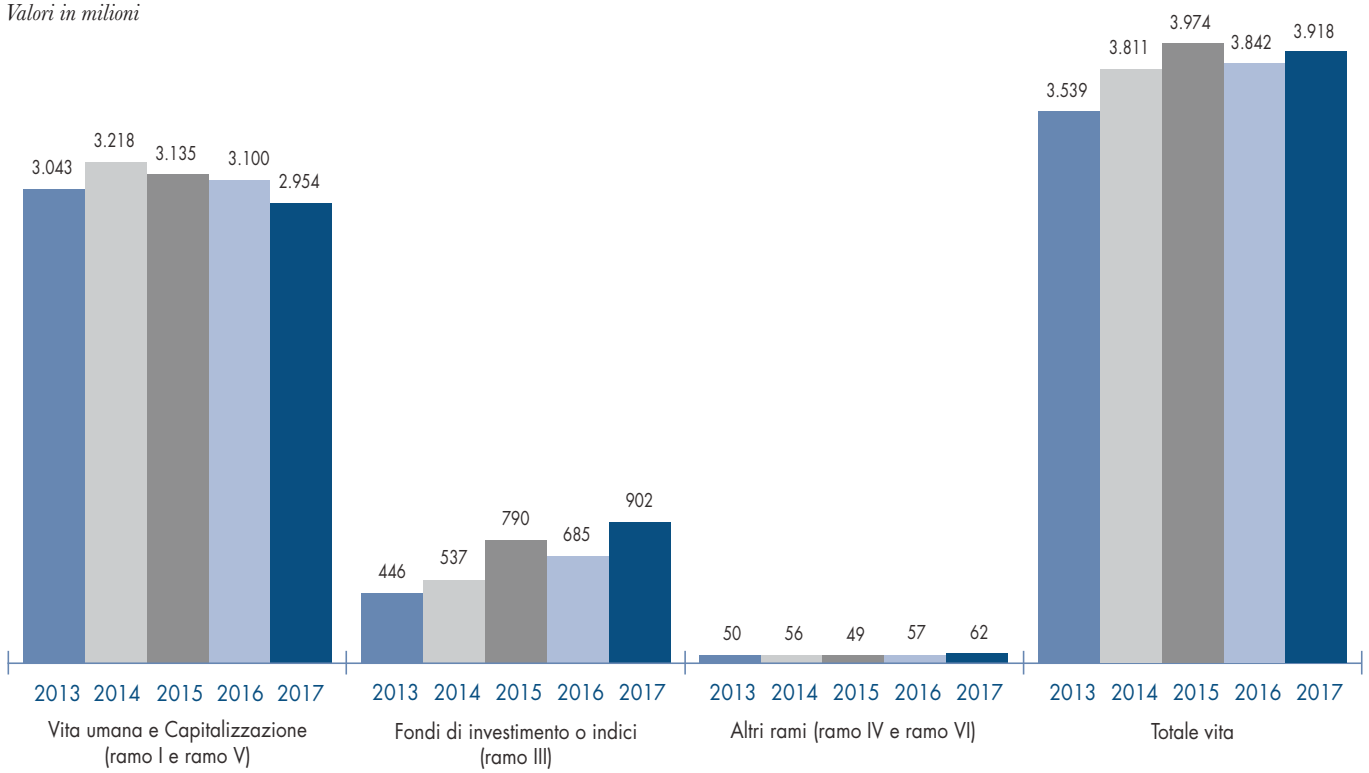
LE ASSICURAZIONI VITA

Riserve tecniche complessive
Valori in milioni

(x,x%) Var. % media geometrica 2013/2017
(x,x%) Var. % media annua



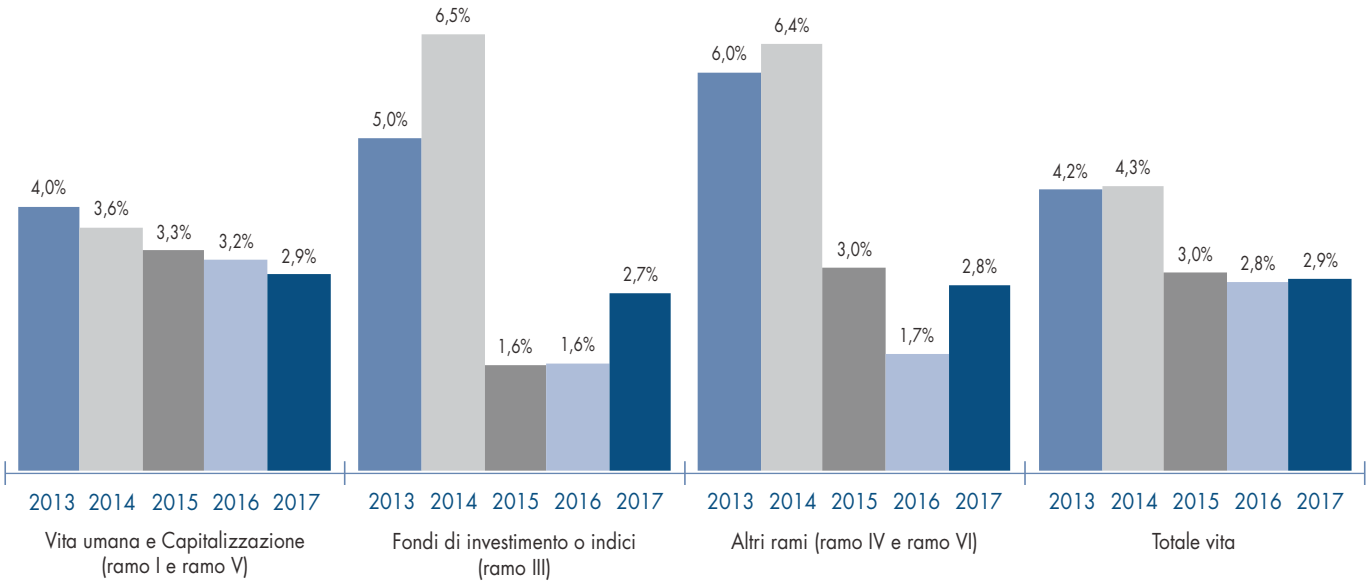
Spese di gestione
Valori in milioni



rete distributiva, anche le spese di amministrazione, sono state pari a 3.918 milioni (di cui il 75% relativo ai rami I e V, il 23% al ramo III e il 2% agli altri rami vita), in diminuzione del 2,0% rispetto all'anno precedente.

Il **risultato degli investimenti** è stato pari nel 2017 a 18.166 milioni, in aumento sia rispetto al 2016 (+9,4%) sia rispetto al 2015 (+13,7%), ma in calo dell'11,8% rispetto al 2014. Nel dettaglio, nel quinquennio analizzato gli utili da investimenti, misurati in rapporto allo stock delle riserve matematiche medie, hanno registrato nei rami tradizionali (I e V) valori progressivamente in diminuzione passando dal 4,0% nel 2013 al 2,9% nel 2017; nel ramo III l'indicatore è risalito al 2,7%, dall'1,6% nel 2015 e nel 2016; negli altri rami vita l'andamento è stato variabile passando dal 3,0% nel 2015, all'1,7% nel 2016, fino a raggiungere il 2,8% nel 2017.

Utili da investimenti su riserve matematiche
Valori in %



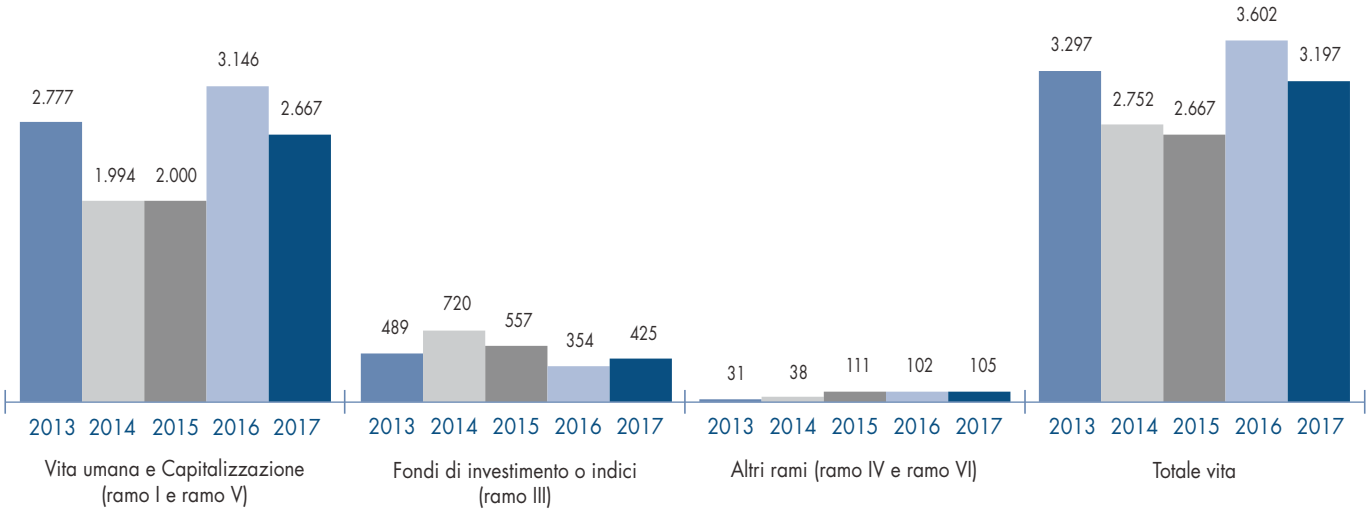
Il **risultato del conto tecnico** è stato positivo e pari a 2.908 milioni, in calo del 12,2% rispetto al 2016, ma in aumento rispetto ai valori realizzati nel biennio 2014-2015, inferiori entrambi ai 2.400 milioni.

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è ammontato a 289 milioni (stesso importo del 2016).

Tenuto conto del saldo della riassicurazione passiva, il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 3.197 milioni, in diminuzione dell'11,3% rispetto al 2016; si è così ridotta la relativa incidenza sia sui premi (dal 3,5% nel 2016 al 3,2% nel 2017) sia sulle riserve tecniche (dallo 0,61% allo 0,50%). Nel dettaglio, i rami tradizionali (I e V) registrano un calo passando da 3.146 milioni nel 2016 a

LE ASSICURAZIONI VITA

Risultato tecnico complessivo
Valori in milioni

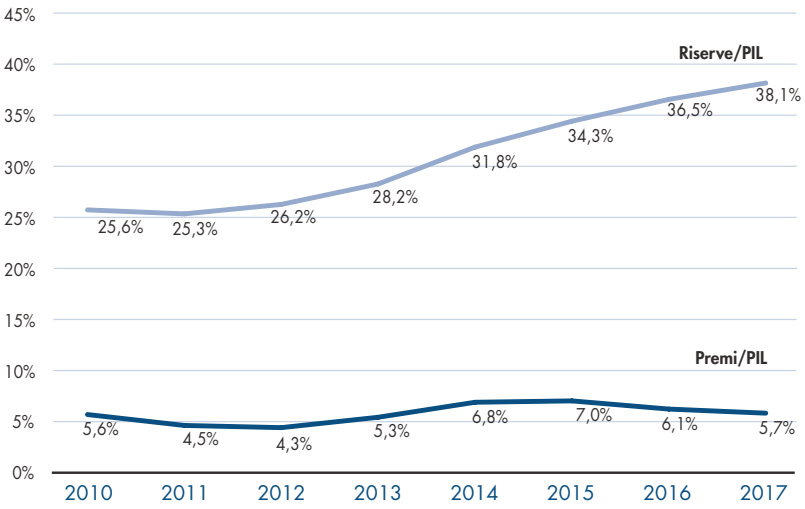


2.667 nel 2017 mentre il ramo III osserva un risultato tecnico pari a 425 milioni, il 20% in più rispetto al 2016, dovuto soprattutto all'incremento della raccolta premi. In lieve aumento è stato anche il risultato dei restanti rami vita, pari a 105 milioni (102 milioni nel 2016).

ASSICURAZIONE VITA E PIL

Nel 2017 l'aumento delle riserve tecniche vita del 6,5% rispetto al 2016 ha determinato una crescita del loro rapporto sul PIL che passa dal 36,5% al 38,1%. Di trend opposto invece è stato l'andamento del rapporto dei premi vita sul PIL, diminuito dal 6,1% nel 2016 al 5,7% nel 2017.

Premi e riserve in % del PIL



L'EVOLUZIONE DEI PRODOTTI VITA

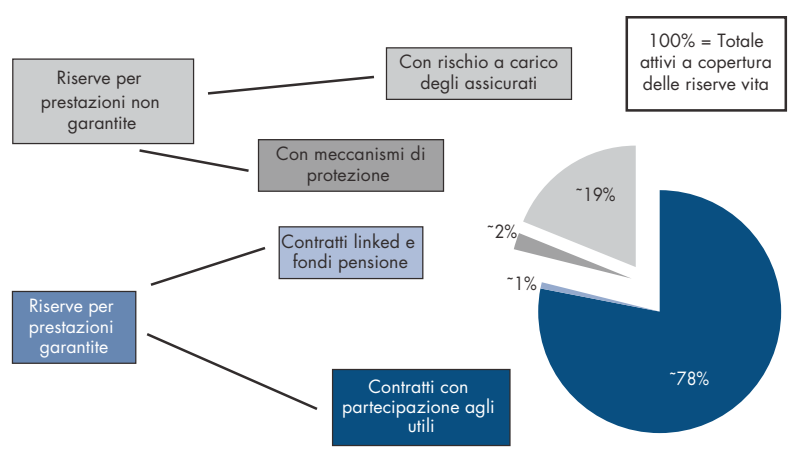
Stima della quota degli attivi a copertura di prestazioni garantite

Sulla base dei dati disponibili dalle statistiche di settore e operando alcune approssimazioni e ipotesi, è possibile stimare la quota degli attivi a copertura di prestazioni garantite dalle imprese di assicurazione ([1]).

Alla fine del 2017 si stima che tale quota sia complessivamente pari al 79% degli attivi complessivi a copertura delle riserve vita (figura 1), in lieve diminuzione rispetto all'80,0% nel 2016. La quota è coperta quasi esclusivamente dalle risorse investite a fronte degli impegni garantiti dei contratti con partecipazione agli utili, che ammontano al 78%, mentre il peso della componente garantita presente nei contratti linked (ramo III) e nei fondi pensione (ramo VI) rappresenta il residuo 1%.

Circa il 2% degli attivi è investito a fronte delle prestazioni di contratti dove sono presenti meccanismi espliciti o impliciti di protezione finanziaria – principalmente fondi unit-linked "protetti" o index-linked che prevedono la restituzione almeno del premio versato alla scadenza contrattuale. La quota rimanente, pari a circa il 19%, afferisce a fondi unit-linked e a fondi pensione dove il rischio dell'investimento è totalmente a carico degli assicurati.

Figura 1
Quota degli attivi a copertura delle riserve vita per tipo di garanzia: stima per l'anno 2017



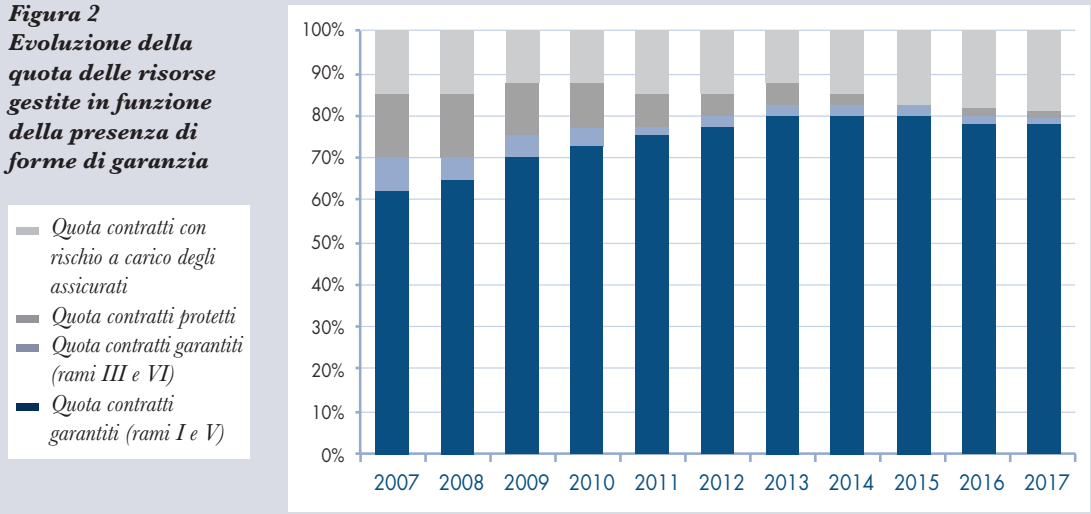
Fonte: Elaborazioni ANIA su dati IVASS e COVIP

Nel corso degli anni le risorse destinate a copertura di prestazioni garantite è aumentata – era poco più del 60% nel 2007 – grazie al peso crescente acquisito dalle riserve dei contratti di ramo I e V, mentre si sono ridotte le quote relative a contratti "protetti" o garantiti nei rami III e VI (figura 2) ed è aumentata la quota di contratti in cui il rischio è totalmente a carico degli assicurati, che ha raggiunto il valore massimo registrato proprio nell'ultimo anno.

([1]) Si evidenzia che tale quota è costituita dalle riserve detenute dalle imprese a fronte di:

- contratti di ramo I e V con partecipazione agli utili finanziari, inclusi i prodotti rivalutabili;
- contratti unit-linked collegati a fondi interni o OICVM qualificati come "garantiti";
- contratti index-linked caratterizzati dalla garanzia dell'impresa assicuratrice;
- linee garantite dei fondi pensione (ramo VI).

Figura 2
Evoluzione della quota delle risorse gestite in funzione della presenza di forme di garanzia



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati IVASS e COVIP

L'asset allocation dei prodotti vita

Sempre utilizzando le statistiche di settore, i dati di bilancio sulle attività a copertura delle riserve e sulla base di alcune approssimazioni ([2]) e ipotesi, si può stimare anche l'asset allocation corrispondente ai contratti di assicurazione sulla vita.

Alla fine del 2017, i titoli di Stato rappresentavano poco più del 55% degli attivi a copertura degli impegni derivanti dai prodotti vita (tavola 1). La quota delle obbligazioni societarie era pari a circa il 32%, mentre le azioni rappresentavano il 10% del portafoglio complessivo.

Tavola 1
Asset allocation corrispondente ai contratti di assicurazione sulla vita alla fine del 2017

Macro-asset class	Asset allocation corrispondente ai contratti vita			
	Totale mercato vita	Sub-totale prodotti con part. utili	Sub-totale prodotti ramo III e VI	
			Totale prodotti ramo III e VI	di cui solo unit-linked
Titoli di Stato	55,2%	64,6%	20,9%	18,3%
Obbligazioni	31,8%	29,2%	40,6%	42,5%
Azioni e quote	10,0%	3,2%	34,2%	34,0%
Liquidità	1,7%	0,9%	4,3%	5,2%
Immobili e altro	1,3%	2,1%	0,0%	0,0%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborazioni ANIA su dati IVASS e COVIP

Per i prodotti rivalutabili e con partecipazione agli utili, caratterizzati da garanzie di rendimento minimo, la quota investita in titoli di Stato costituiva quasi i due terzi, mentre quella relativa alle obbligazioni corporate poco meno del 30%. La quota destinata al comparto azionario era limitata a pochi punti percentuali.

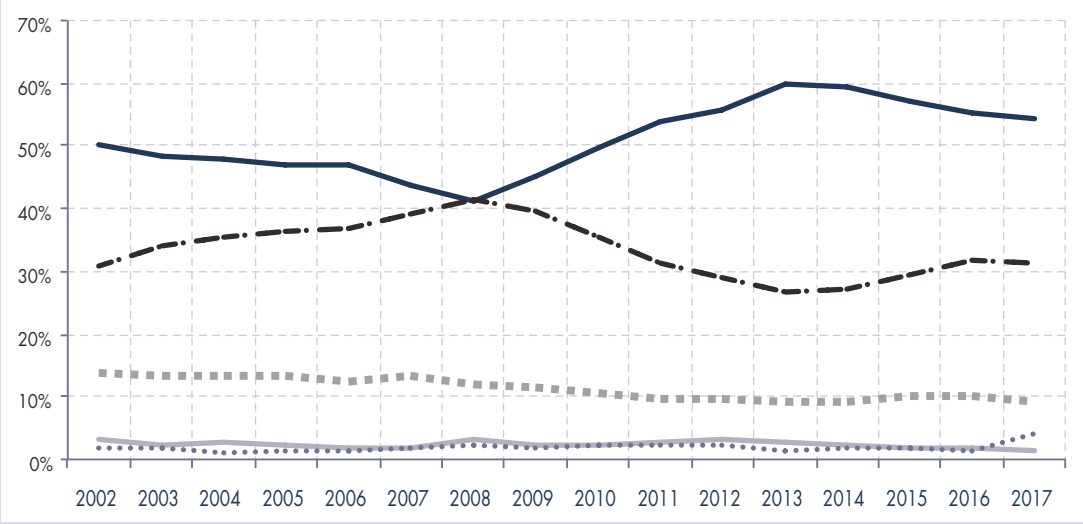
([2]) In particolare, si segnala che la composizione effettiva degli investimenti in OICVM è stimata con un approccio *look through*, derivando quindi gli attivi elementari in cui è scomposto l'investimento.

Per i prodotti di ramo III e VI, dove i risultati dell'investimento sono tipicamente collegati all'andamento dei mercati finanziari, è più marcata la ricerca di una diversa combinazione di rischio e rendimento. In particolare, la quota investita in obbligazioni societarie rappresentava poco più del 40% e quella in titoli azionari oltre un terzo del totale del portafoglio.

Osservando l'evoluzione dell'asset allocation così calcolata dal 2002 (figura 3), con riferimento alla totalità dei contratti del settore vita, si registra negli anni più recenti una progressiva e graduale riduzione della quota di investimenti in titoli governativi a fronte di un trend inverso riguardante i titoli corporate, dopo che nel 2008 la quota di investimenti nelle due macro-asset class aveva registrato valori analoghi per poi iniziare a divergere progressivamente.

Nel periodo complessivo si è registrato un graduale calo dell'investimento in titoli azionari, sceso ormai al 10%, mentre è rimasta sempre pressoché invariata e su valori molto contenuti, la percentuale di attivi destinata a liquidità, immobili e altre attività.

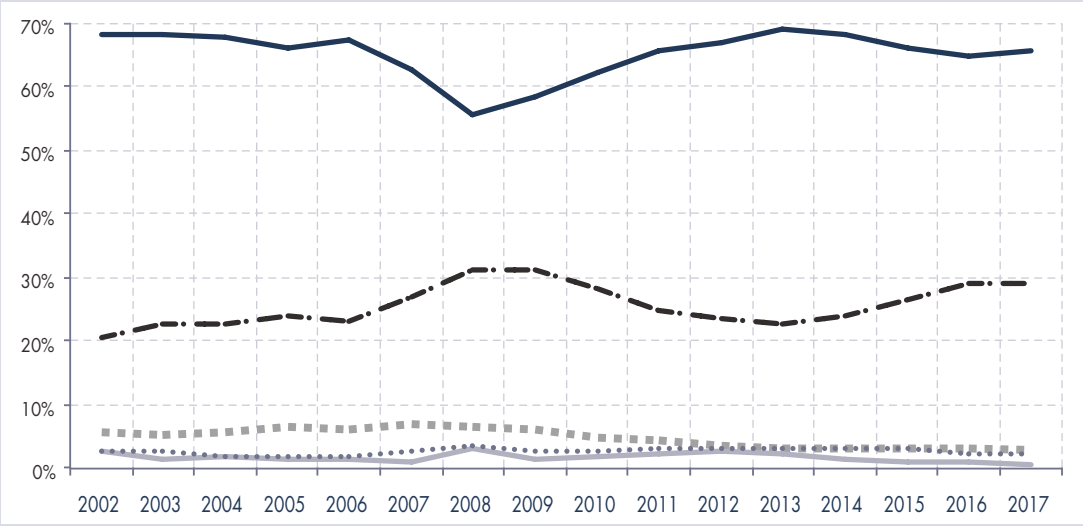
Figura 3
Evoluzione dell'asset allocation corrispondente ai contratti di assicurazione sulla vita



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati IVASS e COVIP

Con riferimento ai soli contratti con partecipazione agli utili e garanzia di rendimento minimo dell'impresa (figura 4), si osserva come l'incidenza degli investimenti in titoli gover-

Figura 4
Evoluzione dell'asset allocation corrispondente ai contratti con partecipazione agli utili



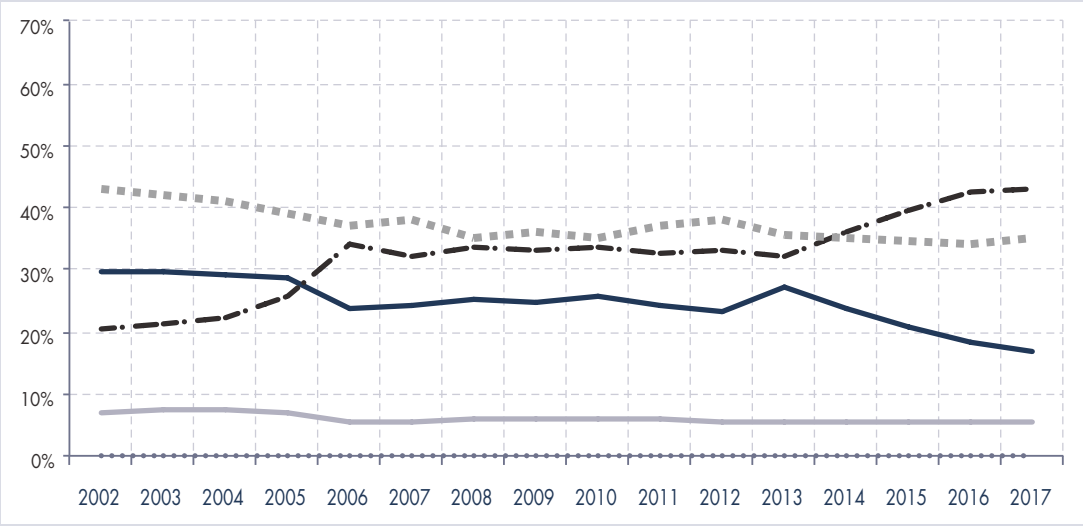
Fonte: Elaborazioni ANIA su dati IVASS e COVIP

nativi, tuttora preponderante, nell'ultimo anno osservi una stabilizzazione, analogamente a quanto avvenuto per la quota investita in obbligazioni societarie, ferma a valori vicini al 30%. Anche la quota investita in titoli azionari è stabile, con valori intorno al 3% dopo la lieve contrazione registrata tra il 2008 e il 2013.

Va ricordato che per i contratti di tale tipologia il rendimento effettivo per l'assicurato non è funzione diretta delle oscillazioni dei valori di mercato degli investimenti, sia per la presenza della garanzia contrattuale di rendimento minimo sia per le peculiarità di tali gestioni (valorizzazione "a costo storico" degli attivi e impatto delle plus o minusvalenze nella determinazione del rendimento solo quando esse sono effettivamente realizzate) che riducono in modo rilevante la volatilità dei risultati finanziari.

Infine, riguardo all'allocazione degli investimenti presente nei fondi d'investimento di tipo unit-linked, alla fine del 2017 l'asset class prevalente era costituita dai titoli azionari, anche se, considerando l'investimento complessivo in titoli governativi e obbligazioni societarie, i titoli a reddito fisso rimangono preponderanti. Anche in questo caso, negli ultimi anni si osserva uno spostamento dai titoli pubblici alle obbligazioni corporate (figura 5).

Figura 5
Evoluzione dell'asset allocation corrispondente ai fondi d'investimento di tipo unit-linked
Valori in %



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati IVASS e COVIP

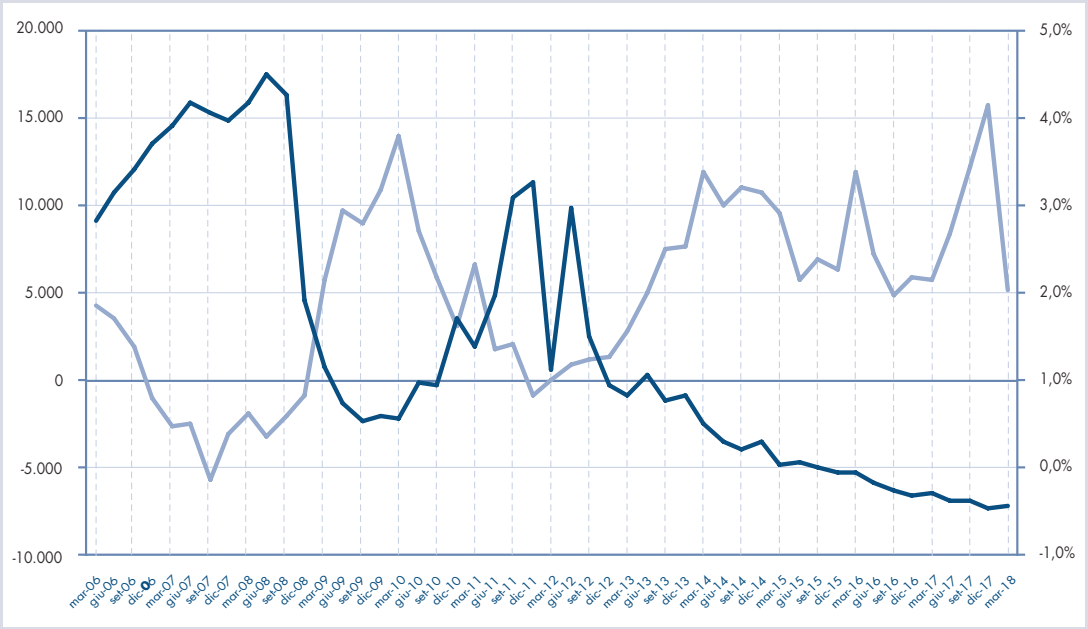
In particolare, nel 2017 l'investimento in titoli azionari rappresentava poco più di un terzo del totale, a fronte di una quota superiore al 40% nei primi anni 2000; la quota dei titoli corporate è ulteriormente cresciuta, distanziando ulteriormente le altre asset class.

L'evoluzione storica della raccolta netta

Nel periodo che va dal 2006 al primo trimestre del 2018 l'andamento della raccolta netta vita per ciascun trimestre – ossia la differenza, per il totale dei rami vita, tra premi versati dagli assicurati e prestazioni liquidate agli assicurati stessi per riscatti, scadenze, sinistri e rendite – è stato oscillante con valori positivi nel 2006, in tutto il biennio 2009-2010 e nel periodo più recente, a partire dagli inizi del 2012.

In particolare, l'andamento relativo alle polizze con partecipazione agli utili, che costituiscono gran parte dei prodotti vita dei rami I e V, mostra nell'arco temporale analizzato una chiara correlazione negativa con quello dei rendimenti nominali offerti dai titoli di Stato italiani (figura 6).

Figura 6
Raccolta netta vita di ciascun trimestre dei prodotti "tradizionali" e rendimento BOT nel periodo 2006-I trim. 2018



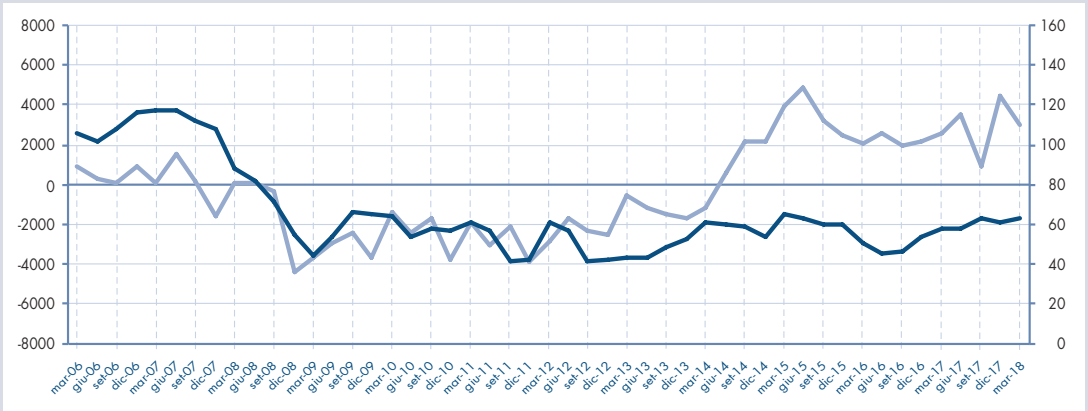
Raccolta netta vita (ramo I e V) in milioni di euro (scala di sinistra)
Rendimento lordo BOT a 6 mesi (scala di destra)

Fonte: ANIA e Thomson Reuters, Datastream

In effetti tali polizze, anche in virtù delle peculiarità delle gestioni assicurative separate cui esse sono di norma collegate, risultano particolarmente competitive nelle fasi in cui i rendimenti dei titoli governativi si attestano su valori contenuti, come nella fase attuale, anche a seguito di iniziative di politica monetaria europea.

Per quanto riguarda la raccolta netta delle polizze "linked" in ciascun trimestre dell'arco temporale considerato, dopo i valori negativi registrati a partire dal 2008, con trend positivamente correlati all'andamento dell'indice azionario italiano FTSE MIB (figura 7), nei trimestri degli ultimi anni si evidenzia un'inversione di tendenza, con flussi di raccolta netta positivi, in misura significativamente superiore al recupero dei mercati borsistici.

Figura 7
Raccolta netta vita di ciascun trimestre dei prodotti "linked" e indice FTSE MIB nel periodo 2006-I trim. 2018



Raccolta netta vita (ramo III) in milioni di euro (scala di sinistra)
Rilevazioni indice base 1.1.2006 = 100 (scala di destra)

Fonte: ANIA e Thomson Reuters, Datastream

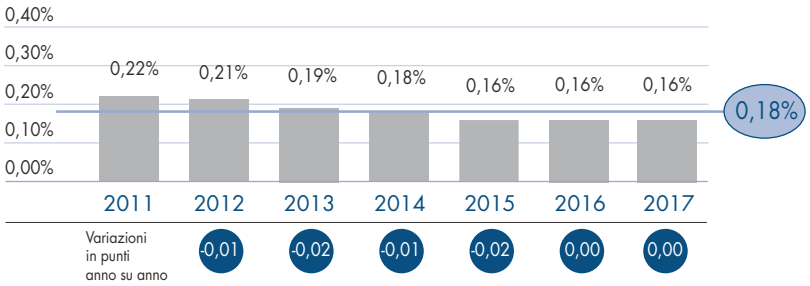
LA STRUTTURA DELLE SPESE SOSTENUTE DALLE IMPRESE VITA

Le spese sostenute dalle imprese nel settore vita sono distinte nei conti economici tra generali o di amministrazione e spese sostenute per la distribuzione dei prodotti assicurativi, a loro volta suddivise tra spese di acquisizione e di incasso.

Spese generali o di amministrazione

Tenuto conto che il mercato delle assicurazioni sulla vita in Italia è caratterizzato prevalentemente da prodotti assicurativi di investimento, le spese sostenute dalle imprese per l'amministrazione dei contratti e per la gestione degli attivi a copertura delle prestazioni assicurate sono rapportate alle riserve tecniche, che approssimano le risorse patrimoniali gestite per conto degli assicurati, secondo la prassi in uso nell'industria del risparmio gestito. Il rapporto evidenzia un andamento decrescente, con un valore medio nel periodo 2011-2017 pari a 18 punti base e un valore nell'ultimo anno pari a 16 punti base (figura 1).

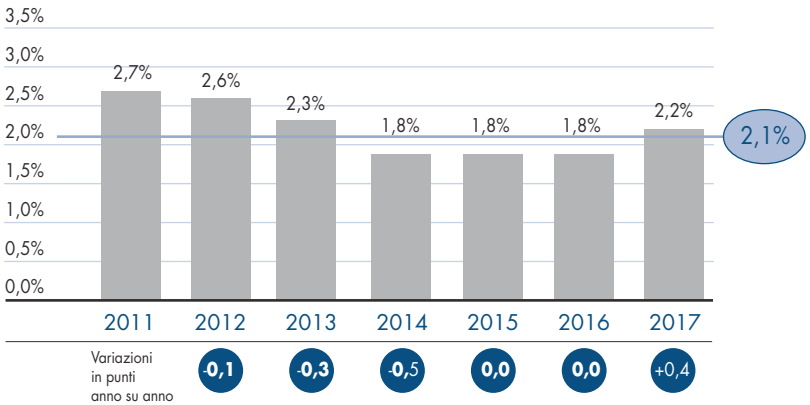
Figura 1
Spese generali o di amministrazione/ riserve tecniche



Spese di acquisizione

Tali spese costituiscono gran parte della remunerazione riconosciuta ai canali distributivi per l'attività di intermediazione relativa ai contratti. La loro incidenza è rapportata all'importo SPE (*Single Premium Equivalent*), misura standardizzata dei premi pari alla somma tra premi unici e premi annui, questi ultimi moltiplicati per la durata media dei contratti, assunta convenzionalmente pari a dieci anni. Tale misura standard, infatti, comprende anche i premi versati nelle annualità successive, in modo da tenere conto della diversa composizione e struttura dei costi tra premi unici e periodici. Il rapporto è stato pari al 2,2% nel 2017, in aumento rispetto agli ultimi tre anni e superiore al valore medio nel periodo osservato, pari a 2,1% (figura 2).

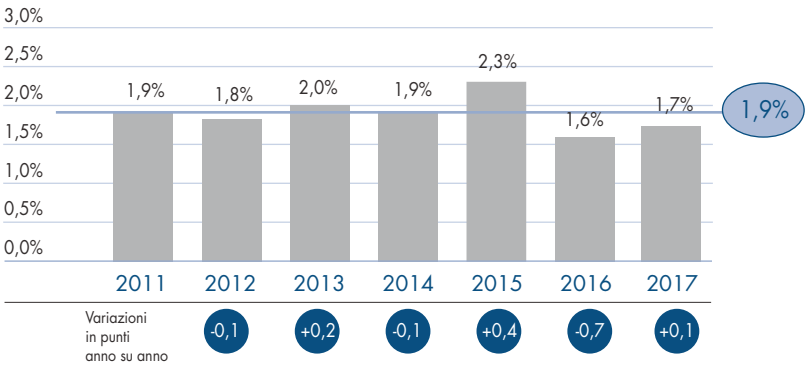
Figura 2
Spese di acquisizione/Single Premium Equivalent



Spese di incasso

Tali spese, essendo in buona parte costituite da commissioni ricorrenti pagate dalle imprese alle reti distributive in corrispondenza delle annualità di premio successive alla prima nelle polizze con piani di versamento pluriennali, sono rapportate ai premi di annualità successive alla prima, ossia escludendo i premi relativi alla nuova produzione. Nell'ultimo anno il valore ha ripreso lievemente a crescere, raggiungendo l'1,7%. Il valore medio nel periodo considerato è pari a 1,9% (figura 3).

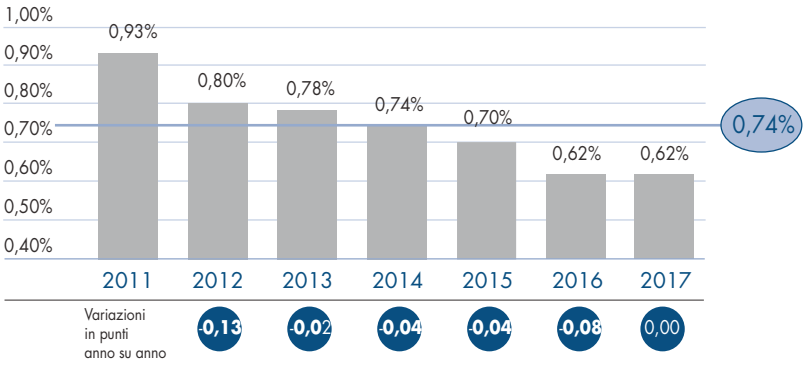
Figura 3
Spese di incasso/ premi annualità successive alla prima



Spese totali

Le spese complessive (generali o di amministrazione, di acquisizione e di incasso), rapportate alle riserve tecniche, registrano una riduzione dell'incidenza nel corso del periodo osservato, fino al valore minimo pari a 62 punti base nel 2017. Il valore medio nel periodo è pari a 74 punti base (figura 4).

Figura 4
Spese totali/riserve tecniche



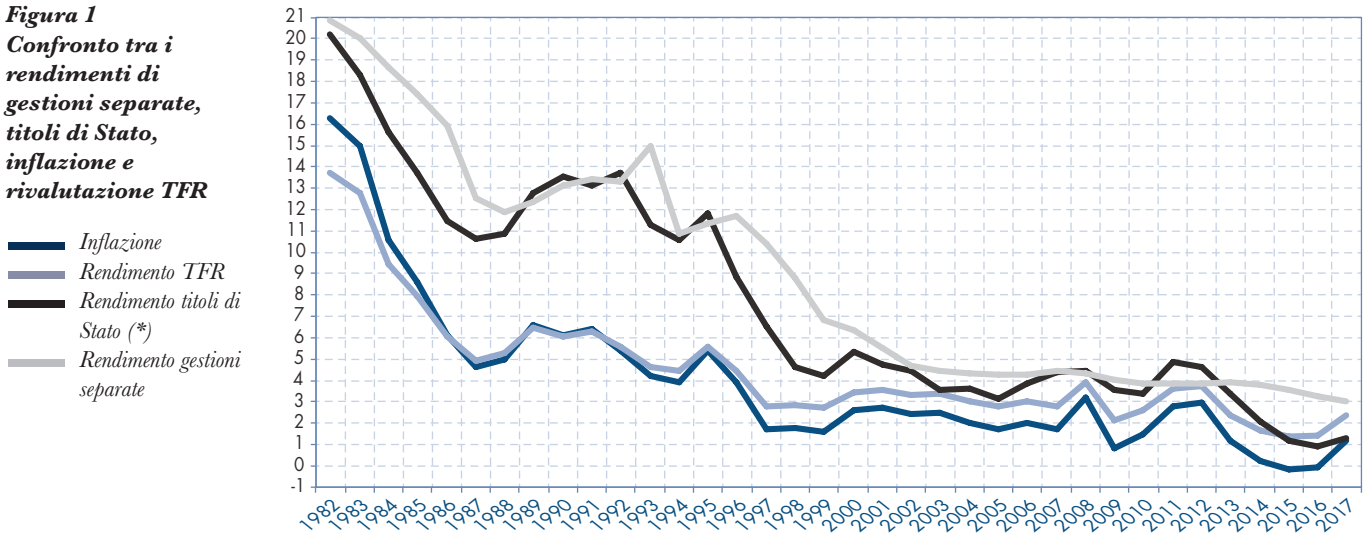
IL RENDIMENTO DELLE POLIZZE RIVALUTABILI

I capitali o le rendite assicurati dalle polizze rivalutabili si incrementano in funzione dei rendimenti ottenuti dalle gestioni separate, speciali fondi assicurativi che

investono principalmente in titoli a reddito fisso, contabilizzando gli attivi con riferimento al valore di acquisto o di carico, metodo definito anche "costo storico". Una volta assegnate alla gestione, le attività possono uscirne solo per realizzo. Il rendimento della gestione separata è determinato come il rapporto tra la somma di cedole, dividendi e realizzi di plus o minusvalenze rispetto alla giacenza media delle attività nel periodo di osservazione, che è generalmente annuale. Il rendimento è attribuito alle prestazioni in una determinata percentuale o al netto di una misura fissa, ferme restando le garanzie di rendimento minimo previste dal contratto assicurativo.

Il rendimento delle gestioni separate è stato di norma sempre superiore al rendimento dei titoli di Stato, al tasso di rivalutazione del TFR e al tasso di inflazione (figura 1). Nell'ultimo quinquennio, in particolare, esso è risultato in media pari al 3,5% (3,0% nel 2017), a fronte dell'1,8% registrato dai titoli di Stato e della rivalutazione del TFR e dello 0,5% dell'inflazione.

Figura 1
Confronto tra i rendimenti di gestioni separate, titoli di Stato, inflazione e rivalutazione TFR

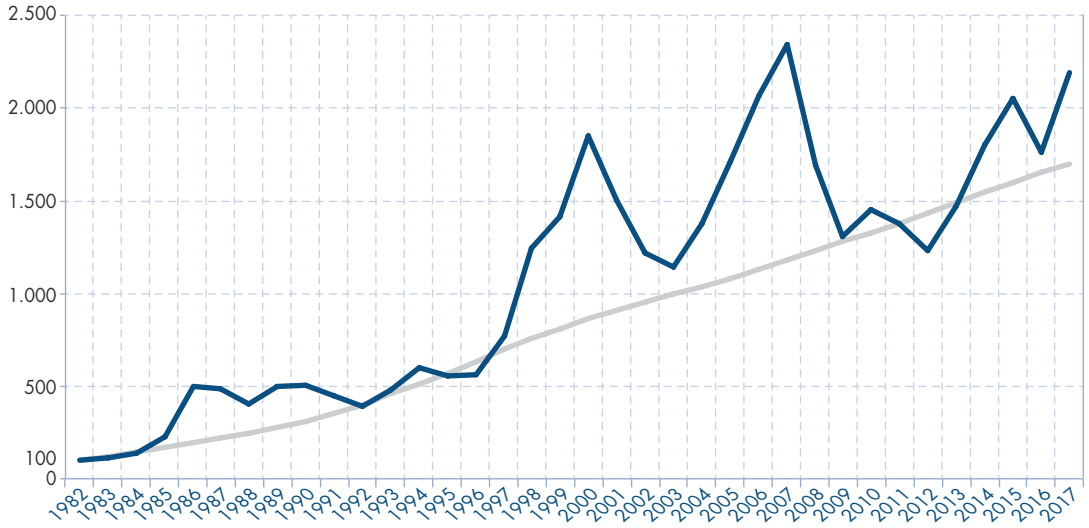


Fonte: IVASS e stime ANIA, ISTAT, Banca d'Italia
(*) Rendimento medio ponderato di un paniere di titoli di Stato con vita residua superiore a un anno

Investendo 100 nel 1982 in una gestione separata, alla fine dello scorso anno, a seguito dei rendimenti lordi registrati mediamente dalle stesse gestioni, il valore dell'investimento sarebbe pari a 1.702 (figura 2), con un rendimento medio annuo dell'8,4% – 4,9% in termini reali – e con una volatilità annualizzata (deviazione standard) del 5,5%. Lo stesso investimento in azioni italiane, nell'ipotesi di completo reinvestimento dei dividendi, avrebbe raggiunto nello stesso arco temporale il valore di 2.190, con un rendimento medio annuo di poco superiore al 9,0% e con una volatilità annualizzata però molto superiore a quella delle gestioni separate e pari al 28,7%.

Figura 2
Confronto tra rendimento delle gestioni separate e delle azioni italiane

Rendimento lordo delle gestioni separate
Rendimento azionario (indice Datastream comprensivo dei dividendi; media annua)



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Thomson Reuters, Datastream, IVASS e ANIA

L'indice di Sharpe, che rapporta il rendimento alla deviazione standard al fine di misurare la performance aggiustata per il rischio finanziario, è risultato quindi nel periodo osservato pari a 1,55 per le gestioni separate e allo 0,32 per l'investimento in azioni italiane, confermando le prerogative di maggiore stabilità della strategia di investimento in polizze rivalutabili, anche ove si tenesse conto della quota di rendimento lordo trattenuta dall'impresa.

ASSICURAZIONE VITA E RISPARMIO DELLE FAMIGLIE ITALIANE

Nel 2017 il reddito disponibile lordo delle famiglie italiane consumatrici è cresciuto in termini nominali dell'1,7%, accelerando lievemente rispetto al 2016 (+1,5%). La ripresa dell'inflazione ha impedito a questa crescita di tradursi in un corrispondente aumento del potere di acquisto delle famiglie, la cui dinamica è rallentata rispetto all'anno precedente (+0,6%, +1,3% nel 2016) (tavola 1).

Tavola 1
Variazione % annua della formazione e degli impieghi del reddito disponibile delle famiglie consumatrici
Dati grezzi ai prezzi correnti (eccetto il potere d'acquisto)

	2014	2015	2016	2017
Redditi da lavoro dipendente	0,4	2,2	2,4	2,3
Redditi di altra natura	0,9	0,7	0,1	0,8
Reddito disponibile lordo	0,6	1,6	1,5	1,7
Potere d'acquisto	0,4	1,4	1,3	0,6
Carico fiscale (*)	16,2	16,4	16,5	16,2
Tasso di risparmio (*)	9,1	8,5	8,5	7,8

(*) Punti percentuali
Fonte: Elaborazioni ANIA su dati ISTAT

Alla formazione del dato aggregato ha contribuito in modo particolarmente positivo la variazione nei redditi da lavoro dipendente (+2,3%, +2,4% nel 2016); i redditi di altra natura, compresi quelli autonomi e delle quasi società, hanno accelerato notevolmente dalla sostanziale stazionarietà registrata nel 2016 (+0,8%, +0,1% nel 2016). Nel 2017 si è ridotto leggermente l'effetto erosivo sul reddito disponibile del carico fiscale, definito come l'incidenza delle imposte pagate dalle famiglie consumatrici sul loro reddito lordo disponibile, tornato ai livelli del 2014 (16,2%, 16,5% nel 2016).

Nel 2017 il tasso di risparmio delle famiglie consumatrici, definito come il rapporto fra il risparmio lordo corretto per tener conto della rettifica per variazione dei diritti pensionistici e il reddito disponibile lordo, ha registrato una significativa riduzione rispetto al 2016, scendendo al di sotto della soglia dell'8% (8,5% nel 2016) per la prima volta dal 2012.

Il risparmio finanziario

Nel 2017 il flusso di risparmio finanziario netto delle famiglie italiane e delle istituzioni senza scopo di lucro (da ora in poi: "famiglie") è stato pari a +20,4 miliardi, in contrazione rispetto ai +25,1 miliardi nel 2016. La crescita degli afflussi lordi nei portafogli delle famiglie (+41,4 miliardi, da +37,2 miliardi nel 2016), non è stata sufficiente a compensare l'aumento registrato dai flussi di indebitamento (+21,0 miliardi, +12,1 miliardi nel 2016) (tavola 2).

È proseguita nel complesso l'attività di disinvestimento nella classe dei prodotti a reddito fisso, che è stata, anche per il 2017, particolarmente intensa nei titoli obbligazionari emessi da banche italiane (-42,5 miliardi, -47,2 miliardi nel 2016), compensata tuttavia, anche se in misura ancora esigua, da un rinnovato interesse per l'investimento in titoli emessi dallo Stato (+2,6 miliardi, -8,7 miliardi nel 2016). In modo anche più marcato rispetto all'anno precedente, nel 2017, le famiglie italiane hanno drenato molte risorse dai titoli azionari (-41,3 miliardi, -15,0 nel 2016). Forti deflussi hanno interessato anche le categorie di depositi bancari diversi da quelli a vista (-13,4 miliardi, -18,7 miliardi nel 2016).

Sono tornati ad accelerare i flussi destinati ai fondi di investimento comuni (+57,1 miliardi, +12,3 miliardi nel 2016), e continuano gli afflussi positivi negli investimenti in polizze vita (+25,4 miliardi) anche se minori di quelli del 2016 (+36,2 miliardi). Sono diminuiti anche gli investimenti nel resto delle attività – crediti commerciali, conti correnti Bancoposta, biglietti, monete e altre partite minori – (+13,1 miliardi, +16,2 miliardi nel 2016) e nei depositi a vista (+35,7 miliardi, +62,7 miliardi nel 2016).

Alla fine del 2017 lo stock di attività finanziarie detenuto dalle famiglie italiane ammontava a 4.407 miliardi. La quota più elevata della ricchezza finanziaria delle famiglie italiane continua a essere investita in strumenti liquidi nella forma di depositi bancari (26,5%, 27,0% nel 2016), seguita da quelle investite in azioni e partecipazioni (24,1%, 23,3%) e assicurazioni, fondi pensione e accantonamenti del TFR (22,6%, 22,2%), che comprendono le riserve del ramo vita (15,4%, 14,7%); la quota di ricchezza investita in fondi comuni era del 12,2% (11,2% nel 2016).

LE ASSICURAZIONI VITA

Tavola 2 – Le attività finanziarie delle famiglie italiane (1)

STRUMENTI	CONSISTENZE (milioni di euro)	CONSISTENZE/TOTALE ATTIVI (%)		FLUSSI (milioni di euro)	
	2017	2016	2017	2016	2017
ATTIVITÀ (2)					
Depositi bancari (3)	1.167.926	27,0	26,5	43.874	21.577
Italiani	1.137.398	26,3	25,8	44.033	22.336
depositi a vista	687.452	15,3	15,6	62.694	35.699
altri depositi	449.946	10,9	10,2	-18.662	-13.363
Esteri	30.528	0,7	0,7	-159	-759
Titoli obbligazionari	304.947	8,6	6,9	-61.871	-41.774
Italiani	220.705	6,5	5,0	-59.883	-38.456
di cui: pubblici	122.171	3,1	2,8	-8.673	2.622
bancari	88.600	3,2	2,0	-47.154	-42.448
Esteri	84.242	2,1	1,9	-1.988	-3.318
Quote di fondi comuni	537.059	11,2	12,2	12.295	57.047
Italiane	261.246	5,7	5,9	-2.665	21.245
Estere	275.813	5,5	6,3	14.960	350.802
Azioni e partecipazioni	1.062.409	23,3	24,1	-15.011	-41.276
Italiane	991.050	21,7	22,5	-14.683	-41.743
Estere	71.360	1,6	1,6	-328	467
Assicurazioni, fondi pensione e TFR	996.174	22,2	22,6	41.626	32.733
di cui: riserve ramo vita	677.669	14,7	15,4	36.173	25.349
Altre attività emesse dai residenti (4)	338.178	7,7	7,7	16.240	13.097
Totale attività	4.406.694	100	100	37.153	41.404
PASSIVITÀ					
Debiti a breve termine	51.273	5,9	5,5	-2.049	-751
di cui: bancari	49.094	5,8	5,3	-2.153	-1.845
Debiti a medio e a lungo termine	658.077	70,4	70,9	10.521	18.642
di cui: bancari	580.322	62,5	62,6	9.755	12.011
Altre passività (5)	218.372	23,6	23,5	3.611	3.081
Totale passività	927.722	100	100	12.083	20.972
SALDO	3.478.972			25.070	20.432

(1) Famiglie consumatrici, famiglie produttrici e istituzioni senza scopo di lucro al servizio delle famiglie
(2) Le gestioni patrimoniali non sono evidenziate poiché le attività oggetto di investimento sono incluse nei singoli strumenti
(3) Include gli strumenti di raccolta della Cassa Depositi e Prestiti
(4) Crediti commerciali, conti correnti Bancoposta, biglietti, monete e altre partite minori
(5) Debiti commerciali, fondi di quiescenza e altre partite minori
Fonte: Conti Finanziari, Banca d'Italia

LE NUOVE NORME IVASS SULLE GESTIONI SEPARATE

A seguito di un articolato confronto tra ANIA e IVASS, con il Provvedimento n. 68 del 14 febbraio 2018 l'Istituto ha adottato nuove norme per ammodernare i prodotti di risparmio assicurativo nel rispetto della tutela degli assicurati. La regolamentazione ha considerato in particolare la prolungata fase di bassi tassi di interesse che, comprimendo i margini di rendimento sui nuovi investimenti, contribuisce a rendere più onerosa la gestione dei prodotti tradizionali garantiti (gestioni separate). Le principali novità sono caratterizzate dall'introduzione del "Fondo utili", praticabile esclusivamente per i nuovi contratti, anche se collegati a gestioni separate esistenti, e da nuove disposizioni sul trattamento degli strumenti derivati.

Fondo utili

Le imprese possono prevedere modalità di determinazione del tasso medio di rendimento che tengano conto dell'accantonamento delle plusvalenze nette, realizzate a seguito della vendita di attività facenti parte della gestione separata, nel Fondo utili; quest'ultimo ha natura di riserva matematica e concorre interamente alla determinazione del tasso medio di rendimento in un tempo massimo di otto anni dalla data in cui le plusvalenze nette sono state accantonate. In una stessa gestione separata potranno, pertanto, coesistere contratti ai quali si applicano due diverse regole di determinazione del tasso medio di rendimento, a seconda che nelle rispettive condizioni contrattuali sia previsto o meno il Fondo utili.

L'intervento regolamentare ha, quindi, apportato modifiche e integrazioni alla regolamentazione esistente per prevedere la rilevazione nel bilancio civilistico della riserva Fondo utili, con evidenza separata nell'ambito delle riserve matematiche, nonché per estendere le disposizioni sul rendimento prevedibile ai contratti le cui prestazioni si rivalutano in base al rendimento determinato tenuto conto della movimentazione del Fondo utili.

Com'è ovvio, l'intenzione di avvalersi del Fondo utili deve essere prevista nella delibera di costituzione di una nuova gestione separata. Quanto accantonato nel Fondo utili in un determinato anno deve essere ammortizzato al massimo entro otto anni dalla data dell'accantonamento.

Per le gestioni separate esistenti, il Fondo utili accoglie la sola quota parte delle plusvalenze nette realizzate nel periodo di osservazione che sia proporzionale ai nuovi contratti che prevedono il Fondo utili. La quota parte è calcolata come rapporto tra la riserva matematica dei contratti sui quali il Fondo utili agisce, comprensiva anche del Fondo utili, e la riserva matematica complessiva di tutti i contratti collegati alla gestione separata, comprensiva anche del Fondo utili, come risultante dal libro mastro, all'ultima data disponibile.

In presenza di Fondo utili, per i contratti esistenti, ai quali il Fondo utili non si applica, resta ferma la modalità di determinazione già esistente e, quindi, nulla cambia per i contraenti già in possesso di polizze collegate alla gestione separata, che devono essere informati in tal senso.

L'informativa ai contraenti contenuta nelle aree web riservate è aggiornata tempestivamente con le modifiche apportate al regolamento della gestione separata.

Inoltre, è previsto che l'impresa determini la quota del Fondo utili nel rispetto dei principi generali di equo trattamento degli assicurati, del miglior interesse degli assicurati e dell'impatto sul rendimento attuale e prospettico della gestione separata, tenuto conto del complesso degli impegni assunti in relazione a tutti i contratti collegati alla medesima gestione.

L'introduzione del Fondo utili comporta l'aggiornamento del libro mastro, del rendiconto riepilogativo e del prospetto della composizione degli investimenti, oltre che del regolamento della gestione.

Nuove disposizioni sul trattamento degli strumenti derivati

Lo stesso Provvedimento ha introdotto possibilità da parte delle imprese di assicurazione di avvalersi di una deroga contabile per consentire di sospendere la contabilizzazione degli utili

e delle perdite derivanti dalla negoziazione periodica di particolari tipologie di strumenti derivati (per esempio, i *futures*), prevedendo l'accantonamento dei proventi netti in una posta rettificativa del risultato finanziario di ciascun periodo di osservazione della gestione separata fino alla data di chiusura dell'operazione.

La deroga consente di associare all'utilizzo di strumenti derivati su titoli iscritti nella gestione separata effetti sul rendimento della gestione stessa, correlati alla durata della strategia utilizzata anziché alla durata dello strumento finanziario derivato, qualora lo stesso sia parte di una strategia documentata e approvata dall'organo amministrativo.

L'eventualità di esercitare la deroga deve essere preventivamente valutata dall'organo amministrativo e l'esercizio è accompagnato da presìdi di governance e di tutela del consumatore, che includono la formalizzazione della decisione, la predisposizione di documentazione relativa alla contabilizzazione di ciascuna operazione, l'obbligo di dare evidenza dell'operazione nel libro mastro della gestione separata e quello di verifica, da parte di una società di revisione, della correttezza del calcolo del risultato finanziario e del conseguente tasso medio di rendimento.

La deroga comporta una regola di determinazione del tasso medio di rendimento diversa da quella sinora prevista, con effetto su tutti i contratti collegati alla gestione separata. Per effetto di ciò, oltre a prevedere una modifica, da attuare previa delibera dell'organo amministrativo, del vigente regolamento della gestione separata, del libro mastro e del prospetto di vigilanza, le imprese di assicurazione devono prevedere un'apposita comunicazione, da inviare ai titolari di contratti già in essere con congruo anticipo rispetto all'efficacia della modifica, informandoli della possibilità di esercitare, senza l'applicazione di alcun onere, il diritto di riscatto o il trasferimento ad altra gestione separata istituita presso l'impresa, nel termine di sessanta giorni dal ricevimento della comunicazione. Al contraente che eserciti il diritto di riscatto, l'impresa liquida un importo pari alla riserva matematica accantonata sul contratto, calcolata con le medesime basi tecniche adottate per il calcolo dei premi puri, al netto delle eventuali provvigioni liquidate anticipatamente e non ancora recuperate attraverso la corresponsione dei relativi premi.

In caso di trasferimento del contratto ad altra gestione separata l'impresa fornisce al contraente tutti i necessari elementi di valutazione delle caratteristiche della gestione separata cui verranno collegate le prestazioni del contratto.

PREVIDENZA COMPLEMENTARE: ANDAMENTO E PRINCIPALI NOVITÀ REGOLAMENTARI

Andamento di adesioni, contributi e risorse destinate alle prestazioni

L'andamento delle adesioni alle forme pensionistiche complementari conferma il graduale ritmo di crescita già osservato negli ultimi anni. Il numero delle adesioni alla fine del 2017 ha raggiunto 8,3 milioni, in aumento del 6,6% rispetto all'anno precedente.

Considerando i casi di adesione plurima a più forme previdenziali, pari nel 2017 a circa 700.000, gli iscritti effettivi alla previdenza complementare sono circa 7,6 milioni, pari al 29,3% della forza lavoro in Italia (tavola 1). Va tuttavia sottolineato l'aumento degli iscritti che smettono di versare i contributi e che hanno raggiunto nel 2017 quasi 2,1 milioni di unità.

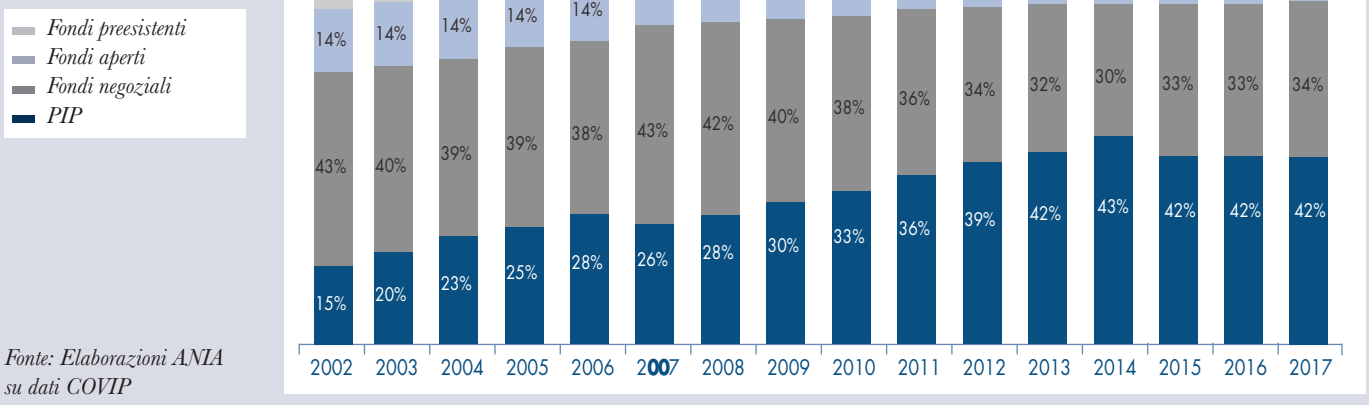
Tavola 1
Andamento delle adesioni per forma pensionistica

Forme pensionistiche	Numero iscritti 2016	Numero iscritti 2017	Var. %
Fondi negoziali e Fondinps	2.596.819	2.804.633	8,0%
Fondi aperti	1.258.986	1.374.205	9,2%
PIP	3.292.770	3.494.520	6,1%
Fondi preesistenti	653.352	643.341	-1,5%
Totale	7.785.961	8.298.969	6,6%
di cui iscritti effettivi (milioni)	7,1	7,6	7,0%
Forza lavoro (milioni)	25,8	25,9	0,5%
Quota della forza lavoro	27,8%	29,3%	1,5%

Fonte: Elaborazioni ANIA su dati COVIP

Le adesioni ai fondi pensione negoziali hanno registrato un aumento rilevante, dovuto essenzialmente all'iscrizione generalizzata al fondo di categoria, decisa su base collettiva. Anche i fondi pensione aperti hanno registrato un incremento significativo, superiore a quello dei Piani Individuali Pensionistici (PIP). Questi ultimi registrano comunque l'incremento maggiore di adesioni in termini assoluti e risultano ormai stabilmente la forma pensionistica con il numero maggiore di iscritti (figura 1), anche se è proprio tra i PIP che si avverte di più il fenomeno di aderenti che non effettuano versamenti, pari nel 2017 a circa 1 milione.

Figura 1
Serie storica delle adesioni per forma pensionistica



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati COVIP

I contributi complessivi versati alle forme pensionistiche sono risultati in aumento del 4,3% rispetto al 2016 (tavola 2), sfiorando i 15 miliardi. In particolare, gli incrementi più marcati si sono osservati per i fondi aperti e per i PIP e questi ultimi hanno registrato l'aumento maggiore anche in termini di importi assoluti.

Tavola 2
Andamento dei contributi per forma pensionistica
Importi in milioni

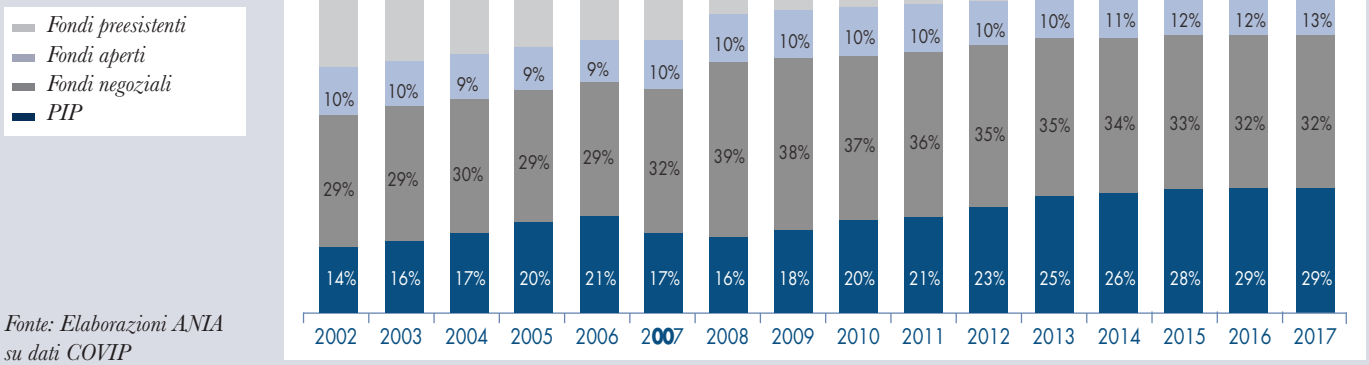
Forme pensionistiche	Contributi 2016	Contributi 2017	Var. %
Fondi negoziali e Fondinps	4.623	4.787	3,5%
Fondi aperti	1.779	1.912	7,5%
PIP	4.094	4.387	7,2%
Fondi preesistenti	3.753	3.779	0,7%
Totale	14.256	14.873	4,3%

Fonte: Elaborazioni ANIA su dati COVIP

I contributi versati ai fondi negoziali registrano una crescita inferiore, sebbene agli stessi fondi corrisponda ancora la quota maggiore (figura 2).

I contributi ai PIP sono risultati nel periodo osservato in continuo aumento, mentre i contributi ai fondi aperti hanno mantenuto nel corso degli anni una quota sostanzialmente stabile, anche se negli ultimi anni hanno ripreso ad aumentare la loro incidenza relativa.

Figura 2
Serie storica dei flussi contributivi per forma pensionistica



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati COVIP

I rendimenti medi delle forme previdenziali, pur distinti in funzione delle diverse linee finanziarie, sono stati nel 2017 più elevati della rivalutazione del TFR, pari all'1,7%. In particolare, il rendimento medio delle diverse linee dei fondi negoziali è risultato pari al 2,6%, quello dei fondi aperti del 3,3%, quello dei fondi unit-linked dei PIP del 2,2% e quello delle gestioni separate dei PIP dell'1,9%.

I contributi versati e i rendimenti mediamente positivi hanno comportato un incremento del 7,3% delle risorse destinate alle prestazioni, che hanno superato i 162 miliardi, pari al 9,5% del PIL nominale e al 3,7% delle attività finanziarie detenute dalle famiglie italiane (tavola 3).

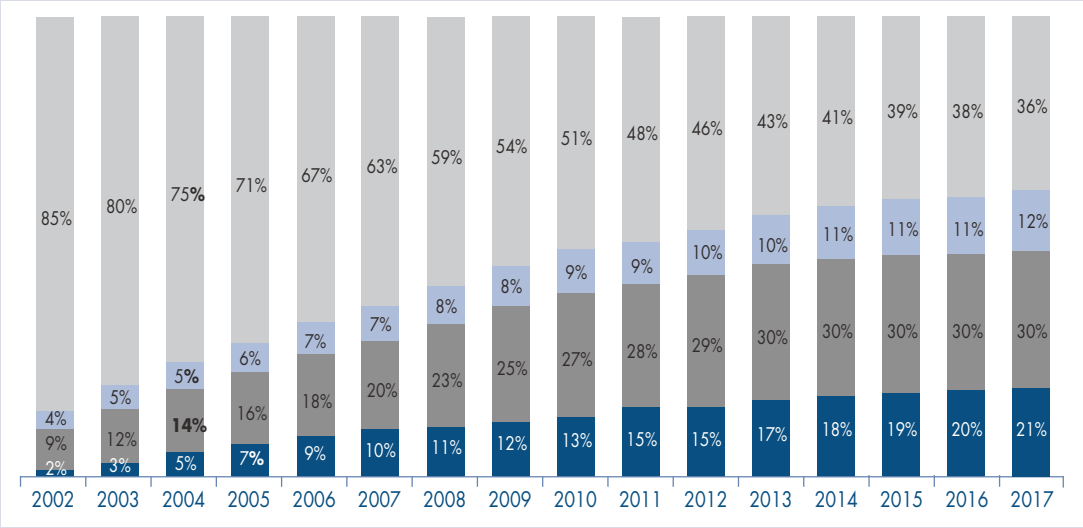
Tavola 3
Risorse destinate alle prestazioni per forma pensionistica
Importi in milioni

Forme pensionistiche	Risorse gestite 2016	Risorse gestite 2017	Var. %
Fondi negoziali e Fondinps	45.931	49.456	7,7%
Fondi aperti	17.092	19.145	12,0%
PIP	30.642	34.622	13,0%
Fondi preesistenti	57.538	58.996	2,5%
Totale	151.278	162.299	7,3%
Quota su PIL	9,2%	9,5%	0,3%
Quota su attività finanziarie delle famiglie	3,6%	3,7%	0,0%

Fonte: Elaborazioni ANIA su dati COVIP, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Banca d'Italia

I fondi preesistenti detengono ancora la maggiore quota relativa di risorse destinate alle prestazioni, anche se tutte le altre forme pensionistiche hanno gradualmente visto aumentare nel tempo la propria quota (figura 3).

Figura 3
Serie storica delle risorse destinate alle prestazioni per forma pensionistica



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati COVIP

Principali novità regolamentari

Nel 2018 la COVIP è intervenuta fornendo chiarimenti in merito alle modifiche da apportare a Statuti, Regolamenti, Note informative e Comunicazioni periodiche per rendere applicabili le novità introdotte con la Legge di bilancio 2018 in tema di RITA (Rendita Integrativa Temporanea Anticipata). Tra le novità introdotte dalla Legge di bilancio vanno inoltre ricordate l'ampliamento delle tipologie di investimento "qualificate" nei quali i fondi pensione possono investire a sostegno della crescita economica, la soppressione di FONDINPS e l'estensione ai dipendenti della pubblica amministrazione iscritti alla previdenza complementare della disciplina fiscale di contributi e prestazioni.

Infine, con la recente pubblicazione del D.M. 22 marzo 2018 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha disposto le "Modifiche da apportare al «Modulo TFR 2» concernente la «Scelta per la destinazione del trattamento di fine rapporto» allegato al decreto ministeriale 30 gennaio 2007, a seguito dell'innovazione normativa introdotta dall'art. 8, comma 2, del decreto legislativo n. 252 del 2005.", introdotta dalla Legge 124/2017. Infatti, a seguito di quest'ultimo intervento, il lavoratore può determinare liberamente l'entità della contribuzione a proprio carico. Inoltre, per i lavoratori dipendenti che aderiscono alle forme pensionistiche complementari, le modalità e la misura minima della contribuzione a carico del datore di lavoro e del lavoratore stesso possono essere fissate dagli accordi collettivi, anche aziendali. Gli accordi possono anche stabilire la percentuale minima di TFR maturando da destinare a previdenza complementare. In assenza dell'indicazione il conferimento deve intendersi totale.

LE INIZIATIVE IVASS SULLE POLIZZE DORMIENTI

Nel corso del 2017 e del 2018 sono proseguite le iniziative di IVASS per analizzare il fenomeno delle polizze a rischio di dormienza e ridurne la numerosità.

A seguito dell'indagine del 2017, che aveva rilevato circa 4 milioni di polizze a rischio di divenire dormienti, di cui 3,9 temporanee caso morte, l'Istituto di vigilanza ha richiesto alle imprese di assicurazione di inviare dati relativi alle suddette polizze insieme a ulteriori 2,9 milioni di contratti, per un totale di oltre 6 milioni di codici fiscali di assicurati, al fine di effettuare verifiche incrociate con l'Anagrafe Tributaria, base di dati dell'Agenzia delle Entrate, e rilevare l'eventuale decesso dei possessori di codice fiscale.

L'incrocio di dati, concluso nel mese di aprile, ha rilevato 153.000 decessi non noti alle imprese. Le imprese interessate sono state invitate da IVASS a verificare quali polizze siano effettivamente dormienti e, per le altre, ad attivarsi per contattare i beneficiari e procedere alla liquidazione delle somme assicurate. Alle imprese è stato altresì richiesto di fornire all'Istituto dettagli sulle attività poste in essere, con particolare riferimento ai relativi risultati, entro l'11 giugno 2018.

IVASS ha, inoltre, diramato una lettera al mercato con la quale ha chiesto alle imprese di predisporre dei piani di azione, da inviare all'Istituto e posti in atto entro il mese di settembre dell'anno in corso, per ridurre in prospettiva il rischio di avere polizze dormienti. Gli ambiti nei quali l'Istituto ha richiesto alle imprese un intervento riguardano principalmente la verifica degli eventuali decessi degli assicurati e l'identificazione dei beneficiari.

In particolare, con riferimento alla verifica dei decessi, IVASS ritiene opportuno che le imprese, ad esempio, effettuino periodicamente delle verifiche sui dati interni all'impresa stessa o al gruppo di appartenenza, oppure attraverso flussi informativi con gli intermediari. Ulteriori attività riguardano la consultazione delle Anagrafi Comunali per aggiornare l'indirizzo dei contraenti in caso di mancato recapito della corrispondenza o per recuperare l'eventuale certificato di morte dell'assicurato.

Per quanto riguarda l'identificazione dei beneficiari, l'Istituto ritiene opportuno che le imprese favoriscano l'acquisizione della designazione specifica dei beneficiari, con indicazione dei relativi dati e recapiti, nonché l'indicazione di un eventuale referente terzo, diverso dal beneficiario, quale ulteriore contatto al quale l'impresa può far riferimento in caso di decesso.

L'ANTICIPO PENSIONISTICO VOLONTARIO A UN ANNO DAL SUO AVVIO

Le caratteristiche principali dell'APE volontario

La Legge di bilancio 2017 ha introdotto l'Anticipo pensionistico (APE), sia nella forma "sociale", per particolari categorie disagiate di lavoratori, sia nella forma "volontaria", applicabile alla generalità dei lavoratori su base individuale o attraverso accordi con il proprio datore di lavoro.

L'APE volontario prevede la possibilità di percepire un prestito erogato mensilmente da un istituto di credito per un periodo minimo di 6 mesi e fino ad un massimo di 3 anni e 7 mesi per raggiungere il pensionamento, momento in cui il richiedente inizia a restituire il finanziamento ricevuto tramite prelievo sulla pensione nei successivi vent'anni. L'APE può quindi essere utilizzato come una forma di flessibilità in uscita dal mondo del lavoro, sebbene sia comunque compatibile con il reddito da lavoro.

L'operazione prevede un'assicurazione obbligatoria per il rischio premorienza del richiedente, in modo tale che il debito residuo sia rimborsato all'istituto di credito. Il prestito e la copertura assicurativa possono essere stipulati con gli istituti di credito e con le imprese di assicurazione che hanno aderito agli accordi quadro bancario e assicurativo sottoscritti con le rappresentanze dei rispettivi settori, dal Ministro delle Finanze e dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali.

L'APE può essere richiesto esclusivamente attraverso il portale INPS, istituto presso il quale è accentrata buona parte dell'operatività gestionale. Negli accordi quadro sono definiti il tasso di interesse del finanziamento ([1]) e la misura del premio per la copertura del rischio di premorienza che, quindi, rendono le tariffe adottate prestabilite e uguali per tutti gli operatori, da un lato, e per tutti i richiedenti, dall'altro, a prescindere da qualsiasi condizione soggettiva in ordine alla situazione finanziaria o alle condizioni di salute. Gli accordi stabiliscono, inoltre, i termini e le modalità di adesione degli istituti di credito e delle imprese assicuratrici, le specifiche tecniche e di sicurezza dei flussi informativi tra INPS, istituti finanziatori e imprese assicuratrici, gli effetti della liquidazione dei trattamenti pensionistici diretti prima della maturazione del diritto alla pensione di vecchiaia e quelli derivanti dall'adeguamento del requisito anagrafico alla speranza di vita.

L'importo finanziato è costituito dalle rate di APE erogate, dal premio assicurativo, dalla commissione di accesso al Fondo di garanzia – al quale gli istituti di credito possono accedere in caso di sopravvenute difficoltà nel rimborso delle rate da parte del richiedente o della somma assicurata da parte delle imprese assicuratrici – e dagli interessi maturati nella fase di preammortamento.

A partire dal pensionamento le prime tre voci – somma delle rate di APE erogate, premio assicurativo e commissione di accesso al fondo – sono rimborsate seguendo un ammortamento alla francese, mentre gli interessi maturati nella fase di preammortamento sono rimborsati in quote di pari importo per tutta la durata dell'ammortamento.

Il prestito è a tasso fisso e il tasso di interesse applicato ai nuovi contratti di finanziamento viene rideterminato ogni 2 mesi.

L'assicurazione obbligatoria è una temporanea caso morte a premio unico – anticipato dalla banca e incluso nel finanziamento – a copertura del valore del debito residuo tempo per

---

([1]) Il tasso di interesse nella fase di ammortamento (TAN) è pari a: Rendistato con durata residua da 12 anni e 7 mesi a 20 anni e 6 mesi + (CDS banche a 5 anni – CDS Italia a 5 anni) + 0,35%. Il Rendistato è il tasso di interesse calcolato mensilmente dalla Banca d'Italia e rappresenta la media dei rendimenti dei titoli di Stato a cedola fissa con durata compresa tra 12 anni e 7 mesi e 20 anni e 6 mesi. Il CDS banche è la media delle quotazioni dei *credit default swap* in euro a 5 anni delle 6 principali banche per totale dell'attivo operanti in Italia, non considerando nella media il valore più alto e quello più basso. Il CDS Italia è la media del *credit default swap* in euro a 5 anni della Repubblica Italiana. Il tasso di interesse nella fase di preammortamento è pari al TAN – 0,10%.

tempo relativo all'operazione. Pertanto, il capitale assicurato cresce nel periodo di preammortamento a fronte dell'anticipo via via erogato e decresce dal pensionamento in poi, quando l'anticipatario comincia a rimborsare il prestito per 20 anni. Il premio della copertura assicurativa dipende quindi dalla durata dell'anticipo pensionistico e dal tasso di interesse applicato al contratto di finanziamento.

Le domande di APE sono vagliate dall'istituto di credito, per verificare che non vi siano criticità nella situazione finanziaria del richiedente, in presenza delle quali la banca può respingere la domanda. Una volta che la domanda è stata accettata dalla banca, l'assicurazione si intende perfezionata con il premio prestabilito senza verificare lo stato di salute o altre condizioni dell'assicurato, ed è valida a coprire qualsiasi fattispecie in cui il decesso avvenga, con le sole esclusioni di legge.

Al richiedente è riconosciuto un credito di imposta annuo nella misura massima del 50% dell'importo pari a un ventesimo degli interessi e del premio assicurativo previsti dall'operazione.

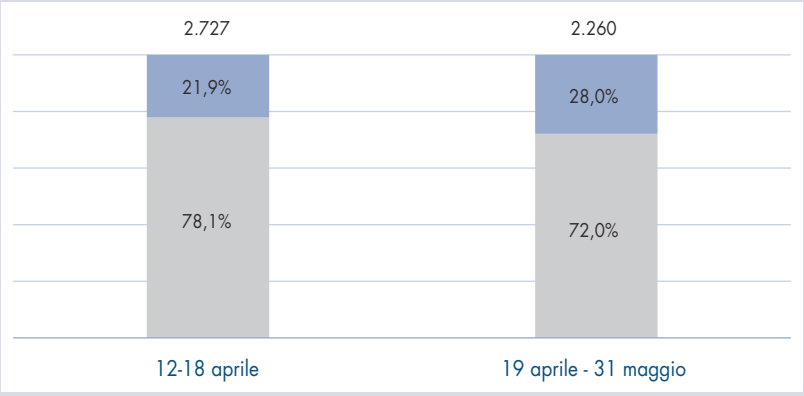
I primi dati sulle adesioni all'APE

Nei primi mesi del 2018, a seguito di una complessa fase di implementazione e del DPCM n. 150 del 4 settembre 2017, che ha delineato nel dettaglio le modalità e i termini dell'operazione, l'APE volontario è diventato operativo e i lavoratori hanno potuto richiedere la certificazione dei requisiti e, successivamente, a partire dal 12 aprile 2018 presentare la relativa domanda. In particolare, alla fine del mese di maggio risultavano presentate circa 5.000 domande, di cui più del 50% entro il 18 aprile, data entro la quale era possibile ottenere, per gli aventi diritto, anche le mensilità arretrate dal 1° maggio 2017, data di efficacia dell'operazione ai sensi di legge.

Si sottolinea che i dati illustrati si riferiscono esclusivamente alle domande presentate e sottoposte al vaglio degli istituti di credito, non essendo disponibili, al momento, i dati relativi alle domande effettivamente accolte.

A richiedere l'APE sono stati in prevalenza uomini, che inizialmente hanno costituito quasi l'80% dei richiedenti. Nelle settimane successive tale percentuale si è lievemente ridotta, fino ad arrivare a poco più del 70% (figura 1).

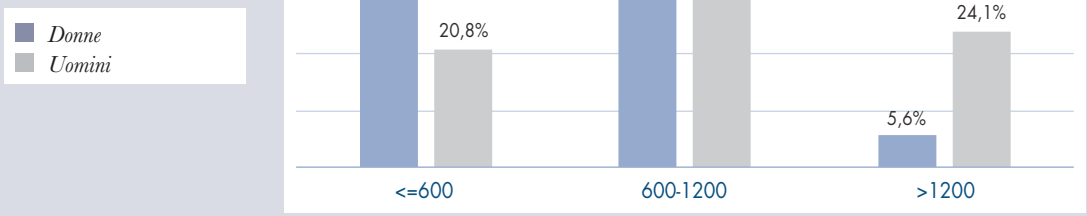
Figura 1
Domande di APE per periodo della domanda e sesso



L'importo medio mensile di APE richiesto è pari a circa 920 euro (poco più di 1.000 euro per gli uomini e circa 690 euro per le donne). Le domande inferiori a 600 euro costituiscono il 25,1%. L'80% delle domande si riferisce a importi mensili minori o uguali a 1.200 euro. Meno del 20% delle domande supera 1.200 euro. Solo il 5% del totale delle domande, peraltro pervenute esclusivamente da richiedenti di sesso maschile, supera i 2.400 euro mensili.

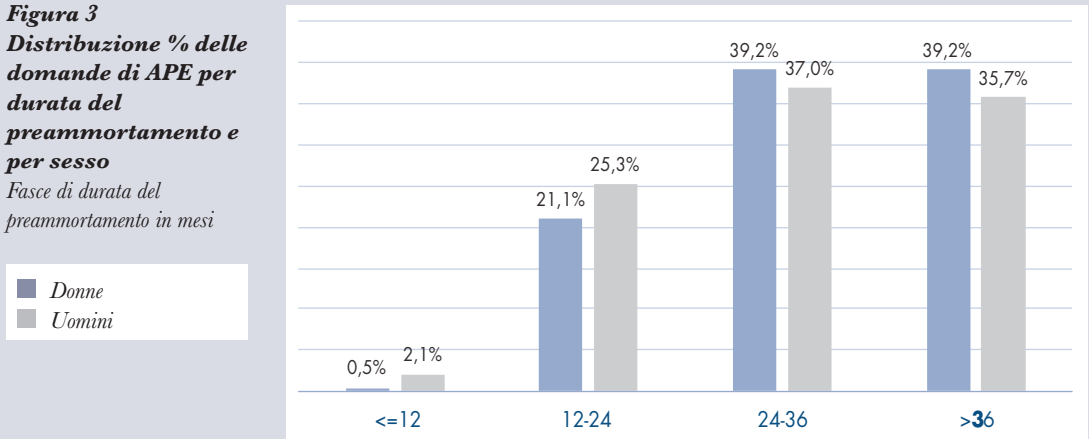
La distribuzione delle domande per sesso e importo mensile evidenzia come oltre la metà delle richieste (≃ 55%) di importi tra 600-1200 euro provenga da entrambi i sessi; inoltre mentre le donne, rispetto agli uomini, registrano una più alta percentuale di domande (38,7% contro 20,8%) per importi inferiori ai 600 euro, gli uomini sono invece prevalenti negli importi superiori ai 1200 euro (24,1% contro il 5,6% delle donne) (figura 2).

Figura 2
Distribuzione % delle domande di APE per importo mensile richiesto e per sesso
Fascia di importo



Infine, soffermandoci sulla durata di APE richiesta, più di un terzo delle domande ha richiesto l'APE per una durata maggiore di 36 mesi e più di tre quarti, nel complesso, per una durata superiore a 24 mesi. La distribuzione delle domande per sesso e durata vede una durata analoga per uomini e donne (figura 3).

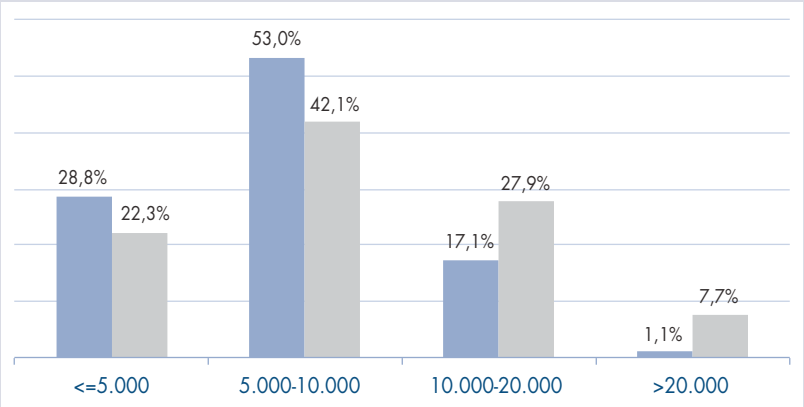
Figura 3
Distribuzione % delle domande di APE per durata del preammortamento e per sesso
Fasce di durata del preammortamento in mesi



In base alle richieste di APE pervenute entro il 31 maggio si stima che verranno emesse polizze temporanee caso morte per un ammontare premi di circa 46 milioni di euro e per un capitale assicurato, calcolato alla fine del periodo di erogazione, pari a circa 200 milioni. Tale importo, come detto, è una stima e dipende dalla durata dell'anticipo richiesto, dall'ammontare della rata e dal tasso di interesse applicato al finanziamento. Va inoltre aggiunto che tale stima non tiene conto delle eventuali richieste di APE rifiutate dall'istituto di credito.

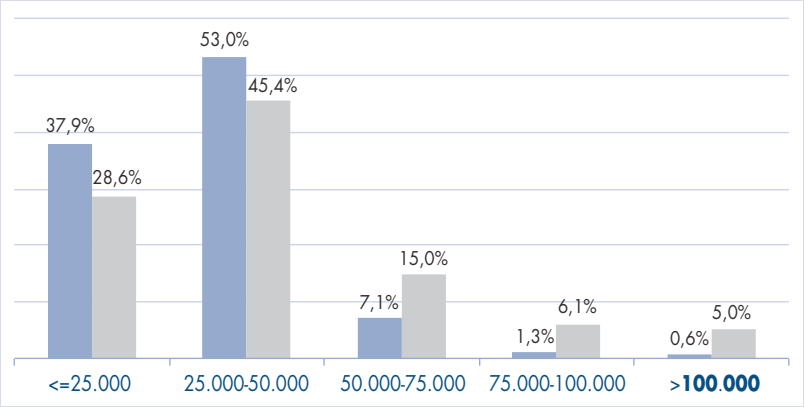
Con riferimento ai premi assicurativi si osserva che l'importo medio è pari a poco più di 9.200 euro (circa 9.900 euro per gli uomini e poco più di 7.200 euro per le donne). In particolare, quasi il 65% delle polizze temporanee caso morte di assicurati di sesso maschile prevede un premio inferiore ai 10.000 euro, percentuale che supera l'80% nel caso di assicurati di sesso femminile. Il 7,7% dei contratti stipulati da richiedenti l'APE di sesso maschile ha un premio superiore a 20.000 euro, percentuale che non supera l'1,1% per il sesso femminile (figura 4).

Figura 4
Contratti assicurativi per fascia di importo di premio e per sesso
Fascia di importo di premio



Soffermandoci sui capitali assicurati, il valore medio è pari a poco meno di 47.000 euro (circa 50.100 euro per gli uomini e circa 37.300 euro per le donne). Più del 90% delle coperture assicurative di richiedenti l'APE di sesso femminile ha un capitale assicurato uguale o inferiore a 50.000 euro, percentuale che si riduce a circa il 73% per il sesso maschile (figura 5). Solo nel 5% delle polizze temporanee caso morte a copertura delle richieste di APE presentate da soggetti di sesso maschile si supera un capitale assicurato di 100.000 euro.

Figura 5
Contratti assicurativi per fascia di capitale assicurato e sesso
Fascia di capitale assicurato



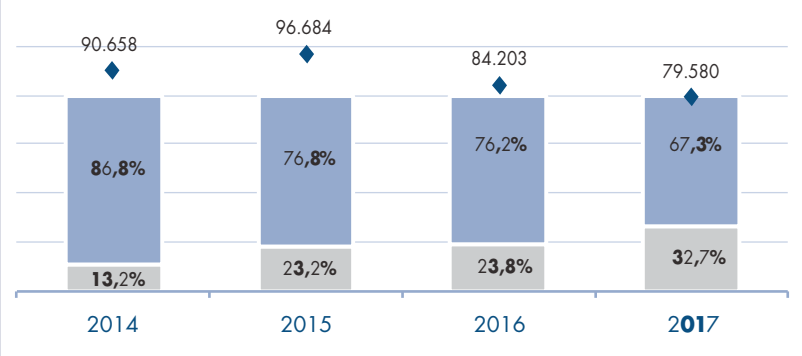
L'ANDAMENTO DEI PRODOTTI VITA "IBRIDI" ("MULTIRAMO")

I prodotti "ibridi" ("multiramo"), risultanti dalla combinazione di una componente assicurativa tradizionale a rendimento minimo garantito (ramo I) e da una o più opzioni d'investimento di tipo unit-linked (ramo III), rappresentano da alcuni anni un'importante quota nel pacchetto dell'offerta di molte imprese assicuratrici.

La nuova produzione di prodotti ibridi

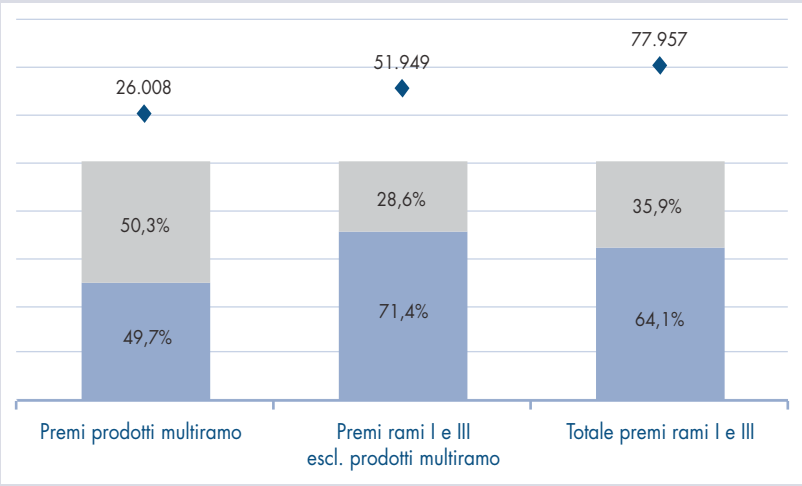
I prodotti ibridi sono rivolti essenzialmente a clienti al dettaglio tramite polizze individuali. I nuovi contratti di questo tipo sottoscritti nel 2017 sono stati circa 810.000 (erano 650.000 nel 2016), per 26,0 miliardi di nuovi premi (+29,7% rispetto al 2016), un terzo dei 79,6 miliardi relativi alla nuova produzione vita complessiva (figura 1), incidenza superiore di circa 9 punti percentuali rispetto al biennio precedente e di quasi 20 punti percentuali rispetto al 2014.

Figura 1
Nuova produzione vita distinta tra prodotti ibridi e altri prodotti 2014-2017
Importi in milioni



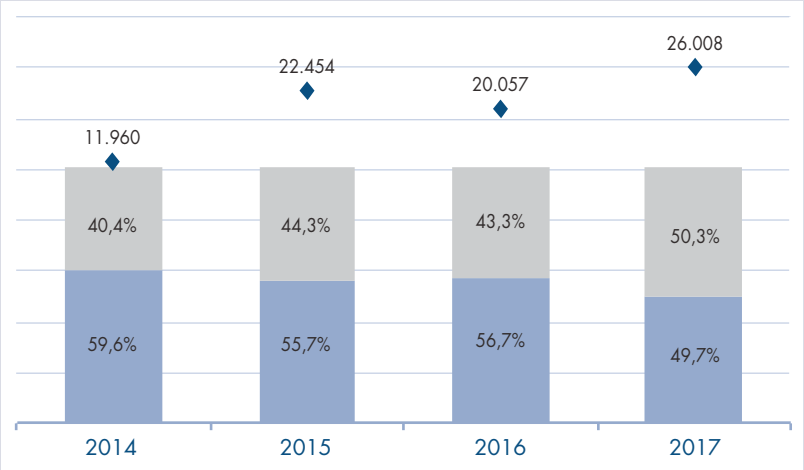
In particolare, concentrando l'analisi sulla composizione della nuova produzione per ramo, si osserva che nel 2017 per i prodotti ibridi la quota del ramo III è stata pari al 50,3% (figura 2), maggiore di quella registrata rispetto agli altri prodotti di ramo I e III, nei confronti dei quali i prodotti unit-linked *stand-alone* pesano per il 28,6% (19,8% nel 2016), dato quest'ultimo che conferma la crescita del ramo III. Sul totale della nuova produzione di ramo I e III, quindi, il ramo III rappresenta il 35,9%, contro il 25,5% nel 2016.

Figura 2
Composizione % tra ramo I e III della nuova produzione vita 2017 per tipologia di prodotto
Importi in milioni



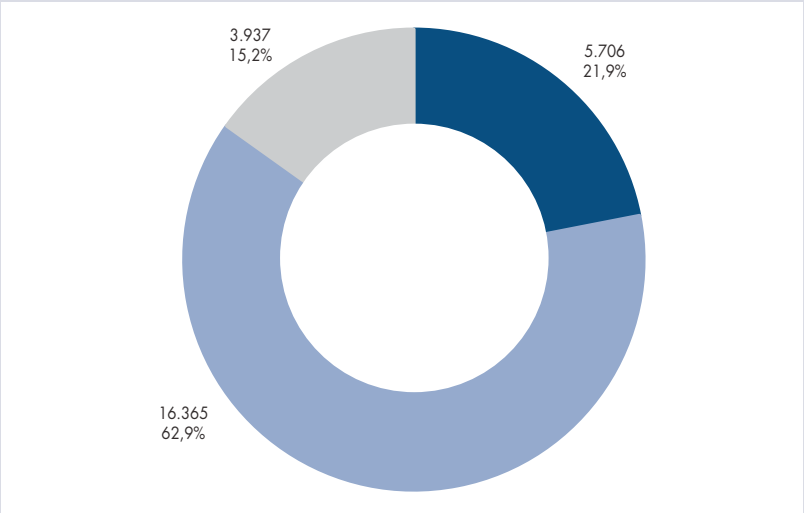
Limitatamente ai prodotti ibridi, nel 2017 la quota di nuovi premi impiegati nella componente di ramo III, pari come detto al 50,3%, è risultata, per la prima volta, superiore a quella di ramo I (in crescita nel confronto con il triennio precedente) (figura 3).

Figura 3
Composizione % tra ramo I e ramo III dei nuovi premi di prodotti ibridi nel 2014-2017
Importi in milioni



Riguardo alla raccolta di nuovi premi dei prodotti ibridi per canale distributivo (figura 4), nel 2017 gli sportelli bancari e postali hanno collocato 16,4 miliardi (+18,0% rispetto all'anno precedente), pari al 62,9% della raccolta complessiva, percentuale in progressivo calo rispetto agli anni precedenti – era 72,4% nel 2015 e 69,2% nel 2016 – e inferiore anche alla quota di nuova produzione vita complessiva intermediata dallo stesso canale (69,1%). Ai consulenti finanziari ha fatto riferimento il 15,2% del new business, per un valore di 3,9 miliardi, quota invece in progressivo aumento rispetto agli anni precedenti e analoga a quella riscontrata sul new business complessivo (16,0%). Le reti agenziali e gli altri canali hanno collocato prodotti ibridi per 5,7 miliardi, il 21,9% del totale della raccolta di tali prodotti.

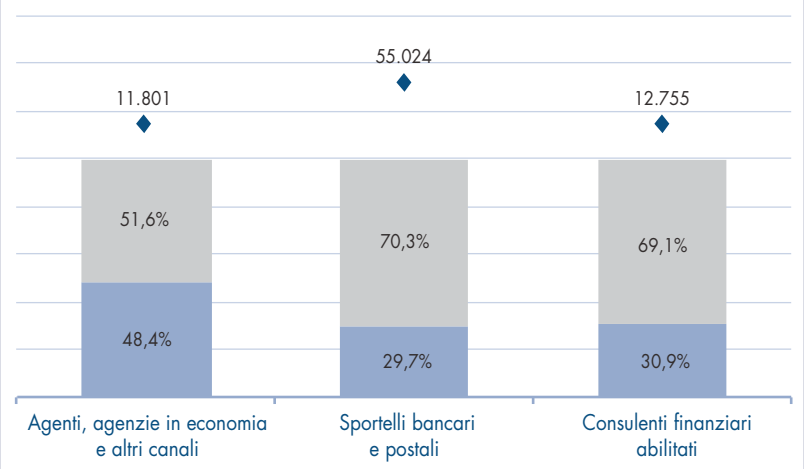
Figura 4
Quota e volumi della raccolta dei nuovi premi di prodotti ibridi per canale distributivo
Importi in milioni



Rispetto alla raccolta complessiva della nuova produzione vita suddivisa per canale distributivo (figura 5), gli sportelli bancari e postali hanno intermediato prodotti ibridi per il 29,7% dei 55,0 miliardi di raccolta (23,3% nel 2016), i consulenti finanziari abilitati per il 30,9% dei 12,8 miliardi di premi, in aumento di 10 punti percentuali rispetto alla pro-

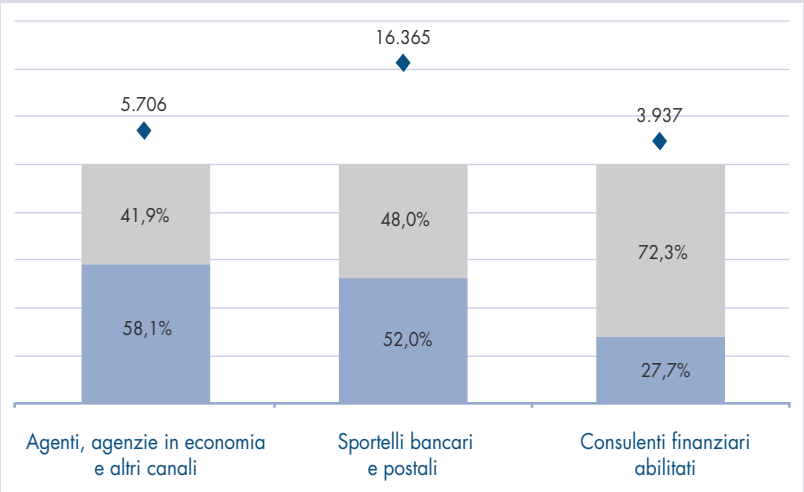
duzione del 2016, e infine le reti agenziali e gli altri canali per il 48,4% degli 11,8 miliardi di raccolta premi da essi distribuiti, a fronte del 29,3% dell'anno precedente.

Figura 5
Composizione % della nuova produzione vita tra prodotti ibridi e altri prodotti per canale distributivo
Importi in milioni



Inoltre, se per le polizze intermediate dalle reti agenziali e altri canali la quota investita nella componente di ramo I risulta ancora maggiore di quella di ramo III (58,1% e 41,9% rispettivamente), per quella distribuita dagli sportelli bancari e postali le quote sono sostanzialmente analoghe, mentre per i consulenti finanziari si registra una netta prevalenza del ramo III, pari al 72,3% del totale (figura 6).

Figura 6
Composizione % della nuova produzione vita dei prodotti ibridi tra ramo I e ramo III per canale distributivo
Importi in milioni

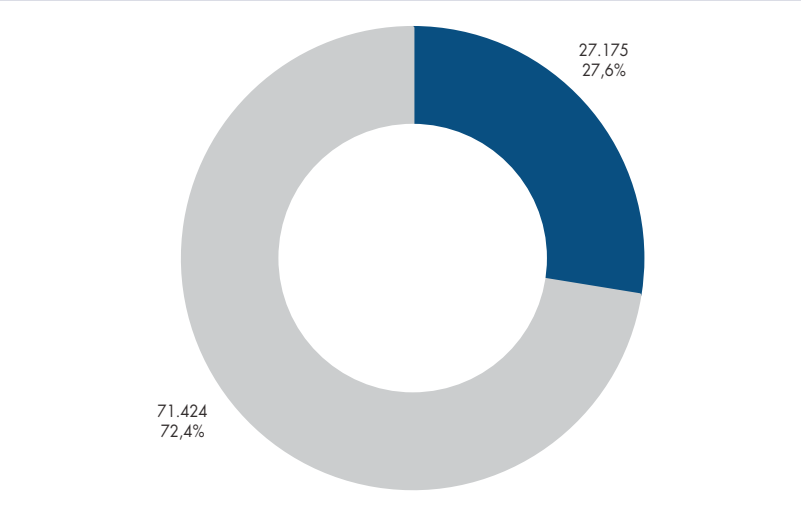


I flussi e le riserve

Spostando ora l'attenzione dei premi di nuova produzione ai premi contabilizzati si nota che i premi complessivi contabilizzati relativi a polizze ibride sono stati nel 2017 pari a 27,2 miliardi, con un'incidenza sul totale dei premi vita pari al 27,6% (era il 20,4% nel

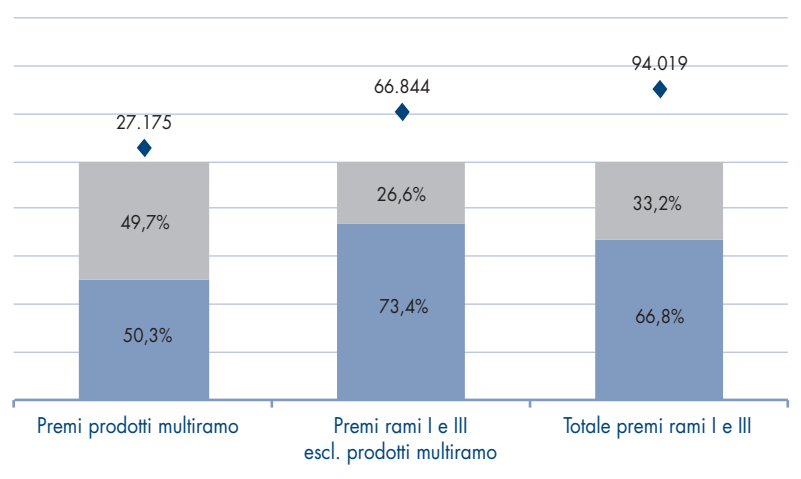
2016 e il 20,0% nel 2015) (figura 7). Rispetto al 2016, i premi afferenti a prodotti ibridi sono quindi aumentati del 30,0%, grazie principalmente alla crescita del ramo III (+45,4%).

Figura 7
Premi contabilizzati dei prodotti ibridi e degli altri prodotti
Importi in milioni



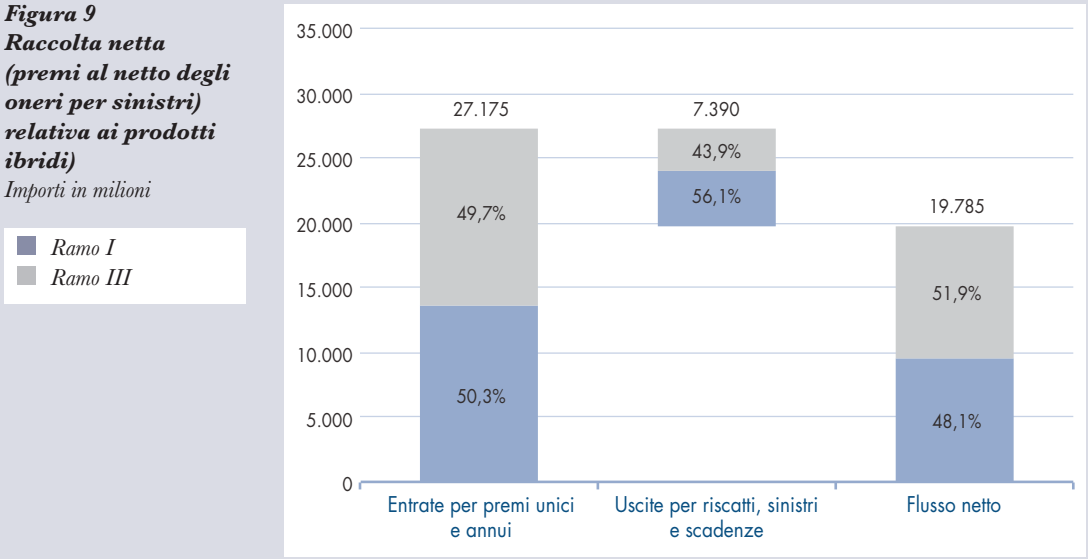
Anche in relazione ai premi contabilizzati si evidenzia come la componente di ramo III per le polizze ibride, pari al 49,7% nel 2017 (dal 44,4% nel 2016), sia stata più elevata rispetto a quella registrata relativamente ai premi dei prodotti "monoramo", rispetto ai quali la stessa componente si ferma a poco più di un quarto (figura 8).

Figura 8
Composizione % dei premi contabilizzati vita nel 2017 tra ramo I e III per tipologia di prodotto
Importi in milioni



L'ammontare complessivo degli oneri per sinistri per le polizze ibride è stato pari a 7,4 miliardi (+29,5% rispetto al 2016), di cui l'84% generato dai riscatti e il 14% dai sinistri per decesso e altri eventi attinenti alla vita umana coperti dalle polizze vita. Il saldo tra entrate (premi) e uscite (pagamenti per riscatti, scadenze, rendite e sinistri) è stato quindi largamente positivo e pari a 19,8 miliardi (+30,2% rispetto al 2016) (figura 9).

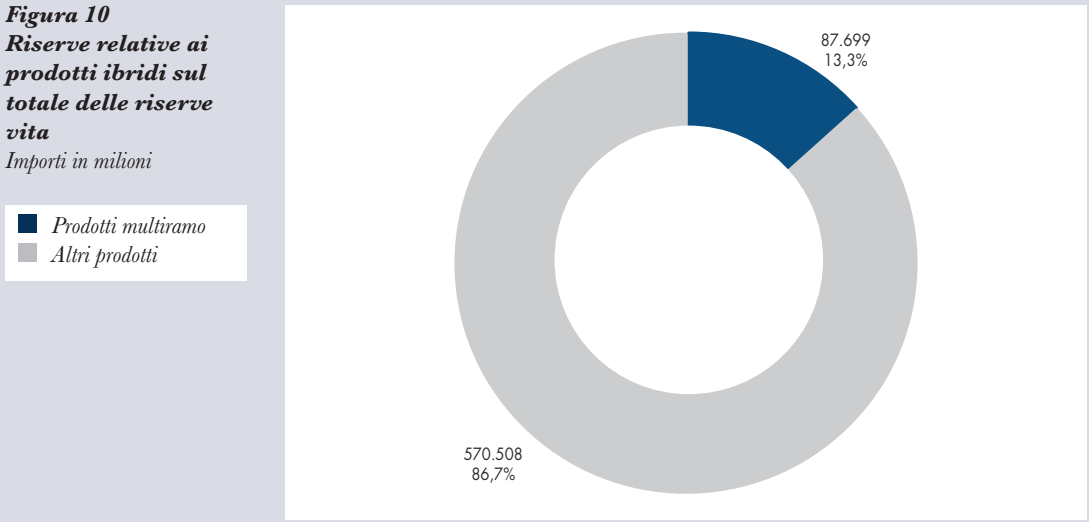
Figura 9
Raccolta netta (premi al netto degli oneri per sinistri) relativa ai prodotti ibridi)
Importi in milioni



In particolare, la componente di ramo I ha registrato di per sé un risultato positivo pari a 9,5 miliardi, mentre quella di ramo III è stata pari a 10,3 miliardi. Si sottolinea come nel 2017 il saldo relativo alla componente di ramo III delle polizze ibride costituisca il 90% del saldo rilevato per l'intero ramo III, mentre la stessa quota relativamente al ramo I si attesta al 57%.

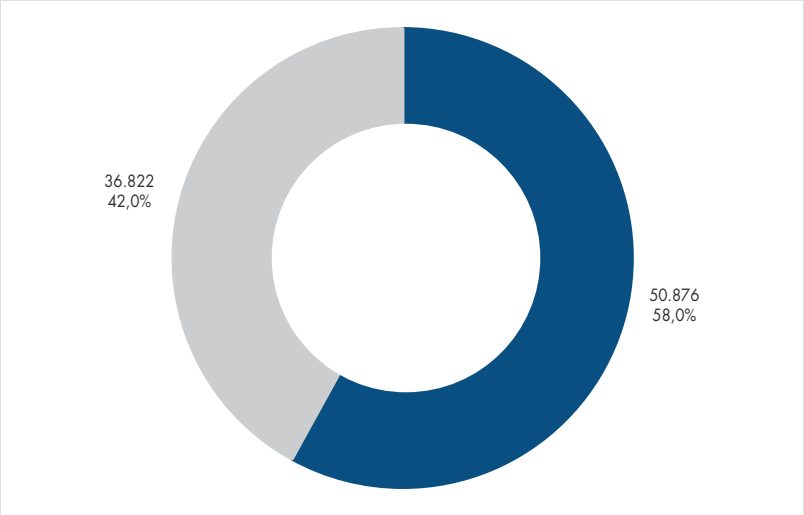
Alla fine del 2017 le riserve tecniche a copertura delle prestazioni relative a contratti ibridi sono state pari a 87,7 miliardi (+32,4% rispetto al 2016), il 13,3% delle riserve vita complessive del mercato italiano (10,7% nel 2016) (figura 10).

Figura 10
Riserve relative ai prodotti ibridi sul totale delle riserve vita
Importi in milioni



Il 58,0% delle riserve relative alle polizze ibride, per un importo pari a 50,9 miliardi, fa riferimento alla componente di ramo I e la parte restante alla componente di ramo III, quest'ultima in aumento del 46,1% rispetto a quanto accantonato nel 2016 (figura 11).

Figura 11
Riserve relative ai prodotti ibridi distinte tra ramo I e ramo III
Importi in milioni



L'andamento nei primi mesi del 2018

Il crescente interesse verso i prodotti ibridi è confermato anche nel I trimestre del 2018, quando i nuovi premi vita raccolti per questi prodotti dalle imprese italiane ed extra-UE hanno raggiunto i 7,6 miliardi, l'11,1% in più rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente.

Circa il 97% del new business dei prodotti ibridi del I trimestre 2018 (7,4 miliardi) è relativo a prodotti ibridi "generici", mentre la restante quota si divide equamente tra PIP ibridi e PIR ibridi, che hanno visto rispettivamente una raccolta di 109 milioni e 124 milioni.

Nel I trimestre del 2018 il principale canale distributivo dei prodotti ibridi si conferma essere quello degli sportelli bancari e postali, con una raccolta di nuovi premi pari a 5,0 miliardi, il 66,0% del totale, in aumento del 18,5% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Dalle reti agenziali e dagli altri canali sono stati raccolti nuovi premi per 1,8 miliardi (il 23,1% del totale), con un incremento del 36,5% rispetto allo stesso periodo del 2017, mentre tramite il canale consulenti finanziari sono stati raccolti nuovi premi per 827 milioni (il 10,9% del totale), in calo del 31,6%.

Per quanto riguarda l'incidenza delle componenti di ramo I e III, nei prodotti ibridi "generici" di nuova produzione, relativamente al primo trimestre del 2018, è sostanzialmente confermata la composizione registrata nel 2017, con una lieve prevalenza complessiva del ramo I (52,2%) rispetto al ramo III (47,8%).

Da inizio anno, il saldo tra entrate (premi contabilizzati) e uscite (pagamenti per riscatti, scadenze, rendite e sinistri) registrato per i prodotti ibridi è pari a 5,7 miliardi, equidistribuito tra ramo I e ramo III, in crescita dell'8,7% rispetto al flusso netto registrato nello stesso periodo del 2017.

In questi primi tre mesi dell'anno, il volume dei premi contabilizzati ha raggiunto 8,0 miliardi (+13,7% rispetto al 2017), di cui 7,2 miliardi sono riconducibili a premi unici e 860 milioni a premi periodici (+13,6% rispetto al 2017). Il volume complessivo delle uscite è stato pari a 2,4 miliardi (+27,8% rispetto al 2017) quasi totalmente riferibile a riscatti e altri rimborsi,

la cui quota è pari all'80,6% dei pagamenti complessivi, in aumento del 26,6% rispetto al I trimestre 2017.

Le riserve tecniche dei prodotti ibridi alla fine del I trimestre 2018 hanno sfiorato i 100 miliardi, in aumento del 30,0% rispetto ai primi tre mesi dell'anno precedente. In particolare, il 59,2% delle riserve, pari a 59,1 miliardi, è afferente al ramo I (+21,9%) mentre il 40,8%, pari a quasi 41 miliardi, è relativo alla componente di ramo III (+44,0%).

LO SVILUPPO DEI PIR

La legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di bilancio 2017) ha introdotto un'agevolazione fiscale in favore delle persone fisiche titolari di piani di risparmio a lungo termine (PIR), con l'obiettivo di veicolare il risparmio finanziario delle famiglie italiane, concentrato in impieghi di liquidità, a sostegno dell'economia, con particolare riferimento alle piccole e medie imprese, anche per costituire a vantaggio di queste ultime una fonte di finanziamento alternativa a quella tradizionale del canale bancario.

L'agevolazione consiste nella detassazione dei rendimenti (redditi di capitale e redditi diversi di natura finanziaria, esclusi quelli relativi a partecipazioni qualificate) ottenuti dai PIR, fino a trentamila euro annui e centocinquantamila euro complessivamente, a condizione di detenere l'investimento per almeno cinque anni e di investire nelle attività finanziarie "qualificate", precisate dalla legge, per una quota almeno pari a soglie minime prestabilite. In particolare, i PIR devono essere investiti per almeno il 70% in strumenti finanziari emessi da imprese residenti nel territorio dello Stato italiano, di cui il 30% – quindi il 21% del valore originario – da imprese non quotate nel FTSE MIB o in indici equivalenti di altri mercati.

La novità introdotta ha consentito all'industria del risparmio gestito di ampliare la gamma di prodotti, integrandola con una tipologia alternativa a quelle tradizionalmente offerte, che consente un vantaggio fiscale significativo a fronte dell'impegno a sostenere l'economia grazie agli investimenti effettuati nei PIR.

La raccolta dei PIR assicurativi

La norma ha previsto che i PIR possano essere attuati anche mediante contratti assicurativi. Dopo alcuni mesi in cui l'offerta di PIR da parte del settore è rimasta limitata a pochi prodotti, anche a causa di alcuni dubbi interpretativi sull'applicazione della normativa, nella seconda parte del 2017, a seguito di chiarimenti da parte dell'amministrazione finanziaria, i PIR sono entrati a far parte della gamma di prodotti di un numero significativo di imprese assicuratrici e, al termine dell'anno, risultavano in vendita poco più di una ventina di prodotti assicurativi per oltre novanta opzioni d'investimento. In particolare, la forma contrattuale prevalente, com'era prevedibile a seguito dei vincoli previsti dalla legge, è risultata quella di tipo unit-linked, che caratterizza circa tre quarti dei PIR assicurativi, mentre i prodotti ibridi

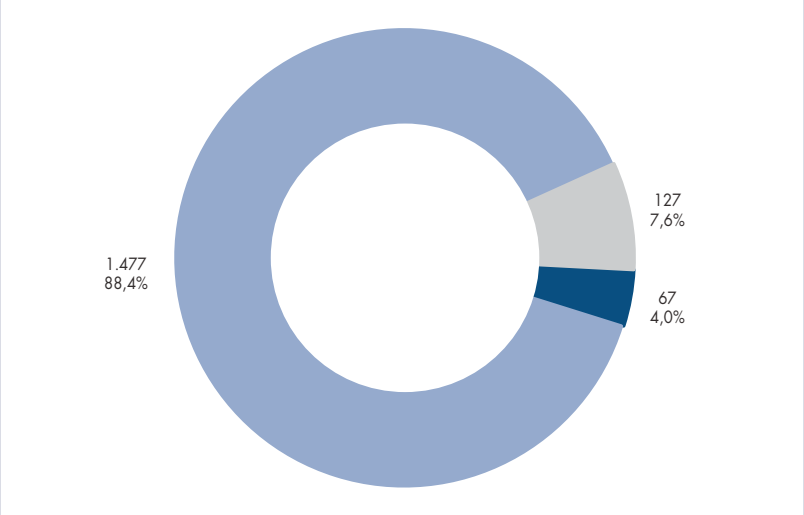
(multiramo), risultanti cioè dalla combinazione di una componente unit-linked (ramo III) e di una componente tradizionale a rendimento minimo garantito (ramo I), coprono il restante quarto. La tipologia di prodotto offerta sul mercato è costituita principalmente da prodotti a vita intera, pari a circa due terzi del totale, e più della metà dei prodotti prevede più opzioni di investimento.

I PIR sono rivolti per definizione a clienti al dettaglio, e si concretizzano quindi in polizze individuali, sottoscritte da una persona fisica. I nuovi contratti assicurativi di questo tipo nel 2017 sono stati oltre 118mila, per 1,7 miliardi di nuovi premi, il 2,1% dei 79,6 miliardi relativi alla nuova produzione vita afferente a polizze individuali. La modalità di versamento del premio è praticamente sempre a premio unico, per un importo medio pari a circa 14 mila euro.

In particolare, concentrando l'analisi sulla tipologia di prodotti assicurativi venduti nel 2017, risulta che oltre il 75% dei premi è stato raccolto da PIR di tipo unit-linked mentre il restante 25% da PIR ibridi o multiramo. Questi ultimi presentano mediamente circa l'11% dei premi investiti nella componente di ramo I e il restante 89% nella componente di ramo III.

Riguardo alla raccolta premi dei PIR per canale distributivo (figura 1), nel 2017 risulta che gli sportelli bancari e postali hanno collocato quasi 1,5 miliardi, pari all'88,4% della raccolta di PIR assicurativi complessiva, percentuale sensibilmente superiore all'analoga quota intermediata dallo stesso canale per l'intera raccolta vita (69,1%). Ai consulenti finanziari, invece, ha fatto riferimento il 7,6% della raccolta di prodotti PIR assicurativi, a fronte del 16,0% riscontrato sulla raccolta assicurativa sulla vita complessiva. Le reti agenziali e gli altri canali hanno collocato una quota di PIR assicurativi pari al 4,0%, inferiore a quella registrata rispetto alla totalità dei prodotti assicurativi sulla vita (14,8%).

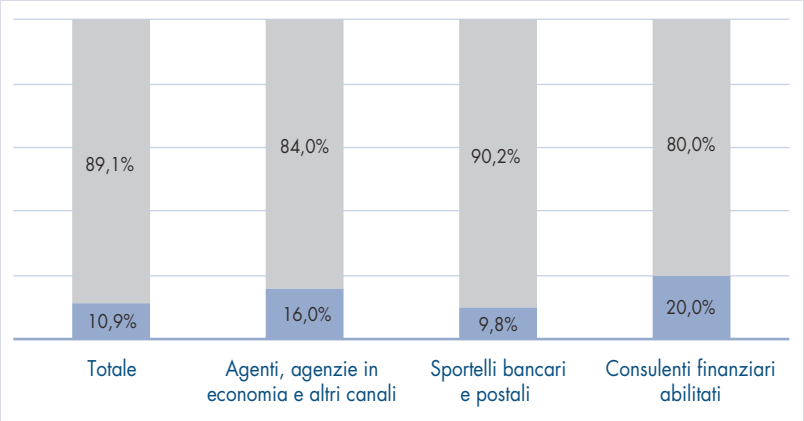
Figura 1
Quota e volumi della raccolta di PIR per canale distributivo
Importi in milioni



Totale = Premi PIR assicurativi 1.671 milioni

Inoltre, se per le polizze PIR ibride intermediate dal canale bancario e postale la quota investita nella componente di ramo III risulta superiore rispetto alla composizione media, con la componente di ramo I limitata a meno del 10%, per quelle distribuite dai consulenti finanziari e dal canale agenziale e altri canali la componente investita in ramo I è più significativa, pari rispettivamente al 20% e al 16% del totale (figura 2).

Figura 2
Composizione % della raccolta PIR ibridi distinta per ramo e per canale distributivo (%)



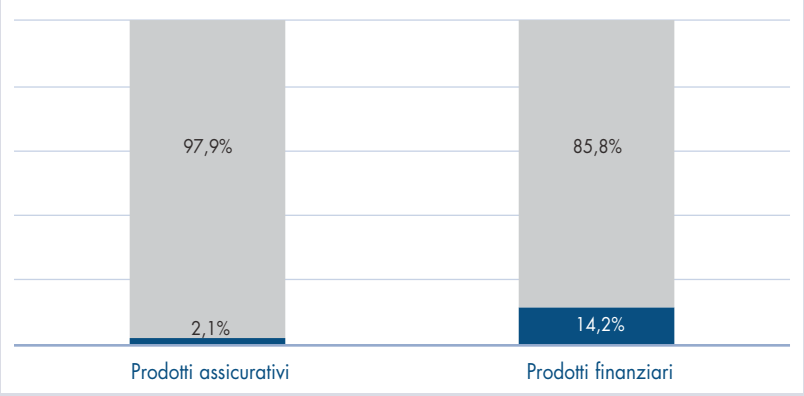
Riguardo ai flussi, il saldo tra entrate (premi contabilizzati) e uscite (pagamenti per riscatti, scadenze, rendite e sinistri) è sostanzialmente equivalente ai premi, dal momento che, dato l'avvio recente della commercializzazione, si sono registrati poco più di 10 milioni di uscite, per lo più relative a riscatti. Alla fine del 2017 le riserve tecniche a copertura delle prestazioni relative a contratti PIR sono state pari a 1,7 miliardi, lo 0,25% delle riserve vita complessive. Il 97,3% delle riserve relative alle polizze PIR fa riferimento alla componente di ramo III (per 1,6 miliardi) e il restante 2,7% a polizze PIR di ramo I (per 45 milioni).

L'andamento del mercato dei PIR totali nel 2017

La raccolta complessiva di PIR finanziari e assicurativi nel 2017 ha raggiunto i 12,6 miliardi, oltrepassando di gran lunga le attese. L'87% della raccolta è stata effettuata mediante prodotti finanziari, il restante 13% tramite prodotti assicurativi, mentre non risulta significativa la raccolta attraverso altre tipologie di PIR (per esempio, quelle realizzate attraverso rapporti di risparmio amministrato). L'importo medio versato nei PIR finanziari è risultato pari a 13.600 euro, sostanzialmente in linea con l'importo medio versato nei PIR assicurativi.

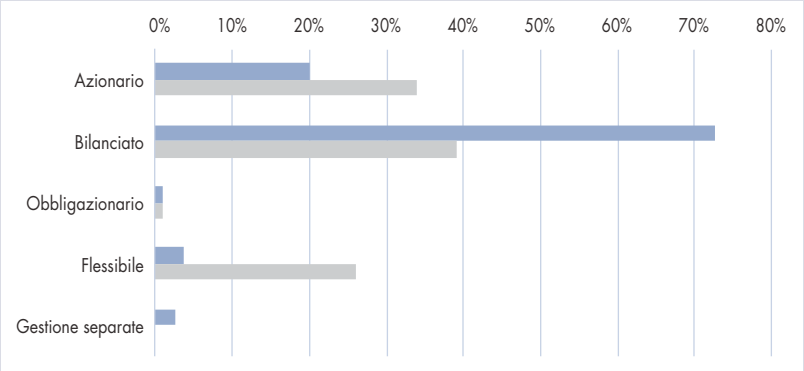
Rispetto alla raccolta complessiva, la quota di PIR assicurativi sul totale dei premi vita, pari al 2,1%, è sensibilmente inferiore se confrontata con l'incidenza dei PIR finanziari (14,2%) rispetto alla raccolta complessiva del settore finanziario (figura 3).

Figura 3
Quota di raccolta PIR rispetto alla raccolta complessiva nel settore assicurativo e in quello finanziario



Ipotizzando che la distribuzione degli OICR direttamente collegati ai PIR assicurativi abbia la stessa composizione per categoria dei fondi interni istituiti dall'impresa di assicurazione, si stima che circa il 72% è costituito da fondi bilanciati e circa il 20% da fondi azionari. La restante parte delle masse gestite mediante PIR assicurativi è confluito in fondi flessibili (4% circa) e obbligazionari (1% fondi di tipo unit-linked e 3% gestioni separate). Diversamente, i PIR finanziari hanno visto confluire il 39% del patrimonio verso fondi bilanciati, circa il 34% in fondi azionari e il restante 27% quasi esclusivamente in fondi flessibili (26%) (figura 4).

Figura 4 Distribuzione per categoria d'investimento dei PIR finanziari e dei PIR assicurativi



Dal momento che la maggior parte dei PIR assicurativi è stata emessa, come detto, nella seconda metà del 2017, non sono ancora disponibili dati sui loro rendimenti. Un'approssimazione dell'andamento degli investimenti può essere costituita dalle performance registrate dai principali indici azionari di riferimento per gli investimenti "qualificati" che li caratterizzano (FTSE Italia STAR, FTSE Italia Mid Cap, FTSE Italia Small Cap, FTSE AIM Italia), che possono essere raffrontati con l'andamento generale del FTSE MIB e di altri indici azionari di riferimento del mercato europeo (CAC40 e DAX30) nel 2017.

L'indice che ha denotato la performance migliore è stato quello del segmento STAR, seguito da quello Mid Cap. Il FTSE MIB, nonostante nel periodo analizzato abbia ottenuto un rendimento migliore rispetto ad altri indici europei, è risultato quello che è cresciuto meno rispetto agli altri indici italiani (tavola 1). L'indice del mercato AIM Italia sembra essere caratterizzato da un minor vigore, mentre ha registrato una migliore performance l'indice Small Cap nonostante il calo significativo negli ultimi due mesi del 2017 (figura 5).

Tavola 1 Andamento di indici azionari italiani ed europei nel 2017 e nella prima parte del 2018

Indice	Performance 2017	Performance 1/1/2018 - 22/05/2018
FTSE MIB	13,60%	5,70%
FTSE Italia STAR	34,70%	1,90%
FTSE Italia Mid Cap	32,30%	-2,30%
FTSE Italia Small Cap	26,80%	-3,8%
FTSE AIM Italia	22,40%	-1,7%
CAC 40	9,30%	6,1%
DAX 30	12,50%	1,2%

Figura 5 – Andamento dei principali indici azionari italiani ed europei (*)

(*) Price Index
Fonte: Elaborazioni ANIA su dati Thomson Reuters, Datastream

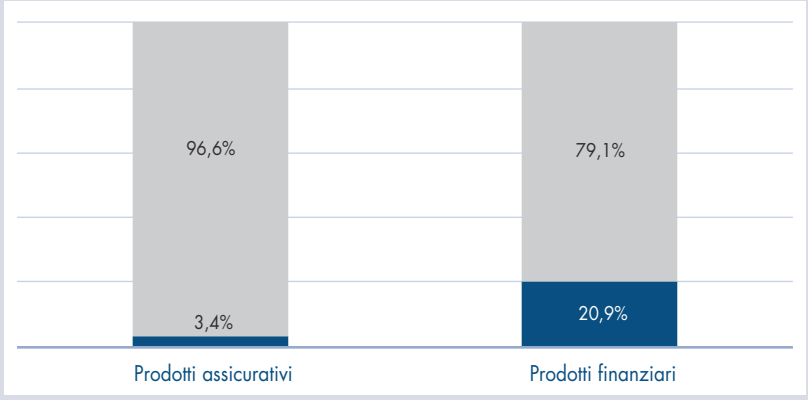
Il maggiore rendimento rispetto all'indice generale e la buona performance complessiva deriva verosimilmente dall'afflusso di nuovi investimenti raccolti tramite i PIR e riversati per la maggior parte sul mercato italiano; sarà importante verificare se tale andamento sarà confermato o meno nel corso del 2018.

I primi risultati del mercato dei PIR nel 2018

Nel primo trimestre del 2018 la nuova raccolta di PIR finanziari e assicurativi ha raggiunto circa 2,7 miliardi, confermando l'interesse dei risparmiatori verso questo prodotto. Il 72% della raccolta è stata effettuata mediante prodotti finanziari, il restante 28% tramite prodotti assicurativi. L'importo medio versato nei PIR assicurativi è risultato pari a quasi 17mila euro, in aumento rispetto all'importo medio versato nel corso del 2017 (14mila euro).

Rispetto alla raccolta complessiva, nel 2018 la quota di PIR assicurativi sul totale della raccolta vita cresce leggermente rispetto al 2017, raggiungendo il 3,4%, pur rimanendo significativamente inferiore all'incidenza dei PIR finanziari (20,9%) rispetto alla raccolta complessiva del settore finanziario (figura 6).

Figura 6
Quota di raccolta PIR rispetto alla raccolta complessiva nel settore assicurativo e in quello finanziario



Con riferimento ai soli PIR assicurativi, nel I trimestre del 2018 il principale canale distributivo è risultato quello degli sportelli bancari e postali, con una raccolta di nuovi premi pari a 688 milioni, il 90,3% del totale della raccolta di tali prodotti. Dalle reti assicurative (reti agenziali e altri canali) sono stati raccolti nuovi premi per 32 milioni (il 4,3% del totale), mentre tramite il canale consulenti finanziari sono stati raccolti nuovi premi per circa 41 milioni (il 5,4% del totale).

Infine, concentrandosi sulla tipologia di PIR assicurativi venduti nei primi tre mesi del 2018, circa l'84% dei premi è stato raccolto da PIR di tipo unit-linked mentre il restante 16% da PIR ibridi o multiramo.

PIANI INDIVIDUALI DI RISPARMIO (PIR): LINEE GUIDA DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

La disciplina dei piani di risparmio a lungo temine (PIR) – entrata in vigore il 1° gennaio 2017 – opera, come noto, sotto forma di detassazione dei rendimenti (redditi di capitale e redditi diversi di natura finanziaria, esclusi quelli relativi a partecipazioni qualificate) scaturenti dagli investimenti operati da persone fisiche (residenti nel territorio dello Stato e non esercenti un'impresa commerciale) in predeterminate tipologie di attività finanziarie individuate dalla legge quali eleggibili al fine dell'agevolazione; i contratti assicurativi sulla vita o di capitalizzazione rientrano tra i prodotti mediante i quali è possibile confezionare un PIR.

Il 4 ottobre 2017 sono state pubblicate sul sito istituzionale del Dipartimento delle Finanze del MEF le cosiddette "linee guida" per l'applicazione della normativa sui piani di risparmio a lungo termine.

Il documento, da tempo annunciato dalle Autorità fiscali e più volte sollecitato dall'Associazione, ha rappresentato il primo intervento ufficiale in materia.

Nelle linee guida il Dipartimento delle Finanze ha quasi integralmente recepito le soluzioni interpretative che ANIA ha in più occasioni rappresentato ai vari interlocutori istituzionali e diramato con proprie circolari alle imprese associate.

I principali chiarimenti contenuti nelle linee guida sono riassumibili nei seguenti:

- il limite di concentrazione degli investimenti in attività finanziarie emesse da un medesimo soggetto (pari al 10% dell'investimento totale del PIR) trova applicazione nei confronti dell'intero investimento, ivi compresa, pertanto, la quota libera del patrimonio del PIR (che non può essere superiore al 30% del totale). Come richiesto dall'Associazione, è stata, peraltro, prevista una deroga per i PIR attuati mediante polizze nelle quali la parte libera sia costituita da gestioni separate di ramo I, essendo queste ultime caratterizzate dalla garanzia di rendimento minimo o di restituzione del capitale versato e, quindi, dall'assenza di rischio per gli investitori;

- nel caso di PIR assicurativi e, più in generale, di investimenti che operano in regime di capitalizzazione dei rendimenti, i proventi *medio tempore* accumulati non incidono sul computo dei plafond di versamento massimo annuale di 30.000 euro e complessivo di 150.000 euro nel PIR: i rendimenti che si consolidano nel corso della durata contrattuale della polizza sono, pertanto, ininfluenti all'atto della verifica del rispetto dei predetti limiti all'entità dell'investimento;
- per i PIR confezionati sotto forma di contratti assicurativi i vincoli all'investimento (*i.e.* l'obbligo di sottoscrivere per almeno il 70% del patrimonio complessivo titoli, negoziati o meno, di imprese residenti e per almeno il 21% titoli di imprese residenti diverse da quelle quotate presso il FTSE MIB o altro indice equivalente), devono essere verificati con riferimento agli investimenti sottostanti il contratto assicurativo, avendo riguardo agli attivi. Relativamente alle polizze PIR la situazione dei fondi interni assicurativi è stata equiparata a quella degli OICR PIR compliant, espressamente contemplati nel comma 104 della Legge di bilancio 2017. Il Dipartimento delle Finanze, a conferma di quanto sostenuto dall'Associazione, ha chiarito che se la polizza investe almeno il 70% dei premi versati in quote di OICR PIR compliant o di fondi interni PIR compliant, costituisce essa stessa un PIR;
- con riferimento ai PIR assicurativi il Dipartimento delle Finanze del MEF, accogliendo la soluzione interpretativa sostenuta dall'Associazione, ha precisato che il *minimum holding period* deve intendersi riferito alla polizza (costituente il contenitore nel quale affluiscono gli investimenti nelle attività finanziarie qualificate) e, più precisamente, ai singoli premi, costituenti le somme attraverso le quali viene alimentato il PIR e non ai singoli strumenti finanziari nei quali la compagnia investe i medesimi premi. Qualora il predetto *minimum holding period* non venga rispettato, si procederà all'assoggettamento a imposizione dei rendimenti riferibili ai premi rispetto ai quali non si sia verificato il decorso del quinquennio, applicando la tassazione in misura ordinaria, unitamente agli interessi, ma senza applicazione di sanzioni;
- il venire meno del requisito della residenza in Italia della persona fisica titolare del PIR determina *ex se* l'estinzione del piano, ma non comporta necessariamente la *recapture* dei benefici fiscali *medio tempore* ottenuti (o maturati, come nel caso delle polizze con accumulo dei rendimenti). Se, infatti, successivamente al trasferimento all'estero del titolare del PIR, la detenzione della polizza prosegue comunque fino a far decorrere il quinquennio rispetto a ciascun premio, il rendimento maturato sino alla data di efficacia della perdita di residenza in Italia è acquisito in esenzione d'imposta;
- il decesso della persona fisica titolare del PIR (il sottoscrittore della polizza nel caso di PIR assicurativi) non dà, in ogni caso, luogo al recupero a tassazione dei rendimenti (percepiti o maturati), a prescindere dal fatto che tale evento intervenga prima o dopo il decorso del quinquennio.

Anticipiamo che l'Agenzia delle entrate con la circolare n. 3/E del 26 febbraio 2018 ha fornito ulteriori chiarimenti circa l'esatta applicazione della disciplina dei PIR, sostanzialmente confermando le interpretazioni proposte da ANIA e recepite nelle linee guida del MEF.

Con particolare riferimento alla possibilità di aprire un PIR da parte di un minore di età, segnaliamo che l'Agenzia, con la suddetta circolare, ha completato l'interpretazione abbozzata nelle linee guida ministeriali, precisando che un soggetto minorenne può essere titolare di un PIR soltanto se sui redditi dello stesso non operi il regime dell'usufrutto legale da parte di entrambi (o di uno dei) genitori o se, pur versandosi in tale circostanza, nessuno dei genitori usufruttuari risulti titolare di un PIR a sé intestato.

5

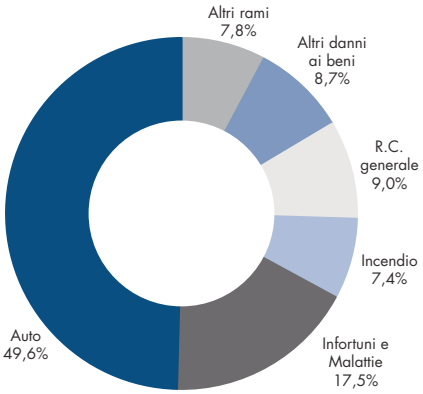
LE ASSICURAZIONI DANNI

Nel 2017 la raccolta premi dei rami danni è stata pari a 32,3 miliardi, in crescita dell'1,2% rispetto al 2016, interrompendo così un trend negativo che era iniziato nel 2012. L'incidenza dei rami danni sul totale dei premi è aumentata dal 23,8% al 24,7%, anche per effetto della diminuzione registrata dai premi vita. Il combined ratio di esercizio è risultato in lieve peggioramento (91,2% contro 90,3% del 2016): a un lieve aumento dell'expense ratio si è aggiunto infatti un peggioramento del loss ratio d'esercizio. Il risultato del conto tecnico complessivo è risultato pari a 3,0 miliardi, in lieve aumento rispetto al 2016.

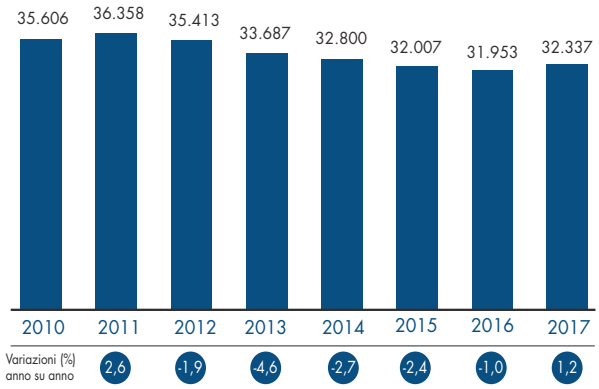
IL PORTAFOGLIO ITALIANO

I premi diretti del portafoglio italiano, raccolti dalle 69 imprese italiane e dalle 3 rappresentanze di imprese extra-europee operanti in Italia nei rami danni, sono stati pari a 32.337 milioni, con un aumento, calcolato a perimetro di imprese omogeneo rispetto all'anno precedente, pari all'1,2%. Tale aumento è ascrivibile a una lieve diminuzione dei premi nel settore Auto (-0,8%) più che compensata da uno sviluppo degli altri rami Danni, che hanno registrato una crescita dei premi superiore al 3%. L'incidenza percentuale sul totale dei premi (danni e vita) è stata del 24,7%, in aumento rispetto al 23,8% nel 2016.

Distribuzione % dei principali rami danni – 2017



Premi diretti e variazione % annua
Valori in milioni



Variazioni a perimetro di imprese omogeneo

I **premi di competenza**, ottenuti sottraendo ai premi contabilizzati la variazione della riserva premi e altre voci di saldo, sono stati pari a 31.833 milioni, in linea con il 2016.

Il **costo dei sinistri di competenza**, definito come somma degli importi pagati e riservati per i sinistri accaduti nell'esercizio di bilancio, è stato pari a 22.289 milioni, in aumento del 2,0% rispetto al 2016. Dal momento che i premi di competenza rimangono sostanzialmente invariati, il relativo rapporto (sinistri a premi) risulta in peggioramento rispetto al 2016 (da 68,6% a 70,0%).

LE ASSICURAZIONI DANNI

Conto tecnico rami danni
Valori in milioni

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Premi contabilizzati	35.606	36.358	35.413	33.687	32.800	32.007	31.954	32.337
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	524	522	-473	-754	-388	-176	104	505
Oneri relativi ai sinistri (-):	26.601	26.462	25.793	22.400	21.201	20.080	20.008	20.241
– sinistri di competenza (-)	26.255	25.328	24.813	22.891	22.301	21.691	21.842	22.289
– sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	-345	-1.134	-981	491	1.100	1.611	1.833	2.048
Saldo delle altre partite tecniche	-687	-591	-663	-605	-527	-599	-612	-610
Spese di gestione (-)	8.696	8.761	8.504	8.433	8.599	8.647	8.767	8.918
– provvigioni	5.724	5.776	5.509	5.361	5.350	5.378	5.565	5.710
– altre spese di acquisizione	1.374	1.356	1.422	1.478	1.629	1.617	1.489	1.476
– altre spese di amministrazione	1.598	1.629	1.573	1.594	1.621	1.652	1.713	1.732
Saldo tecnico del lavoro diretto	**-902**	**22**	**926**	**3.004**	**2.860**	**2.856**	**2.462**	**2.064**
Utile investimenti	1.038	604	1.607	1.202	1.278	1.220	1.044	1.158
Risultato del conto tecnico diretto	**137**	**626**	**2.533**	**4.205**	**4.138**	**4.077**	**3.507**	**3.222**
Saldo della riassicurazione	-577	-554	537	-772	-600	-495	-587	-252
Risultato del conto tecnico complessivo	**-441**	**72**	**3.070**	**3.434**	**3.538**	**3.581**	**2.920**	**2.970**
Variazione % annua dei premi	2,1%	2,6%	-1,9%	-4,6%	-2,7%	-2,4%	-1,0%	1,2%
Combined ratio	**100,2%**	**97,9%**	**95,9%**	**90,1%**	**90,1%**	**89,4%**	**90,3%**	**91,2%**
– Expense ratio	24,4%	24,1%	24,0%	25,0%	26,2%	27,0%	27,4%	27,6%
– Provvigioni/Premi contabilizzati	16,1%	15,9%	15,6%	15,9%	16,3%	16,8%	17,4%	17,7%
– Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	3,9%	3,7%	4,0%	4,4%	5,0%	5,1%	4,7%	4,6%
– Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,5%	4,5%	4,4%	4,7%	4,9%	5,2%	5,4%	5,4%
– Loss ratio:	75,8%	73,8%	71,9%	65,0%	63,9%	62,4%	62,8%	63,6%
– Loss ratio di competenza	74,8%	70,7%	69,1%	66,5%	67,2%	67,4%	68,6%	70,0%
– Suff./Insuff. sinistri es. preced./Premi competenza	-1,0%	-3,2%	-2,7%	1,4%	3,3%	5,0%	5,8%	6,4%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**-2,6%**	**0,1%**	**2,6%**	**8,7%**	**8,6%**	**8,9%**	**7,7%**	**6,5%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**0,4%**	**1,7%**	**7,1%**	**12,2%**	**12,5%**	**12,7%**	**11,0%**	**10,1%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	**-1,3%**	**0,2%**	**8,6%**	**10,0%**	**10,7%**	**11,1%**	**9,2%**	**9,3%**
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni e vita	*28,3%*	*33,0%*	*33,7%*	*28,4%*	*22,9%*	*21,8%*	*23,8%*	*24,7%*

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base di dati espressi in migliaia
Variazioni % calcolate a perimetro di imprese omogeneo

Gli **oneri per sinistri**, che includono rispetto al costo dei sinistri di competenza l'eventuale sufficienza/insufficienza degli importi riservati dei sinistri accaduti in anni precedenti, sono stati pari a 20.241 milioni, valore superiore a quello del 2016 (+1,2%). A questo risultato ha contribuito un rilascio molto consistente delle riserve accantonate per i sinistri accaduti negli esercizi precedenti. Nonostante il maggior importo di riserva sinistri rilasciato nel 2017, il rapporto tra gli oneri per sinistri e i premi di competenza risulta in lieve peggioramento rispetto al 2016: da 62,8% a 63,6%.

Le **spese di gestione**, che comprendono oltre agli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi e per l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva, anche le spese di amministrazione attinenti alla gestione tecnica, sono state pari a 8.918 milioni, con un aumento dell'1,7% e un'incidenza sui premi diretti del 27,6%, (27,4% nel 2016). Sono aumentate in rapporto ai premi le spese per provvigioni di acquisizione (da 17,4% a 17,7%) mentre sono rimaste stabili le altre spese di amministrazione (5,4%); è invece lievemente diminuito il peso delle altre spese di acquisizione sui premi (4,7% nel 2016 e 4,6% nel 2017).

Il **saldo tecnico del lavoro diretto** è risultato positivo per 2.064 milioni, in calo rispetto ai 2.462 milioni nel 2016.

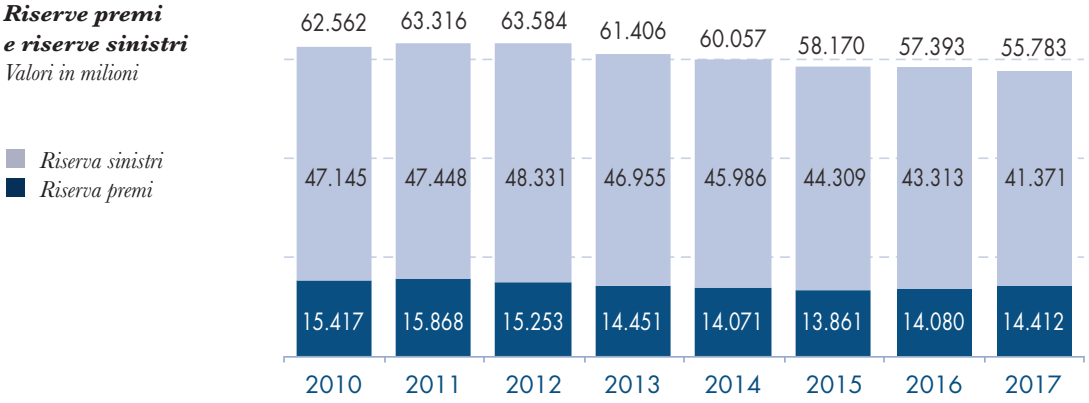
Considerati gli utili degli investimenti, pari a 1.158 milioni (1.044 nel 2016), il **risultato del conto tecnico** è stato positivo per 3.222 milioni (3.507 nel 2016). L'incidenza sui premi di competenza è stata pari al 10,1% (11,0% nel 2016).

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto, è risultato negativo e pari a -252 milioni (era -587 milioni nel 2016).

Ciò ha contribuito a un **risultato complessivo del conto tecnico** positivo per 2.970 milioni (2.920 nel 2016). L'incidenza sui premi è stata pari al 9,3% (9,2% nel 2016).

Le **riserve tecniche dirette**, al netto delle somme da recuperare da assicurati e da terzi, sono state pari a 55.783 milioni alla fine del 2017; di queste, 14.412 milioni sono relativi alla riserva premi mentre 41.371 milioni sono relativi alla riserva sinistri.

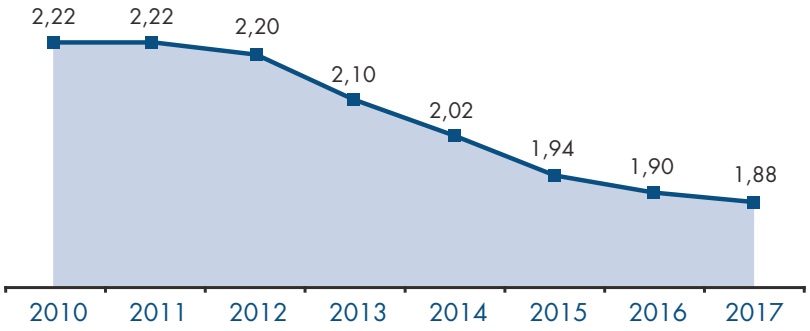
Riserve premi e riserve sinistri
Valori in milioni



ASSICURAZIONE DANNI E PIL

L'incidenza dei premi del portafoglio diretto sul Prodotto Interno Lordo è rimasta sostanzialmente stabile alla fine del 2017.

Incidenza % dei premi danni sul PIL



6

L’ASSICURAZIONE AUTO

Nel 2017 per il ramo r.c. auto si è registrata una diminuzione del volume premi pari al 2,2%. L'onere per sinistri è diminuito del 3,5% e ciò ha determinato un lieve miglioramento del combined ratio, che passa dal 97,6% del 2016 al 97,1% del 2017. L'apporto positivo della componente finanziaria legata agli utili da investimenti, in lieve aumento rispetto al 2016 e uno smobilizzo particolarmente positivo delle riserve accantonate per i sinistri accaduti in anni precedenti hanno contribuito a un risultato tecnico positivo e in linea con l'anno precedente. Si conferma positivo anche il risultato tecnico del ramo corpi veicoli terrestri pari a 187 milioni.

LA GESTIONE DELL'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE

I dati di seguito riportati sono comprensivi anche di quelli relativi all'assicurazione r.c. obbligatoria dei veicoli marittimi.

I **premi contabilizzati del portafoglio diretto italiano**, raccolti dalle 43 imprese operanti nel ramo, sono stati nel 2017 pari a 13.234 milioni, in diminuzione del 2,2% rispetto al 2016. Questo calo fa seguito a quelli già molto significativi registrati nel quinquennio precedente: -5,6% nel 2016, -6,5% nel 2015, -6,5% nel 2014, -7,0% nel 2013, e -1,2% nel 2012; in sei anni, pertanto, il volume premi si è ridotto di oltre il 25%. I premi del ramo r.c. auto costituiscono ora il 40,9% dei premi complessivi delle assicurazioni danni (42,3% nel 2016 e 49,6% nel 2012). Si evidenzia, inoltre, che un'ulteriore quota importante di premi (il 4,5% del totale, per un ammontare di quasi 620 milioni) è stata raccolta da imprese UE che operano in Italia secondo il principio della libertà di stabilimento. Per queste imprese il calo dei premi contabilizzati nel 2017 è stato pari a -2,1%, in linea con quello registrato dalle imprese con sede legale in Italia. Nel complesso le compagnie italiane e le rappresentanze di imprese UE ed extra UE hanno contabilizzato premi per 13.852 milioni in diminuzione del 2,2% rispetto all'anno precedente. Per le imprese UE non si dispone però di informazioni sui risultati dei conti tecnici in quanto la vigilanza spetta al paese presso il quale risiede la sede legale (secondo il principio europeo dell'*Home Country Control*).

I **premi di competenza**, ottenuti sottraendo ai premi contabilizzati la variazione della riserva premi e altre voci di saldo, sono stati pari a 13.250 milioni, in diminuzione – a perimetro di imprese omogeneo – del 3,2% rispetto al 2016.

Il **costo dei sinistri di competenza**, definito come la somma degli importi pagati e riservati per i sinistri accaduti nel 2017 è stato pari a 10.760 milioni, in diminuzione del 2,4% rispetto a quanto rilevato nel 2016: ciò è coerente con una lieve riduzione (-0,2%) del numero totale di sinistri (comprensivo della stima del numero dei sinistri tardivi o IBNR) e con una diminuzione (-2,6%) del relativo costo medio.

Dal momento che il costo dei sinistri risulta in diminuzione del 2,4% e i premi di competenza del 3,2% nel 2017, il rapporto del costo sinistri a premi dell'anno di

accadimento 2017 peggiora di 0,7 punti percentuali, passando da 80,5% nel 2016 a 81,2% nel 2017.

Gli **oneri per sinistri**, che includono oltre al costo dei sinistri di competenza anche l'eventuale sufficienza/insufficienza degli importi riservati dei sinistri accaduti in anni precedenti, sono stati pari a 10.054 milioni (10.421 nel 2016). È proprio lo smobilizzo positivo delle riserve accantonate per i sinistri accaduti in anni precedenti (pari a 707 milioni) a determinare la differenza con il costo dei sinistri di competenza. L'incidenza della sufficienza delle riserve per sinistri accaduti negli anni precedenti ha inciso per il 5,3% sui premi di competenza. Per effetto del calo dei premi di competenza e della maggiore diminuzione nel 2017 degli oneri complessivi (-3,5%) si è registrato un lieve miglioramento del loss ratio di esercizio che è sceso dal 76,1% nel 2016 al 75,9% nel 2017.

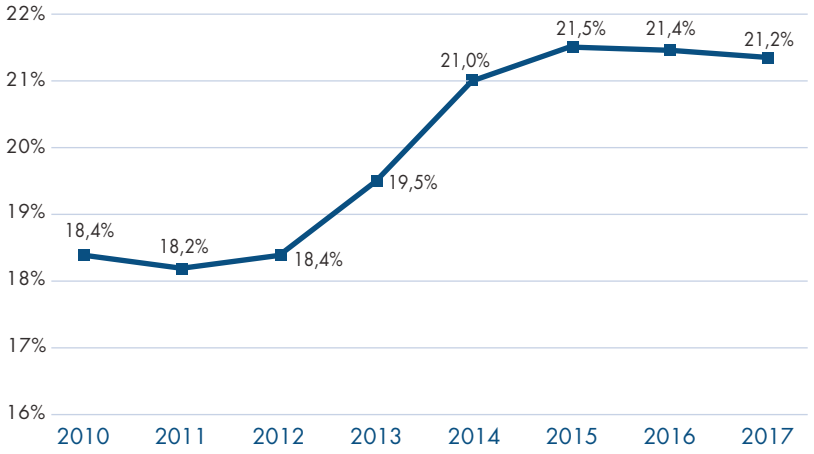
R.c. auto e r.c. marittimi
Valori in milioni

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Premi contabilizzati	16.913	17.794	17.576	16.263	15.211	14.218	13.526	13.234
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	306	299	-121	-572	-347	-232	-164	-17
Oneri relativi ai sinistri (-):	14.467	14.791	13.110	11.563	10.818	10.421	10.421	10.054
– sinistri di competenza (-)	13.865	13.444	12.108	11.539	11.176	11.032	11.022	10.760
– sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	-602	-1.347	-1.002	-24	358	611	601	707
Saldo delle altre partite tecniche	-244	-203	-272	-248	-143	-127	-172	-185
Spese di gestione (-)	3.116	3.236	3.233	3.167	3.187	3.060	2.900	2.805
– provvigioni	1.787	1.868	1.840	1.732	1.634	1.571	1.521	1.461
– altre spese di acquisizione	585	595	638	690	789	731	631	614
– altre spese di amministrazione	745	773	755	746	765	757	749	729
Saldo tecnico del lavoro diretto	**-1.221**	**-735**	**1.084**	**1.857**	**1.410**	**842**	**196**	**207**
Utile investimenti	496	272	799	613	654	600	500	531
Risultato del conto tecnico diretto	**-725**	**-463**	**1.883**	**2.469**	**2.064**	**1.442**	**696**	**738**
Saldo della riassicurazione	-19	-19	1	-47	-1	10	-16	-37
Risultato del conto tecnico complessivo	**-744**	**-482**	**1.883**	**2.423**	**2.063**	**1.452**	**680**	**702**
Variazione % annua dei premi	4,4%	5,2%	-1,2%	-7,0%	-6,5%	-6,5%	-5,6%	-2,2%
Combined ratio	**105,5%**	**102,7%**	**92,5%**	**88,2%**	**90,5%**	**93,6%**	**97,6%**	**97,1%**
– Expense ratio	18,4%	18,2%	18,4%	19,5%	21,0%	21,5%	21,4%	21,2%
– Provvigioni/Premi contabilizzati	10,6%	10,5%	10,5%	10,6%	10,7%	11,1%	11,2%	11,0%
– Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	3,5%	3,3%	3,6%	4,2%	5,2%	5,1%	4,7%	4,6%
– Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,4%	4,3%	4,3%	4,6%	5,0%	5,3%	5,5%	5,5%
– Loss ratio:	87,1%	84,5%	74,1%	68,7%	69,5%	72,1%	76,1%	75,9%
– Loss ratio di competenza	83,5%	76,8%	68,4%	68,5%	71,8%	76,3%	80,5%	81,2%
– Suff./Insuff. sinistri es. preced./Premi competenza	-3,6%	-7,7%	-5,7%	-0,1%	2,3%	4,2%	4,4%	5,3%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**-7,4%**	**-4,2%**	**6,1%**	**11,0%**	**9,1%**	**5,8%**	**1,4%**	**1,6%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**-4,4%**	**-2,6%**	**10,6%**	**14,7%**	**13,3%**	**10,0%**	**5,1%**	**5,6%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	**-4,5%**	**-2,8%**	**10,6%**	**14,4%**	**13,3%**	**10,1%**	**5,0%**	**5,3%**
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni	*47,5%*	*48,9%*	*49,6%*	*48,3%*	*46,4%*	*44,4%*	*42,3%*	*40,9%*
Premi delle rappresentanze di imprese UE	**917**	**960**	**954**	**956**	**805**	**762**	**631**	**618**
Variazione % annua dei premi	-5,8%	-1,5%	4,8%	-0,6%	-11,8%	-15,8%	-3,6%	-2,1%
Premi totali delle imprese italiane e delle rappresentanze di imprese UE ed EXTRA UE	**17.830**	**18.754**	**18.530**	**17.219**	**16.016**	**14.980**	**14.157**	**13.852**
Variazione % annua dei premi	-3,4%	4,2%	5,2%	-1,2%	-7,3%	-7,0%	-5,5%	-2,2%

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base dei valori espressi in migliaia
Variazioni % calcolate a perimetro di imprese omogeneo

Le **spese di gestione** sono state pari a 2.805 milioni (2.900 nel 2016) e comprendono le spese di amministrazione attinenti alla gestione tecnica e gli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi e per l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva; dal momento che le spese sono diminuite in valore percentuale più dei premi, la loro incidenza su questi ultimi è risultata in lieve diminuzione rispetto al 2016 (da 21,4% a 21,2%). In particolare è rimasta stabile l'incidenza delle altre spese di amministrazione (5,5%), mentre l'incidenza delle provvigioni e delle altre spese di acquisizione è diminuita passando rispettivamente da 11,2% nel 2016 a 11,0% nel 2017 e da 4,7% a 4,6%.

Spese di gestione
Incidenza % sui premi



Sommando il valore del loss ratio (dell'anno corrente 2017 o dell'intero bilancio/esercizio) al valore dell'expense ratio, si ottiene il **combined ratio** (dell'esercizio corrente o dell'intero bilancio che include anche l'eventuale sufficienza/insufficienza delle riserve accantonate per sinistri accaduti negli esercizi precedenti). Nel grafico si riporta l'evoluzione di tale indicatore dal 2010 al 2017. Dall'analisi di tali valori si nota che:

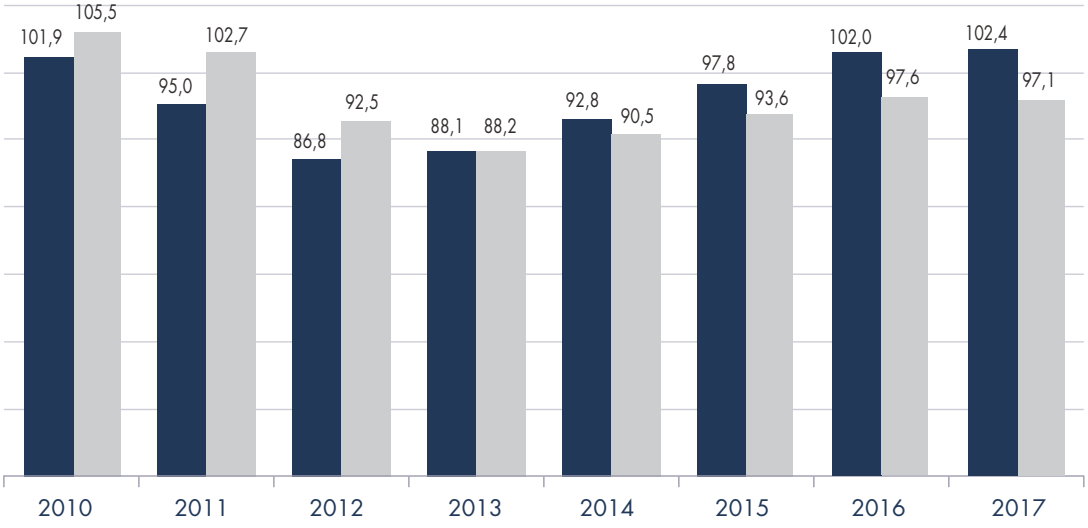
1) il combined ratio della generazione di accadimento 2017 è stato pari a 102,4%, in lieve peggioramento di 0,4 punti percentuali rispetto alla generazione 2016 (102,0%). Rispetto invece al 2012, che rappresenta l'anno con l'indicatore migliore (86,8%), il deterioramento di redditività è di quasi 16 punti percentuali;
2) per tutti gli anni 2010-2013, il combined ratio di bilancio (esercizio corrente + esercizi precedenti) è stato più elevato (o in linea) con quello dell'accadimento corrente a evidenza del fatto che in quegli anni si è spesso riscontrata un'insufficienza (in alcuni anni anche significativa) delle riserve sinistri degli anni precedenti. Solo nel 2014, e poi in modo più evidente negli anni successivi, lo smontamento positivo di queste riserve sinistri è stato in grado di portare il valore del combined ratio di bilancio a un livello inferiore a quello dell'accadimento corrente.

La variazione di tutte le componenti sopra citate ha determinato una compensazione tra uscite ed entrate di bilancio generando un **saldo tecnico** positivo e pari a 207 milioni in linea con il 2016 (196 milioni).

Considerati gli utili degli investimenti (pari a 531 milioni, in lieve aumento rispetto ai 500 milioni del 2016), il **risultato del conto tecnico** è stato pari a 738 milioni (era pari a 696 milioni nel 2016).

Combined ratio (%)

Combined ratio es. corrente
Combined ratio (es. corrente e precedente)

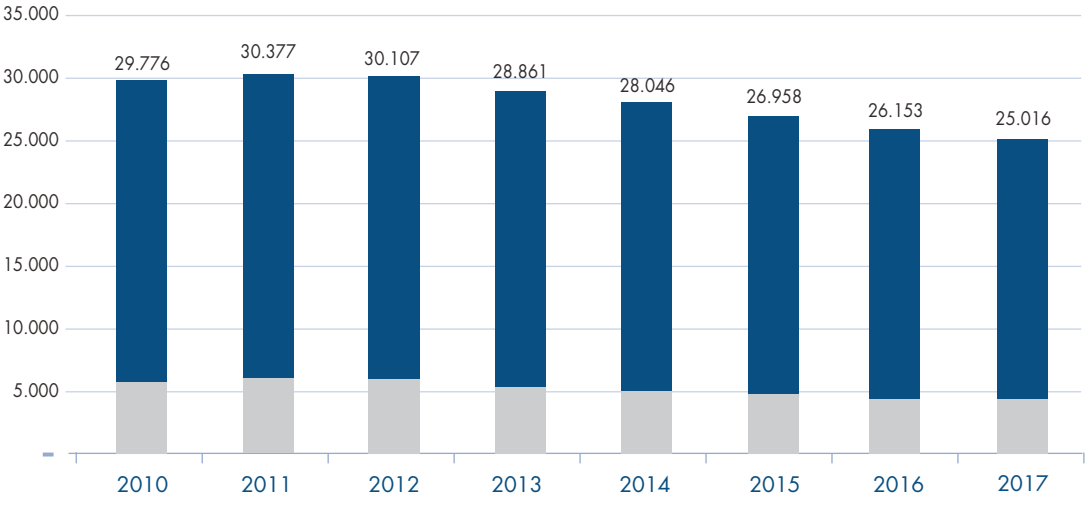


Tenuto conto del saldo della riassicurazione negativo per 37 milioni nel 2017, il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 702 milioni in lieve aumento rispetto al 2016 quando era pari a 680.

Le **riserve tecniche dirette** dei rami r.c. auto e natanti, al netto delle somme da recuperare da assicurati e da terzi, sono state pari nel 2017 a 25.016 milioni, in diminuzione di oltre il 4% rispetto al 2016. Di tali riserve, circa 4.500 milioni sono relativi alla riserva premi mentre circa 20.500 milioni sono relativi alla riserva sinistri complessiva di esercizio corrente e degli esercizi precedenti.

Riserve tecniche rami r.c. auto e natanti
Valori in milioni

Riserva premi
Riserva sinistri



LA GESTIONE DELLE ASSICURAZIONI DEI DANNI AI VEICOLI

Il ramo, definito dalla legge come "corpi di veicoli terrestri", comprende le assicurazioni contro ogni danno subìto da veicoli che circolano sul territorio. Si tratta essenzialmente delle garanzie incendio, furto, collisione (parziale e totale).

I **premi del portafoglio diretto italiano**, raccolti nel 2017 dalle 47 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 2.800 milioni con un'incidenza dell'8,7% sul totale dei premi delle assicurazioni danni e hanno registrato una crescita del 6,3% rispetto al 2016, confermando il trend all'aumento già mostrato nel 2016 (+6,5%) e nel 2015 (+2,9%) dopo che nei sette anni precedenti (2008-2014) i premi contabilizzati di questo ramo si erano ridotti di quasi il 30%. La commercializzazione di queste coperture assicurative è, infatti, fortemente correlata con la vendita di nuove vetture che era crollata, secondo i dati ACI, di oltre il 40% nel periodo 2009-2013 ma che è cresciuta del 5,5% nel 2014, del 15% nel 2015, del 18% nel 2016 e del 7% nel 2017.

I **premi di competenza**, ottenuti sottraendo ai premi contabilizzati la variazione della riserva premi e altre voci di saldo, sono stati pari a 2.682 milioni, in aumento di oltre il 5% rispetto al 2016.

Corpi veicoli terrestri
Valori in milioni

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Premi contabilizzati	2.950	2.891	2.648	2.413	2.387	2.455	2.634	2.800
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	-17	-14	-72	-76	-13	54	87	118
Oneri relativi ai sinistri (-):	1.857	1.812	1.630	1.654	1.459	1.396	1.463	1.625
- sinistri di competenza (-)	1.891	1.884	1.701	1.695	1.512	1.463	1.515	1.670
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	34	72	71	41	53	67	53	46
Saldo delle altre partite tecniche	-34	-31	-28	-21	-10	-11	-14	-11
Spese di gestione (-)	781	763	703	660	692	733	804	861
- provvigioni	530	521	477	447	460	492	547	596
- altre spese di acquisizione	119	119	109	102	117	119	122	124
- altre spese di amministrazione	131	123	117	111	115	121	134	141
Saldo tecnico del lavoro diretto	**296**	**299**	**360**	**154**	**238**	**261**	**268**	**185**
Utile investimenti	31	18	48	35	38	36	32	39
Risultato del conto tecnico diretto	**327**	**317**	**408**	**189**	**276**	**298**	**300**	**224**
Saldo della riassicurazione	-20	-22	-18	1	-27	-36	-64	-36
Risultato del conto tecnico complessivo	**307**	**295**	**390**	**191**	**249**	**262**	**237**	**187**
Variazione % annua dei premi	-1,3%	-2,0%	-8,4%	-8,6%	-1,1%	2,9%	6,5%	6,3%
Combined ratio	**89,0%**	**88,8%**	**86,4%**	**93,8%**	**89,8%**	**88,0%**	**87,9%**	**91,3%**
– Expense ratio	26,5%	26,4%	26,5%	27,4%	29,0%	29,8%	30,5%	30,7%
– Provvigioni/Premi contabilizzati	18,0%	18,0%	18,0%	18,5%	19,3%	20,0%	20,8%	21,3%
– Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	4,0%	4,1%	4,1%	4,2%	4,9%	4,9%	4,6%	4,4%
– Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,4%	4,3%	4,4%	4,6%	4,8%	4,9%	5,1%	5,0%
– Loss ratio:	62,6%	62,4%	59,9%	66,4%	60,8%	58,2%	57,4%	60,6%
– Loss ratio di competenza	63,7%	64,9%	62,5%	68,1%	63,0%	60,9%	59,5%	62,3%
– Suff./Insuff sinistri es. preced/Premi competenza	1,2%	2,5%	2,6%	1,7%	2,2%	2,8%	2,1%	1,7%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**10,0%**	**10,3%**	**13,2%**	**6,2%**	**9,9%**	**10,9%**	**10,5%**	**6,9%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**11,0%**	**10,9%**	**15,0%**	**7,6%**	**11,5%**	**12,4%**	**11,8%**	**8,3%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	**10,4%**	**10,1%**	**14,3%**	**7,7%**	**10,4%**	**10,9%**	**9,3%**	**7,0%**
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni	*8,3%*	*8,0%*	*7,5%*	*7,2%*	*7,3%*	*7,7%*	*8,2%*	*8,7%*

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base dei valori espressi in migliaia
Variazioni % calcolate a perimetro di imprese omogeneo

Il **costo dei sinistri di competenza**, definito come somma degli importi pagati e riservati per i sinistri accaduti nell'esercizio di bilancio, è stato pari a 1.670 milioni, in aumento del 10,2% rispetto al 2016. Essendo questo costo aumentato più del volume dei premi di competenza, il loss ratio di competenza del 2017 è risultato in peggioramento rispetto all'anno precedente (62,3% rispetto a 59,5%).

Gli **oneri per sinistri**, che includono rispetto al costo dei sinistri di competenza anche l'eventuale sufficienza/insufficienza degli importi riservati dei sinistri accaduti in anni precedenti, sono stati pari a 1.625 milioni (in aumento dell'11,1% rispetto ai 1.463 milioni nel 2016). Il rapporto tra tali oneri per sinistri e i premi di competenza è stato pari al 60,6%, in peggioramento rispetto al 57,4% del 2016.

Le **spese di gestione** sono state pari a 861 milioni (804 nel 2016) e comprendono le spese di amministrazione attinenti alla gestione tecnica e gli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi e per l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva. L'incidenza sui premi è stata del 30,7% (30,5% nel 2016). Nonostante l'aumento dei premi, l'expense ratio registrato nel 2017 assume il valore più elevato dal 1998 per effetto soprattutto delle spese provvigionali che arrivano al 21,3%.

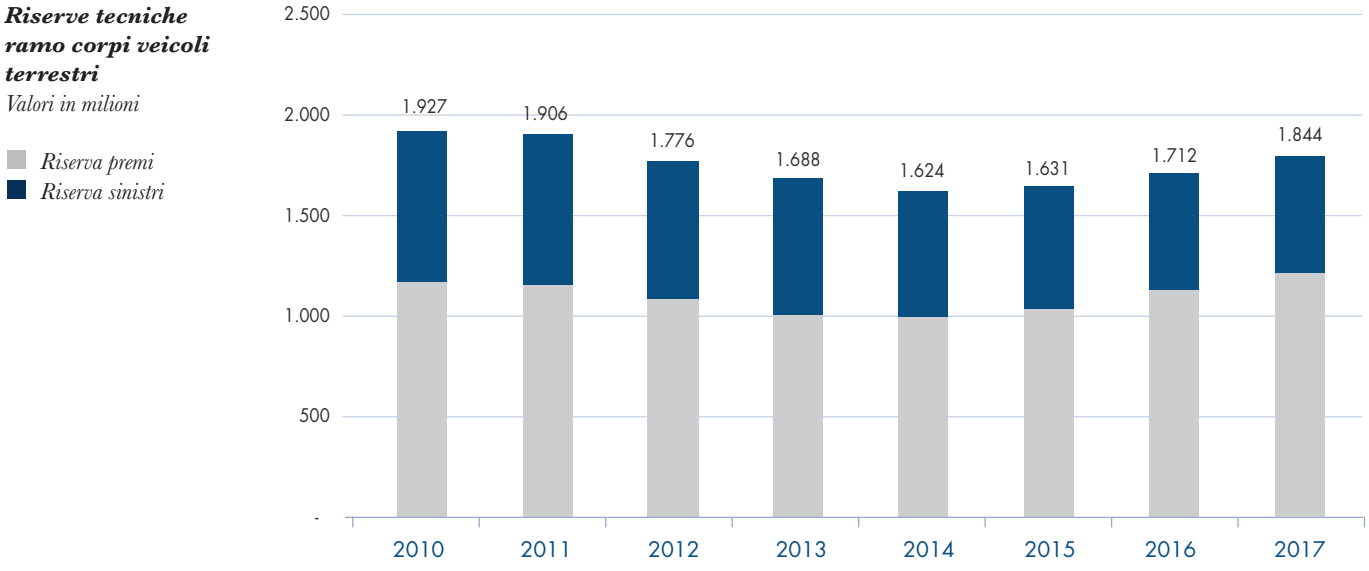
Il **saldo tecnico** del portafoglio diretto è stato positivo per 185 milioni (268 nel 2016).

Considerati gli utili degli investimenti, il **risultato del conto tecnico** è stato positivo per 224 milioni (300 nel 2016).

Tenuto conto del saldo della riassicurazione, il **risultato complessivo del conto tecnico** è anch'esso positivo per 187 milioni (237 nel 2016), con un'incidenza sui premi del 7,0% (9,3% nel 2016).

Le **riserve tecniche dirette** del ramo corpi veicoli terrestri, al netto delle somme da recuperare da assicurati e da terzi, sono state pari nel 2017 a 1.844 milioni, in linea con gli ultimi due anni. Di tali riserve, circa 600 milioni sono relativi alla riserva sinistri mentre oltre 1.200 milioni sono relativi alla riserva premi.

Riserve tecniche ramo corpi veicoli terrestri
Valori in milioni



I FURTI DI AUTOVETTURE IN ITALIA

Il Ministero dell'Interno ha diffuso i dati riguardanti i furti di autovetture registrati in Italia nel 2017 (anche se non ancora consolidati) ed è stato effettuato un confronto con quelli degli anni 2016 e 2015 (tavola 1).

Tavola 1 – Analisi dei furti di autovetture

Regione	Furti di autovetture (**)			Variazione % furti d'auto			Distr. % Autov. Circol.*	Incidenza furti d'auto su 1.000 autovett. circ.		
	anno 2017	anno 2016	anno 2015	2017 su 2016	2016 su 2015	2015 su 2014	2017	2017	2016	2015
PIEMONTE	4.870	5.627	5.209	-13,5%	8,0%	-7,6%	7,6%	1,66	1,95	1,83
VALLE D'AOSTA	31	37	30	-16,2%	23,3%	15,4%	0,4%	0,19	0,25	0,21
LOMBARDIA	10.426	11.181	11.785	-6,8%	-5,1%	-9,9%	15,8%	1,71	1,86	1,99
LIGURIA	528	584	656	-9,6%	-11,0%	-13,6%	2,2%	0,63	0,70	0,79
FRIULI-VENEZIA GIULIA	294	342	308	-14,0%	11,0%	-18,3%	2,1%	0,37	0,44	0,40
TRENTINO-ALTO ADIGE	140	167	168	-16,2%	-0,6%	33,3%	2,7%	0,13	0,17	0,19
VENETO	1.186	1.608	1.542	-26,2%	4,3%	-18,7%	8,1%	0,38	0,53	0,51
EMILIA-ROMAGNA	2.113	2.332	2.630	-9,4%	-11,3%	-7,1%	7,4%	0,74	0,83	0,95
ITALIA SETTENTRIONALE	*19.588*	*21.878*	*22.328*	*-10,5%*	*-2,0%*	*-9,7%*	*46,3%*	*1,10*	*1,25*	*1,30*
TOSCANA	1.357	1.681	1.684	-19,3%	-0,2%	-3,3%	6,5%	0,54	0,69	0,70
UMBRIA	324	319	414	1,6%	-22,9%	-2,4%	1,6%	0,51	0,51	0,67
MARCHE	702	689	763	1,9%	-9,7%	1,7%	2,6%	0,69	0,69	0,77
LAZIO	15.941	15.339	16.198	3,9%	-5,3%	-6,3%	9,8%	4,24	4,11	4,38
ITALIA CENTRALE	*18.324*	*18.028*	*19.059*	*1,6%*	*-5,4%*	*-5,7%*	*20,5%*	*2,32*	*2,31*	*2,47*
ABRUZZO	1.507	1.339	1.649	12,5%	-18,8%	7,7%	2,3%	1,73	1,56	1,94
MOLISE	303	377	297	-19,6%	26,9%	1,0%	0,5%	1,44	1,82	1,45
CAMPANIA	17.969	20.975	21.745	-14,3%	-3,5%	4,8%	8,9%	5,23	6,19	6,50
CALABRIA	2.522	3.160	3.600	-20,2%	-12,2%	-9,1%	3,3%	2,00	2,55	2,94
PUGLIA	13.775	14.446	15.232	-4,6%	-5,2%	2,1%	6,0%	5,91	6,30	6,74
BASILICATA	301	372	386	-19,1%	-3,6%	19,9%	1,0%	0,81	1,02	1,07
ITALIA MERIDIONALE	*36.377*	*40.669*	*42.909*	*-10,6%*	*-5,2%*	*2,7%*	*22,0%*	*4,29*	*4,87*	*5,20*
SICILIA	11.174	11.930	12.849	-6,3%	-7,2%	-15,0%	8,5%	3,43	3,72	4,05
SARDEGNA	1.030	1.106	1.148	-6,9%	-3,7%	-19,7%	2,7%	0,99	1,08	1,13
ITALIA INSULARE	*12.204*	*13.036*	*13.997*	*-6,4%*	*-6,9%*	*-15,4%*	*11,2%*	*2,84*	*3,08*	*3,35*
TOTALE ITALIA	86.493	93.611	98.293	-7,6%	-4,8%	-4,8%	100,0%	2,25	2,47	2,63

Fonte: (*) Ministero Infrastrutture e Trasporti/ACI - Consistenza parco veicoli al 31 ottobre 2017
(**) Ministero dell'Interno - i dati del 2017 sono soggetti a variazioni

Continua a diminuire in Italia il numero dei furti di autoveicoli, passando da 93.611 del 2016 a 86.493 del 2017 (-7,6%). Ad eccezione del 2012, quando si era osservato un lieve incremento rispetto all'anno precedente (+1,5%), il numero dei furti è andato sempre riducendosi negli ultimi cinque anni: rispetto al 2012 il numero delle autovetture rubate si è ridotto di oltre un quarto (circa 30.000 auto in meno rubate). Non segue lo stesso trend invece il numero dei veicoli che vengono poi recuperati dalle Forze dell'ordine (tavola 2). Se nel 2015 veniva recuperato infatti il 43,2% dei veicoli rubati (pari a 42.481 veicoli), nel 2016 tale valore si era appena ridotto al 42,7% (circa 40.000 veicoli) e nel 2017 si assiste a un'ulteriore diminuzione (39,2% pari a poco meno di 34.000 veicoli).

Tavola 2
Autovetture recuperate dalle Forze dell'ordine

Regione	Veicoli recuperati dalle forze dell'ordine			Incidenza % dei veicoli recuperati sui furti		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015
PIEMONTE	2.289	2.873	2.887	47,0%	51,1%	55,4%
VALLE D'AOSTA	14	19	10	45,2%	51,4%	33,3%
LOMBARDIA	4.199	4.988	5.455	40,3%	44,6%	46,3%
LIGURIA	439	456	546	83,1%	78,1%	83,2%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	151	185	214	51,4%	54,1%	69,5%
TRENTINO-ALTO ADIGE	93	129	130	66,4%	77,2%	77,4%
VENETO	865	1.123	1.269	72,9%	69,8%	82,3%
EMILIA-ROMAGNA	1.717	1.944	2.298	81,3%	83,4%	87,4%
ITALIA SETTENTRIONALE	*9.767*	*11.717*	*12.809*	*49,9%*	*53,6%*	*57,4%*
TOSCANA	1.057	1.254	1.323	77,9%	74,6%	78,6%
UMBRIA	254	256	313	78,4%	80,3%	75,6%
MARCHE	379	400	479	54,0%	58,1%	62,8%
LAZIO	4.463	4.835	4.731	28,0%	31,5%	29,2%
ITALIA CENTRALE	*6.153*	*6.745*	*6.846*	*33,6%*	*37,4%*	*35,9%*
ABRUZZO	529	548	647	35,1%	40,9%	39,2%
MOLISE	55	68	74	18,2%	18,0%	24,9%
CAMPANIA	5.391	6.820	7.646	30,0%	32,5%	35,2%
CALABRIA	1.290	1.875	1.803	51,1%	59,3%	50,1%
PUGLIA	5.876	6.571	6.909	42,7%	45,5%	45,4%
BASILICATA	77	102	74	25,6%	27,4%	19,2%
ITALIA MERIDIONALE	*13.218*	*15.984*	*17.153*	*36,3%*	*39,3%*	*40,0%*
SICILIA	4.234	4.909	5.122	37,9%	41,1%	39,9%
SARDEGNA	548	612	551	53,2%	55,3%	48,0%
ITALIA INSULARE	*4.782*	*5.521*	*5.673*	*39,2%*	*42,4%*	*40,5%*
TOTALE ITALIA	33.920	39.967	42.481	39,2%	42,7%	43,2%

Fonte: Ministero dell'Interno – i dati del 2017 sono soggetti a variazioni

Con i dati dell'ACI riguardanti la distribuzione provinciale dei veicoli circolanti per l'anno 2017 è possibile, in via approssimativa, calcolare l'incidenza dei furti d'auto rispetto al numero di autovetture: nel 2017 ne sono state rubate 2,25 ogni 1.000 autovetture circolanti (erano 2,47 nel 2016 e 2,63 nel 2015).

Se nel 2015, in controtendenza rispetto al resto dell'Italia, il numero dei furti nell'Italia meridionale si era incrementato (+2,7%), nel 2016 e, soprattutto, nel 2017 l'analisi dei dati a livello territoriale evidenzia per il Sud invece una riduzione del fenomeno (rispettivamente -5,2% e -10,6%). Ad eccezione dell'Abruzzo, dove si osserva nel 2017 un aumento dei furti (+12,5%), tutte le altre regioni mostrano un calo; in particolare la Calabria ha registrato la diminuzione più marcata (-20,2%), seguita dal Molise (-19,6%), dalla Basilicata (-19,1%) e dalla Campania (-14,3%), mentre la Puglia ha mostrato una riduzione più contenuta (-4,6%). Tuttavia, anche nel 2017, le regioni con l'incidenza più elevata di furti in rapporto alle autovetture circolanti a livello nazionale si confermano essere la Puglia (5,91‰) e la Campania (5,23‰).

Nel 2017 è il Centro Italia la sola area del Paese che registra un aumento, seppure lieve, del numero dei furti (+1,6%). Ad eccezione della Toscana dove i furti nel 2017 si sono ridotti di oltre il 19%, in tutte le altre regioni si è osservato un incremento e

in particolare nel Lazio, dove il fenomeno è in aumento del 3,9%; nelle Marche e in Umbria si sono registrati incrementi più contenuti e inferiori al 2%. Nelle regioni dell'Italia centrale l'incidenza rispetto alle autovetture circolanti è inferiore all'1,00‰, se si esclude il Lazio dove tale rapporto è pari al 4,24‰ (in lieve aumento rispetto al 4,11‰ osservato nel 2016 ma inferiore al 4,38‰ nel 2015). Al Centro si concentra circa il 20,5% di tutte le autovetture circolanti.

In diminuzione invece del 10,5% il numero dei furti nel Nord. Più in dettaglio, è il Veneto la regione che ha presentato nel 2017 la riduzione più consistente (-26,2% rispetto al 2016), seguita da Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta (-16,2%), dal Friuli-Venezia Giulia (-14,0%) e dal Piemonte (-13,5%). Nelle restanti regioni si è osservata sempre una riduzione del fenomeno che non ha superato il 10%. Va notato che al Nord si concentra quasi la metà di tutte le autovetture (46,3% nel 2017) ed è l'area in cui l'incidenza dei furti sulle auto circolanti è la più bassa (in media 1,10‰, e appena lo 0,13‰ in Trentino-Alto Adige).

Nell'Italia insulare si è registrata una diminuzione dei furti del 6,4%. Entrambe le isole hanno mostrato nel 2017 una riduzione consistente (-6,3% in Sicilia e -6,9% in Sardegna), e migliora di conseguenza anche l'incidenza dei furti rispetto alle autovetture circolanti (0,99‰ in Sardegna e 3,43‰ in Sicilia).

I dati del Ministero dell'Interno riguardanti il numero dei furti di autovetture e gli indicatori regionali di frequenza che si ricavano non possono essere direttamente confrontabili con quelli provenienti dal settore assicurativo (e illustrati nel paragrafo successivo). Le incidenze appena commentate sono state ricavate rapportando il numero dei furti di autovetture denunciati alle Forze dell'ordine al numero degli stessi mezzi circolanti risultanti dalle statistiche dell'ACI. Le frequenze del settore assicurativo considerano, invece, i soli veicoli assicurati contro il furto, che rappresentano mediamente poco meno di un terzo di quelli circolanti. L'indicatore tecnico viene, quindi, calcolato rapportando il numero di furti denunciati alle compagnie di assicurazione al totale dei veicoli assicurati per tale evento dannoso.

Ciò nonostante, per quanto riguarda l'individuazione di zone geografiche più a rischio, confermano quelli delle compagnie assicurative: le regioni che presentano le incidenze di veicoli rubati più elevate sono anche quelle dove le frequenze sinistri di vetture assicurate raggiungono i valori maggiori.

LA DIFFUSIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE INCENDIO E FURTO DELLE AUTOVETTURE

L'Associazione ha attivato dal 2015 una rilevazione statistica (con cadenza annuale) che monitora gli andamenti tecnici e la diffusione delle varie garanzie offerte nel ramo Corpi Veicoli Terrestri (CVT) le quali si riferiscono principalmente a: furto e incendio del veicolo, danni da collisione (cosiddetta kasko parziale e/o totale), rottura dei cristalli, danni dovuti a eventi atmosferici, atti vandalici e geopolitici. In questa

sezione si fornisce un'anticipazione dei risultati per l'anno 2017 e un confronto omogeneo degli stessi, per gli anni 2015 e 2016, delle due garanzie che sono maggiormente diffuse all'interno del CVT, ossia il furto e l'incendio del veicolo. I risultati si riferiscono a un campione di imprese assicurative pari a oltre il 90% del ramo in oggetto (in termini di premi) e sono relativi alle sole autovetture a uso privato (con esclusione delle polizze flotta/libro matricola).

Si commentano di seguito i trend dei principali indicatori tecnici per le due garanzie.

Diffusione delle garanzie. Sulla base del campione di imprese analizzato, limitatamente alle sole autovetture, si stima che nel 2017 siano state commercializzate poco più di 8,8 milioni di polizze per le coperture delle due garanzie oggetto dello studio (valore in aumento rispetto a quello degli ultimi tre anni quando erano circa 8,5 milioni). Tale crescita è in linea con l'aumento che si è registrato durante il 2017 nella vendita di nuove autovetture, che sono quelle che tendono ad acquistare maggiormente queste tipologie di coperture volontarie.

In rapporto al totale delle autovetture assicurate nel ramo r.c. auto, si stima un'incidenza per le due garanzie prossima al 30% a livello nazionale. Esiste però una notevole differenza a livello territoriale. Le penetrazioni superiori alla media si riscontrano nelle regioni del Centro-Nord Italia: quasi una vettura su due si assicura in Lombardia (48%), circa il 38% nel Piemonte, poco meno del 36% nel Lazio e il 30% in Liguria e in Emilia Romagna. Valori di penetrazione molto bassi e anche inferiori al 15% (ossia meno della metà della media nazionale) sono registrati prevalentemente in regioni che sono nel Sud del Paese: Campania 14,7%, Puglia 15,8%, Calabria e Basilicata 16,6% e Sicilia 16,7%.

Frequenza sinistri. L'indicatore della frequenza sinistri (ottenuta come il rapporto fra il numero dei sinistri accaduti in un anno e il numero dei rischi esposti) mostra valori molto più alti per l'assicurazione del furto del veicolo (poco meno di 10 furti ogni 1.000 veicoli assicurati nel 2017, valore in riduzione rispetto ai tre anni precedenti) che non per quella contro l'incendio, dove la frequenza sinistri è molto più contenuta (0,34 incendi l'anno ogni 1.000 veicoli assicurati nel 2017, valore in linea con quelli degli anni precedenti) (tavole 1 e 2).

Vi è inoltre una forte variabilità di questo indicatore a livello territoriale (figura 1). La regione con la più alta frequenza sinistri di furti nel 2017 è ancora la Puglia (oltre 22 veicoli rubati ogni 1.000 veicoli assicurati, valore in lieve diminuzione rispetto al 2016 quando era pari a circa 24 ogni 1.000 veicoli, ma ancora sensibilmente superiore al 2015 quando era pari a 19 veicoli), seguita dalla Campania (oltre 16 veicoli nel 2017, sostanzialmente in linea con il valore del 2016 ma superiore a quello del 2015), dal Lazio (circa 14 veicoli, valore in lieve riduzione rispetto ai due anni precedenti) e dal Molise (oltre 10 veicoli). In particolare le province dove si riscontra in assoluto il valore dell'indicatore più elevato nel 2017 sono: Foggia (quasi 30 furti ogni 1.000 veicoli assicurati, contro i 40 registrati nel 2016, ma in linea con il valore del 2015), Barletta-Andria-Trani (28 furti – erano circa 29 nel 2016), Bari (26 furti – erano 25 nel 2016), Napoli e Caserta con circa 20 veicoli rubati ogni 1.000 assicurati (in linea con il 2016).

Tavola 1
Statistica corpi veicoli terrestri
Garanzia Furto – Autovetture

	Distribuzione (%) Rischi Anno			Frequenza Sinistri (‰)			Grado Medio di danno (%)		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Friuli-Venezia Giulia	1,6	1,5	1,5	2,93	3,24	2,84	25,8	34,9	28,7
Veneto	7,7	7,5	7,1	4,54	5,72	5,88	16,8	17,3	18,0
Trentino-Alto Adige	1,1	1,0	1,0	3,17	3,84	4,06	30,3	21,6	20,4
Emilia-Romagna	8,4	8,2	8,2	6,88	8,21	9,30	18,4	16,7	16,3
TOTALE NORD EST	*18,8*	*18,3*	*17,8*	*5,37*	*6,53*	*7,10*	*18,4*	*17,7*	*17,3*
Piemonte	10,7	10,9	10,9	8,88	10,08	10,90	31,6	30,8	30,4
Lombardia	29,7	30,4	30,9	9,32	10,09	10,93	32,3	34,4	34,2
Liguria	2,5	2,6	2,7	6,71	6,93	9,71	18,9	17,8	24,5
Valle d'Aosta	0,2	0,2	0,2	3,47	4,16	3,87	29,5	31,5	61,3
TOTALE NORD OVEST	*43,1*	*44,1*	*44,7*	*9,03*	*9,88*	*10,82*	*31,5*	*32,8*	*32,8*
Toscana	4,6	4,5	4,3	6,16	7,04	7,36	19,9	18,0	21,7
Marche	1,7	1,6	1,5	6,02	6,76	6,73	29,2	22,8	25,6
Umbria	1,2	1,1	1,1	5,95	6,38	7,48	26,3	23,8	27,2
Lazio	12,5	12,7	12,9	13,92	14,89	15,18	58,1	53,7	55,9
TOTALE CENTRO	*19,9*	*19,9*	*19,8*	*11,00*	*11,98*	*12,40*	*45,4*	*41,6*	*44,5*
Molise	0,5	0,4	0,4	10,40	11,99	11,85	50,1	56,0	59,3
Campania	3,9	3,7	3,5	16,31	16,65	14,90	51,0	47,3	50,3
Basilicata	0,6	0,6	0,5	8,40	7,12	8,78	63,4	54,3	62,0
Abruzzo	1,9	1,8	1,7	8,99	8,57	9,95	50,2	46,5	46,2
Calabria	1,8	1,8	1,8	9,04	10,79	10,17	38,9	35,7	36,0
Puglia	3,2	3,0	3,1	22,06	23,64	18,97	70,4	69,9	80,7
TOTALE SUD	*11,8*	*11,2*	*11,1*	*14,96*	*15,60*	*14,09*	*58,3*	*55,9*	*59,0*
Sardegna	1,7	1,7	1,8	4,14	5,35	6,67	34,3	31,6	32,4
Sicilia	4,5	4,5	4,7	9,59	10,23	10,15	39,3	37,4	38,3
TOTALE ISOLE	*6,3*	*6,3*	*6,4*	*8,07*	*8,87*	*9,20*	*38,5*	*36,5*	*37,0*
TOTALE ITALIA	100,0	100,0	100,0	9,59	10,71	11,17	37,3	36,0	36,3

Figura 1 – Frequenza sinistri per le garanzie Furto e Incendio di autovetture – Anno 2017

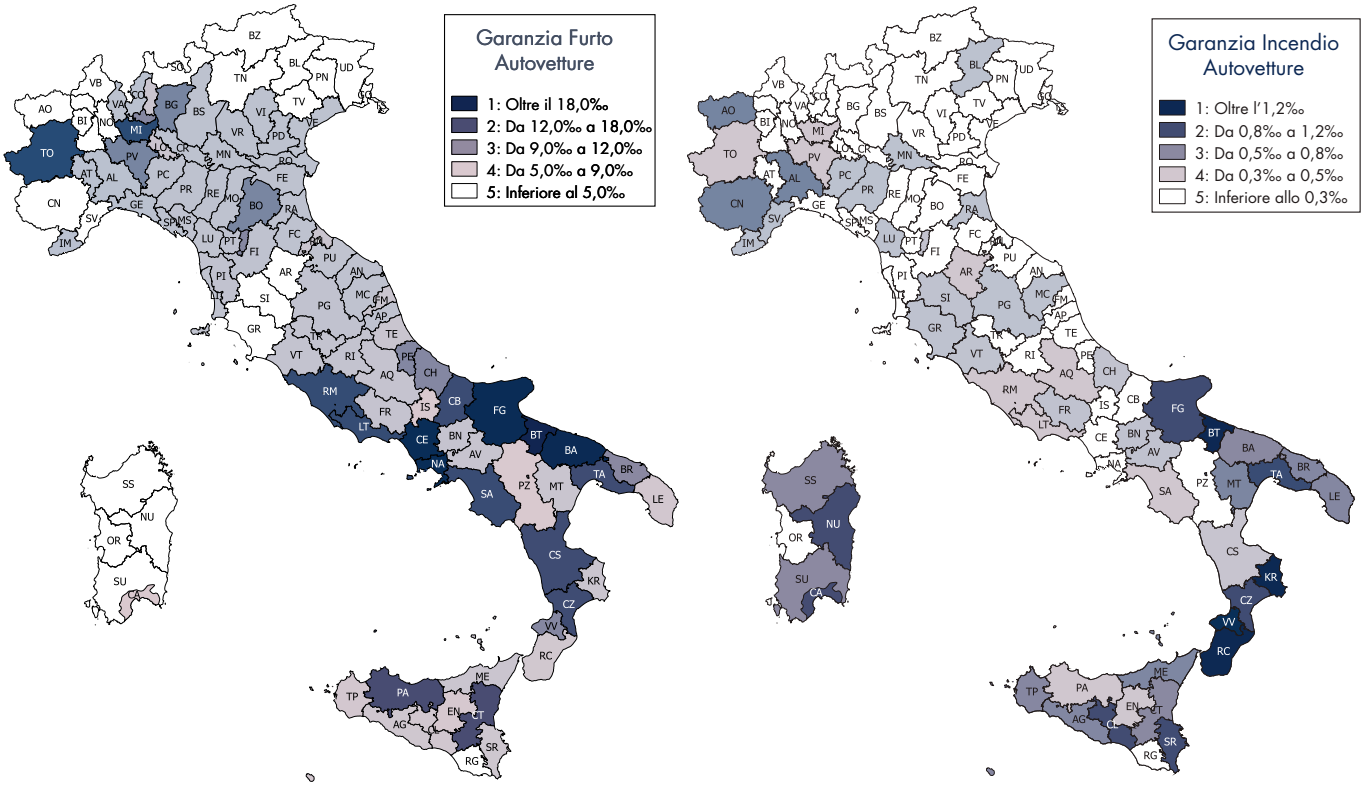


Tavola 2
Statistica corpi veicoli terrestri
Garanzia Incendio – Autovetture

	Distribuzione (%) Rischi Anno			Frequenza Sinistri (‰)			Grado Medio di danno (%)		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Friuli-Venezia Giulia	1,8	1,8	1,8	0,15	0,18	0,11	61,9	66,1	22,4
Veneto	8,6	8,4	7,5	0,14	0,17	0,17	55,0	46,3	63,2
Trentino-Alto Adige	1,2	1,1	1,1	0,27	0,26	0,18	58,3	44,2	50,6
Emilia-Romagna	8,4	8,2	8,2	0,26	0,27	0,19	45,7	53,2	62,2
TOTALE NORD EST	*20,0*	*19,5*	*18,6*	*0,20*	*0,22*	*0,17*	*50,6*	*51,2*	*59,9*
Piemonte	10,8	10,9	10,5	0,42	0,36	0,33	56,2	60,3	59,4
Lombardia	29,2	30,0	31,0	0,27	0,25	0,25	59,3	60,4	68,1
Liguria	2,5	2,6	2,8	0,28	0,24	0,24	55,2	41,9	70,9
Valle d'Aosta	0,2	0,2	0,2	0,56	0,00	0,27	82,9	0,0	125,4
TOTALE NORD OVEST	*42,7*	*43,7*	*44,5*	*0,31*	*0,27*	*0,27*	*58,0*	*59,3*	*65,9*
Toscana	4,6	4,5	4,4	0,22	0,25	0,20	76,1	50,5	56,1
Marche	1,7	1,6	1,5	0,23	0,24	0,25	42,1	47,6	62,7
Umbria	1,2	1,1	1,1	0,27	0,24	0,23	51,3	61,0	72,6
Lazio	11,9	12,2	12,8	0,46	0,41	0,45	67,8	67,9	79,1
TOTALE CENTRO	*19,4*	*19,4*	*19,8*	*0,37*	*0,35*	*0,37*	*63,2*	*59,5*	*69,8*
Molise	0,5	0,4	0,4	0,19	0,32	0,21	37,5	79,8	61,4
Campania	3,8	3,6	3,4	0,29	0,28	0,30	72,1	71,3	68,3
Basilicata	0,6	0,6	0,5	0,36	0,30	0,54	98,8	71,6	81,4
Abruzzo	1,9	1,8	1,7	0,30	0,26	0,23	71,9	69,2	66,3
Calabria	1,7	1,6	1,7	0,83	0,74	0,89	77,2	80,1	105,0
Puglia	3,2	3,0	3,1	0,80	0,70	0,54	82,4	81,0	105,3
TOTALE SUD	*11,6*	*11,0*	*10,7*	*0,51*	*0,46*	*0,46*	*77,7*	*76,2*	*88,2*
Sardegna	1,8	1,7	1,7	0,74	0,84	0,97	95,8	68,0	80,8
Sicilia	4,5	4,5	4,7	0,56	0,60	0,49	86,3	82,7	87,6
TOTALE ISOLE	*6,2*	*6,2*	*6,4*	*0,61*	*0,67*	*0,62*	*89,6*	*77,6*	*85,6*
TOTALE ITALIA	100,0	100,0	100,0	0,34	0,33	0,31	63,2	61,3	70,1

Le regioni d'Italia più virtuose sono quasi tutte quelle del Nord-Est; in particolare il Friuli-Venezia Giulia con un indicatore nel 2017 pari a 2,9 veicoli rubati ogni 1.000 veicoli assicurati (in riduzione rispetto al 2016 quando era pari a 3,24), il Trentino-Alto Adige di poco superiore a 3 e il Veneto con 4,5 veicoli (da 5,7 del 2016). Le città dove l'indicatore è più basso sono Oristano, Belluno e la nuova provincia del Sud Sardegna dove la frequenza dei furti è inferiore a 2,5 veicoli ogni 1.000 assicurati.

Per la garanzia incendio vi è una sinistrosità particolarmente bassa in Veneto e Friuli-Venezia Giulia, mentre frequenze sinistri superiori alla media si riscontrano in molte regioni del Sud e Isole (tavola 2 - figura 1); in particolare sono la Calabria e la Puglia le regioni con la frequenza sinistri più elevata (circa 2,5 volte la media nazionale), seguite dalla Sardegna, con un indicatore circa il doppio del valore medio italiano, e dalla Sicilia. Le punte estreme di rischiosità si registrano anche nel 2017 nella provincia di Nuoro, con una frequenza dell'1,8‰, seguita da Foggia con 1,2‰, Caltanissetta, Sud Sardegna e Reggio Calabria con circa l'1,0‰.

Grado medio di danno. L'altro indicatore di sinistrosità che occorre valutare per analizzare gli andamenti tecnici del ramo è il grado medio di danno che esprime

la percentuale del valore del bene assicurato che viene "persa" a seguito del sinistro. Dal momento, infatti, che sia in caso di furto (parziale) sia in caso di incendio, non necessariamente si perde totalmente il valore della vettura, è utile conoscere quanta parte di danno viene risarcita rispetto al valore assicurato; questo indicatore è normalmente inferiore al 100% (valori superiori si possono verificare solo per un effetto contabile nella quantificazione del valore assicurato esposto al rischio nell'anno).

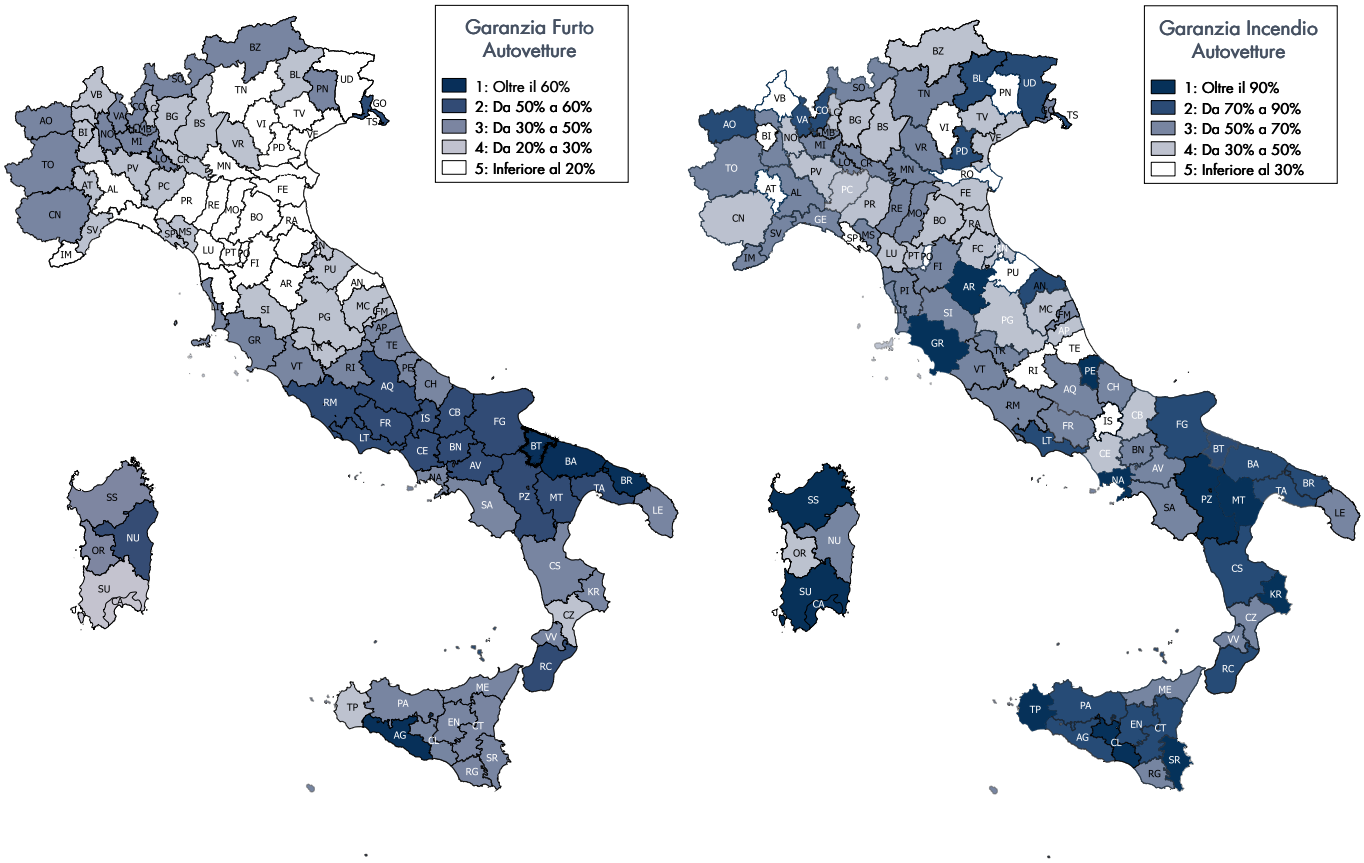
Occorre segnalare che l'esposizione media (calcolata come valore assicurato diviso rischio assicurato), per entrambe le garanzie, è aumentato da poco più di 10.000 euro nel 2016 a circa 11.000 euro nel 2017. Potrebbe aver contribuito l'incremento nelle nuove immatricolazioni di autovetture registrato nell'anno (il saldo tra prime iscrizioni di veicoli e radiazioni è stato pari a 580 mila veicoli, oltre 100 mila veicoli in più rispetto al 2016).

Per la garanzia furto, si rileva nel 2017 un valore medio nazionale del grado medio di danno pari al 37,3%, un punto percentuale superiore ai valori del 2016 e del 2015; ciò significa che i furti parziali hanno un peso considerevole, essendo infatti l'incidenza del danno medio risarcito rispetto al valore assicurato inferiore al 40%. Nel caso dell'incendio, invece, il valore è stato pari a circa il 63,2% (era 61,3% nel 2016 ma oltre il 70% nel 2015) e ciò indica che per questa tipologia di danno vi è, in caso di sinistro, un'alta percentuale del valore assicurato del veicolo che viene perso.

Anche per il grado medio di danno vi è, in entrambe le garanzie, una marcata variabilità a livello territoriale (figura 2). Nel caso del furto, vi è un valore superiore alla media nelle regioni del Sud. In particolare si registra un valore quasi doppio rispetto alla media nazionale in Puglia (70,4%), seguita da Basilicata (oltre 63%), Campania (51%), Molise e Abruzzo (circa 50%). Fra le altre regioni del Centro-Nord Italia si segnala un valore dell'indicatore elevato per il Lazio (58,1%, in aumento rispetto al 2016 e al 2015). In particolare le province dove si riscontra in assoluto il valore dell'indicatore più elevato sono Barletta-Andria-Trani (circa il 95% di perdita del valore del bene assicurato), Bari (72%), Matera (68%), Taranto (64%) e Brindisi (63%).

Risultati simili si registrano anche nel caso dell'incendio con un grado medio di danno superiore al 95% in Basilicata e Sardegna; valori superiori all'80% si registrano in Sicilia, Puglia e Valle d'Aosta. Fra le altre regioni si segnala ancora una volta un valore dell'indicatore più elevato della media nazionale in quasi tutte le altre regioni del Sud (ad eccezione del Molise) e nel Lazio (67,8%). A livello provinciale, valori del 100% sono stati registrati in molte città quali Prato, Pescara, Barletta-Andria-Trani, Trapani, Crotone, Sassari, Potenza, Grosseto, Sud Sardegna e Caltanissetta.

Figura 2 – Grado medio di danno per le garanzie Furto e Incendio di autovetture – Anno 2017



IL COSTO MEDIO E LA FREQUENZA SINISTRI

La misura complessiva della sinistrosità del ramo r.c. auto deve essere analizzata a livello totale di mercato considerando sia il numero dei sinistri che accadono in un anno (che, rapportati ai veicoli assicurati, danno luogo all'indicatore di frequenza sinistri) sia il loro costo medio di risarcimento.

Numero dei sinistri accaduti. Il totale dei sinistri accaduti e denunciati con seguito è dato dalla somma dei sinistri pagati chiusi e liquidati (ossia che hanno già dato luogo a un risarcimento nel corso dell'anno) e di quelli riservati (che daranno invece luogo a un pagamento nel futuro), ma non include la stima dei sinistri che, benché accaduti nel 2017, saranno denunciati negli anni successivi a quello di accadimento (i cosiddetti sinistri IBNR – *Incurred But Not Reported*). Nel 2017 il numero dei sinistri per le sole imprese italiane o extra-UE è rimasto sostanzialmente stabile e pari a 2.187.575 unità (2.185.062 nel 2016).

Frequenza sinistri (senza sinistri IBNR, panel A tavola 1). La frequenza sinistri riportata nel panel A della tavola 1 è definita come il rapporto tra tutti i sinistri accaduti e denunciati con seguito (che cioè hanno dato o daranno luogo a un

risarcimento) nell'anno di generazione e i veicoli esposti al rischio (misurati in base ai giorni di esposizione in un anno, cosiddetti veicoli-anno). Questo indicatore tecnico di sinistrosità è lievemente sceso dal 5,65% nel 2016 al 5,63% nel 2017, con una diminuzione dello 0,3%. Se dal 2010 al 2014 la frequenza sinistri si era ridotta complessivamente di quasi il 30%, nel 2015 si è assistito a un'inversione di tendenza con un aumento che è proseguito nel 2016 ma che sembra essersi arrestato nel 2017. I veicoli assicurati nel 2017 si incrementano dello 0,4% (circa 38,8 milioni – tale valore è riferito alle sole imprese italiane e alle rappresentanze di imprese con sede in paesi non appartenenti allo Spazio Economico Europeo; considerando anche tutte le altre tipologie di imprese operanti in Italia, l'aumento dei veicoli assicurati, circa 41 milioni, si fermerebbe allo 0,2%).

Tavola 1 – Evoluzione del costo medio e della frequenza sinistri dei rami r.c. auto e r.c. marittimi
Valori in euro

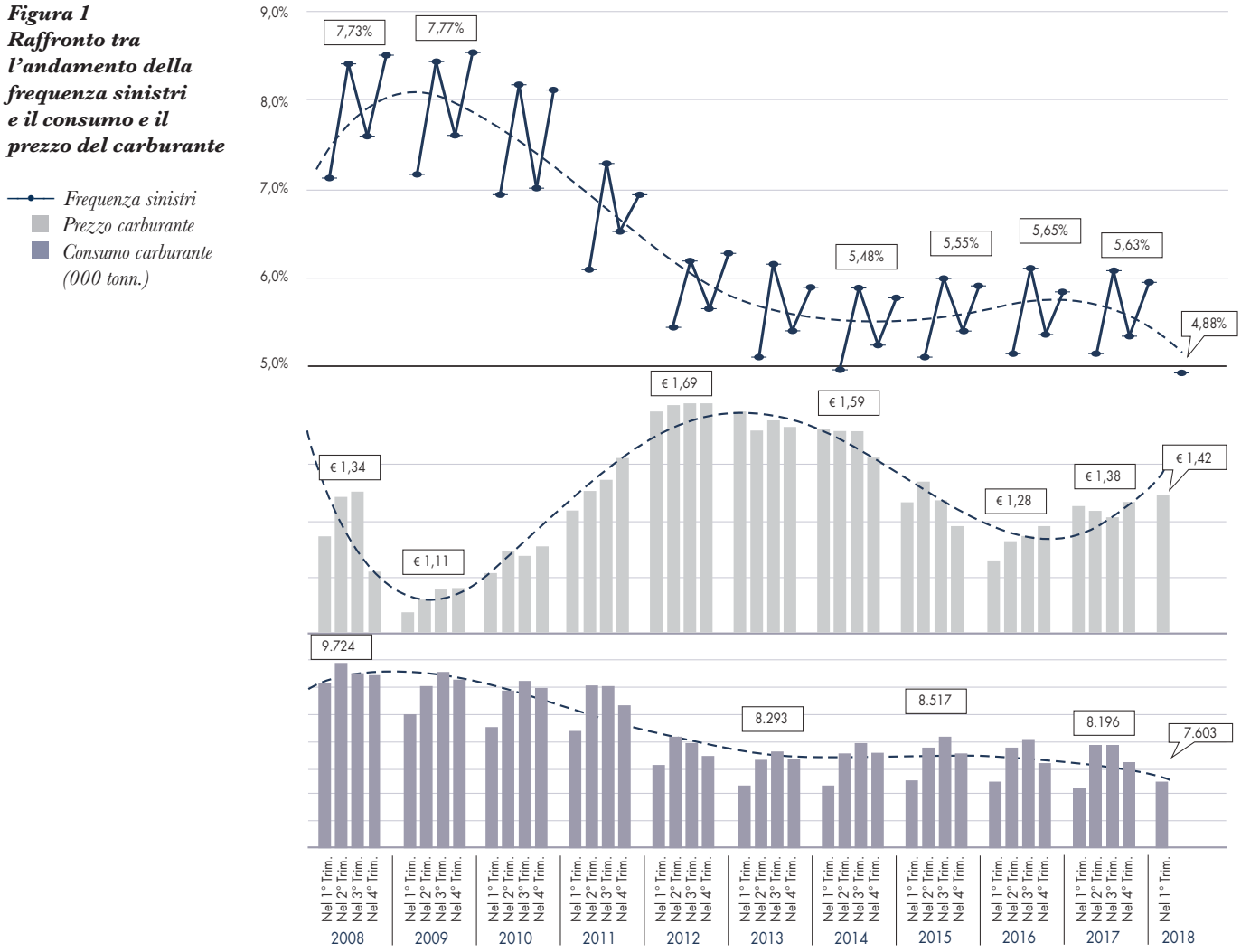
	PANEL A: Esclusi sinistri IBNR, il contributo al Fondo Garanzia Vittime della Strada e altre partite residuali								PANEL B: Inclusi sinistri IBNR, il contributo al Fondo Garanzia Vittime della Strada e altre partite residuali	
Anno	Frequenza sinistri	Variazione %	Costo medio sinistri danni a cose	Variazione %	Costo medio sinistri danni a persona	Variazione %	Costo medio totale sinistri (**)	Variazione %	Frequenza sinistri	Costo medio sinistri
2000	9,82%	-1,3%	1.278	2,9%	9.920	14,9%	2.809	13,1%	10,95%	2.825
2001	8,54%	-13,1%	1.431	12,0%	11.175	12,7%	3.186	13,4%	9,55%	3.207
2002	7,82%	-8,4%	1.535	7,3%	12.686	13,5%	3.532	10,9%	8,78%	3.503
2003	7,66%	-2,1%	1.634	6,4%	13.542	6,7%	3.805	7,7%	8,63%	3.771
2004	7,61%	-0,6%	1.701	4,1%	13.206	-2,5%	3.982	4,7%	8,58%	3.964
2005	7,55%	-0,8%	1.644	-3,3%	13.106	-0,8%	4.047	1,6%	8,51%	4.038
2006	7,47%	-1,1%	1.674	1,8%	13.233	1,0%	4.100	1,3%	8,47%	4.080
2007	7,61%	1,9%	1.764	5,4%	11.958	-9,6%	3.967	-3,2%	8,52%	4.014
2008	7,73%	1,6%	1.772	0,5%	11.830	-1,1%	3.913	-1,4%	8,57%	3.972
2009	7,77%	0,5%	1.725	-2,7%	11.694	-1,1%	3.903	-0,3%	8,60%	3.986
2010	7,36%	-5,2%	1.716	-0,5%	12.052	3,1%	4.057	4,0%	8,12%	4.117
2011	6,53%	-11,3%	1.803	5,0%	13.155	9,2%	4.345	7,1%	7,21%	4.519
2012	5,87%	-10,1%	1.899	5,3%	14.804	12,5%	4.495	3,5%	6,48%	4.763
2013	5,65%	-3,8%	1.883	-0,8%	15.986	8,0%	4.564	1,5%	6,24%	4.828
2014	5,48%	-2,9%	1.894	0,6%	16.150	1,0%	4.532	-0,7%	6,05%	4.796
2015	5,55%	1,2%	1.908	0,7%	16.389	1,5%	4.467	-1,5%	6,11%	4.721
2016	5,65%	1,8%	1.912	0,2%	16.132	-1,6%	4.374	-2,1%	6,20%	4.597
2017 (*)	5,63%	-0,3%	1.920	0,4%	16.035	-0,6%	4.319	-1,3%	6,16%	4.498

(*) Stima ANIA su dati desunti dalle anticipazioni del bilancio per l'esercizio 2017
(**) Fonte IVASS – per il 2017 il dato è desunto dalla modulistica di vigilanza

Sono stati messi a confronto per gli anni dal 2008 al 2017 l'evoluzione dei prezzi medi e del consumo del carburante con l'andamento della frequenza sinistri (figura 1). I dati evidenziano che, complessivamente, la frequenza sinistri è scesa dal 7,73% del 2008 al 5,48% del 2014 (ossia circa 2,3 punti percentuali di riduzione corrispondenti a quasi il 30% in meno). Tuttavia dal 2015 l'indicatore, dopo cinque anni consecutivi di diminuzione, è tornato a crescere lievemente (era pari a 5,55%) e ha proseguito

la stessa tendenza anche 2016, quando era pari a 5,65%, con un incremento del 3,1% rispetto al 2014. Nel 2017 la frequenza sinistri, pari a 5,63%, sembra però nuovamente mostrare segnali di riduzione rispetto all'anno precedente (-0,3%). Questa tendenza viene confermata anche dai primi dati rilevati per un campione di imprese, a marzo 2018, dove si registra un'ulteriore diminuzione della frequenza sinistri dell'ordine del 4,0% rispetto al primo trimestre del 2017.

Figura 1
Raffronto tra l'andamento della frequenza sinistri e il consumo e il prezzo del carburante



Osservando nello stesso periodo temporale (2008-2017) l'andamento dei consumi di carburante (benzina, diesel e GPL) e il loro prezzo medio, è possibile riscontrare, per i primi, lo stesso trend evidenziato per la frequenza sinistri, mentre per i secondi un andamento opposto. Come si può notare, infatti, dal 2009 al 2014 il prezzo medio del carburante è risultato nei vari anni in crescita o stabile e questo deve aver determinato una diminuzione nei consumi e disincentivato l'utilizzo dei veicoli con una conseguente riduzione dell'incidentalità.

Dal 2015 invece il prezzo medio del carburante è diminuito notevolmente, arrivando a toccare il minimo pari € 1,26 al litro nel 2016 e questo avrebbe avuto l'effetto oppo-

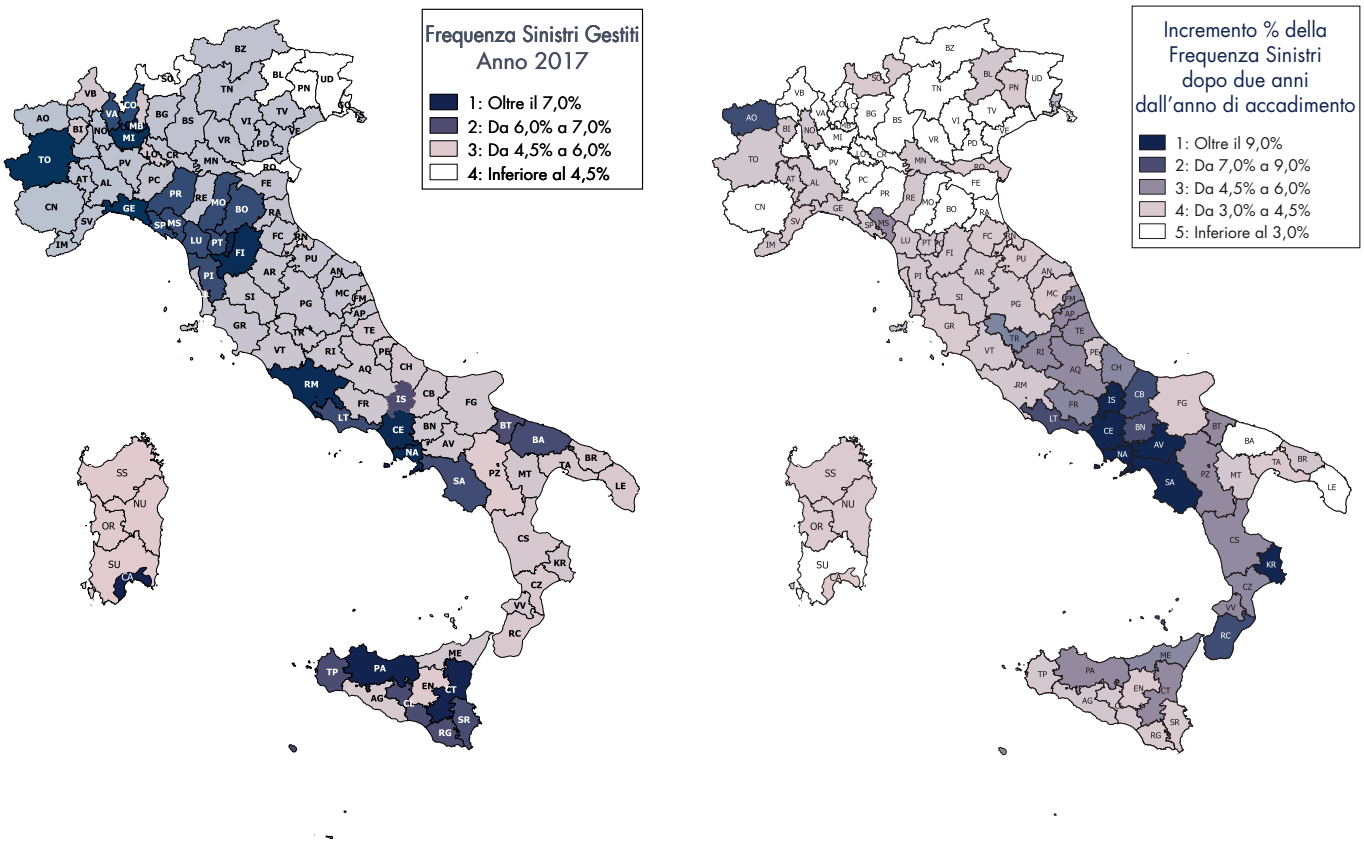
sto sull'utilizzo dei veicoli che è aumentato e, quindi, anche sull'incidentalità stradale; nello stesso periodo si osserva infatti una crescita della frequenza sinistri. Questa tendenza si ritrova, in modo più attenuato, anche nei consumi di carburante, che nel 2015 e nel 2016 sono in lieve crescita rispetto al 2014 (mediamente dell'1%). Nel 2017 si assiste alla ripresa del prezzo medio del carburante, che arriva a toccare € 1,38 al litro, in aumento del 7% rispetto all'anno precedente, tendenza confermata anche nel primo trimestre del 2018. Nello stesso periodo si contraggono di nuovo i consumi di carburante (-1,8%), segnale di un utilizzo più limitato dei veicoli con una conseguente riduzione dell'incidentalità stradale.

Costo medio dei sinistri (senza sinistri IBNR, panel A tavola 1). Il costo medio dei sinistri riportato nel panel A della tavola 1 è ottenuto dal rapporto tra il costo totale dei sinistri (pagati e riservati) e il numero degli stessi. Tale indicatore considera sia i pagamenti già effettuati a titolo definitivo e a titolo parziale sia i risarcimenti che le compagnie prevedono di effettuare in futuro per i sinistri accaduti e denunciati nell'anno ma non ancora definiti (importi a riserva). Sono esclusi dal calcolo, invece, i sinistri che, pur accaduti, devono ancora essere denunciati (importi a riserva IBNR), il contributo al Fondo Garanzia Vittime della Strada e le altre partite residuali. L'esclusione di queste poste di bilancio è stata effettuata al fine di avere un valore per il 2017 omogeneo rispetto ai dati per gli anni precedenti che derivano da analisi effettuate dall'Istituto di vigilanza con questa metodologia. Così calcolato, il costo medio dei sinistri è stato pari, nel 2017, a 4.319 euro (era pari a 4.374 euro nel 2016), in diminuzione dell'1,3%. In particolare il costo medio dei sinistri con soli danni a cose risulta in lieve aumento (+0,4%) e pari a 1.920 euro nel 2017, mentre il costo medio dei sinistri con danni a persona (comprensivo anche della componente dei danni a cose dei sinistri misti) diminuisce dello 0,6%, attestandosi a 16.035 euro (era 16.132 nel 2016). Le diminuzioni che si sono registrate negli ultimi due anni potrebbero essere spiegate, almeno in parte, dalla forte diffusione delle scatole nere installate a bordo dei veicoli circolanti soprattutto in quelle zone dove la percentuale di sinistri fraudolenti è molto elevata. L'utilizzo dei dati registrati al momento del sinistro dai dispositivi potrebbe aver contribuito a una più corretta quantificazione dello stesso evitando eventuali sovrastime del danno. Infatti anche la percentuale del numero di quelli con danni fisici sul totale dei sinistri nel 2017 sembra in lieve riduzione, attestandosi al 17,2%.

Frequenza dei sinistri e relativo costo medio (includendo sinistri IBNR, panel B tavola 1). Il numero totale dei sinistri, comprensivo della stima del numero dei sinistri IBNR, è stato pari nel 2017 a 2.392.488 unità, in lieve diminuzione (-0,2%), così come la relativa frequenza sinistri che passa dal 6,20% nel 2016 al 6,16% nel 2017, con una riduzione dello 0,6%. Includendo tutte le componenti di costo ricomprese nella definizione del costo dei sinistri di competenza (voce 18 del mod. 17 di Vigilanza), ossia risommando nei costi le riserve IBNR, il contributo al Fondo Garanzia Vittime della Strada e le altre partite residuali, il costo medio dei sinistri di competenza, pari a 4.498 euro, è diminuito del 2,2%.

La riduzione del numero totale dei sinistri (comprensivo della stima dei sinistri tardivi o IBNR) dello 0,2% si è perciò associata con una diminuzione del costo medio del 2,2% e di conseguenza il costo complessivo dei sinistri di competenza risulta in contrazione del 2,4%.

Figura 2 – Frequenza dei sinistri gestiti nel 2017 e analisi territoriale dei sinistri tardivi



Analizzando la distribuzione dell'indicatore di frequenza sinistri (includendo quelli IBNR) a livello territoriale (figura 2, mappa di sinistra), si nota che le province dove si è registrato il valore più elevato nel 2017 sono Napoli (11,00%) e Prato (9,00%), con l'indicatore superiore di oltre il 50% rispetto al valore medio nazionale che, si ricorda, è stato pari a 6,16%. Anche in altre province, tuttavia, la frequenza sinistri ha mostrato valori superiori alla media del Paese: in particolare a Genova (8,70%), a Roma (7,90%), a Torino, Firenze e Caserta (7,60%), a Milano e Cagliari (7,20%). Si confermano anche nel 2017 le province del Nord-Est quelle dove invece la frequenza sinistri è risultata più bassa. In particolare Rovigo è la città dove l'indicatore ha segnato il valore minimo (4,00%), così come in altre province del Veneto e del Friuli-Venezia Giulia. Valori inferiori alla media nazionale si sono registrati anche in alcune province del Sud come Cosenza, Potenza e Catanzaro (4,70%) oltre che a Reggio Calabria, Enna ed Agrigento (4,80%).

L'analisi territoriale della frequenza sinistri non può prescindere dal considerare il fenomeno delle denunce di sinistro che arrivano tardivamente a conoscenza dell'impresa di assicurazione. L'assicurato ha infatti a disposizione due anni dalla data di accadimento per denunciare il sinistro alla compagnia. La mappa di destra della figura 2 mostra a livello territoriale la percentuale di incremento del numero dei sinistri dopo due anni, rispetto a quelli denunciati nello stesso anno di accadimento. Mediamente a livello nazionale, per il totale dei veicoli, la percentuale di incremento del numero di sinistri dopo due anni è del 4,7%. Tuttavia se si analizza il fenomeno

a livello territoriale si può osservare come in alcune aree del Paese si arrivi a percentuali ben superiori al 10%, fino ad arrivare alle punte estreme di Caserta (18,5%) e Napoli (23,9%). Questo fenomeno sta a indicare che se si osservasse in queste due città la frequenza dei sinistri denunciati nello stesso anno di accadimento rileveremmo dei valori che sono in media inferiori di un quarto a quelli che risulterebbero poi, quando tutti i sinistri saranno venuti a conoscenza dell'assicuratore. Nella maggior parte delle province del Centro-Nord e della Sardegna tale indicatore resta sempre nella media o molto al di sotto come ad esempio a Lecco, Trieste, Monza e Milano dove l'indicatore non supera il 2%.

ANALISI PROVINCIALE DEL MARGINE TECNICO DEL RAMO R.C. AUTO

Sulla base dei dati riguardanti la sinistrosità ottenuti da diverse rilevazioni associative r.c. auto (annuale e trimestrale) è stata effettuata un'analisi territoriale per l'anno 2017 del margine tecnico di sottoscrizione, ovvero è stato confrontato, per le principali città italiane, il premio medio pagato effettivamente dagli assicurati con quanto viene corrisposto dalle imprese assicurative in termini di sinistri e costi amministrativi e di distribuzione, senza tener conto del margine finanziario. Lo studio è stato condotto per la totalità del ramo r.c. auto, considerando cioè tutte le tipologie di polizze e veicoli. Nella tavola sono riportati i risultati per tutti i capoluoghi di provincia, oltre che per il totale dell'Italia.

In particolare si è partiti dalle frequenze dei sinistri accaduti nel 2017 (colonna (1)) relative al totale dei veicoli assicurati, comprensive delle stime dei sinistri IBNR (*Incurred But Not Reported*), ovvero dei sinistri accaduti ma denunciati negli anni successivi a quello di accadimento. Per alcune città il peso di questi sinistri è particolarmente elevato: a Napoli, ad esempio, i sinistri IBNR sono mediamente il 24% di quelli denunciati nel primo anno, a Reggio Calabria il 9%, a Genova, Firenze e Roma circa il 4%, a Venezia e a Trieste, invece, circa il 2% (mentre a livello nazionale l'incidenza è circa il 9%).

Nella colonna (2) sono riportati i costi medi dei sinistri accaduti nel 2017, comprensivi sia del costo dei sinistri IBNR sia delle spese di liquidazione dirette, oltre alle altre partite residuali (saldo delle somme recuperate e da recuperare, saldo dei movimenti di portafoglio). Queste ultime sono state ripartite proporzionalmente tra le varie province in base al peso del costo dei sinistri.

Moltiplicando le frequenze sinistri per il relativo costo medio si ottiene in colonna (3) il costo teorico medio che l'impresa deve sostenere per la copertura di una polizza (cosiddetto premio puro) a cui sono stati aggiunti i costi amministrativi e di distribuzione. Tali costi, che a livello complessivo incidono per il 21,2% dei premi contabilizzati, sono stati ripartiti, alla pari delle altre partite residuali, proporzionalmente tra le varie province in base al peso del premio puro.

Nella colonna (4) sono riportati i premi effettivamente pagati dagli assicurati nel 2017 per il totale r.c. auto, stimati sulla base sia delle statistiche associative sia della rilevazione IPER (Indagine sui Prezzi Effettivi della R.c. auto) di IVASS, depurandoli degli oneri fiscali e para-

fiscali. Si è considerato infatti che il peso degli oneri fiscali è variabile a livello provinciale: se ad Aosta e Trento pesano per il 9% del premio, nella maggior parte delle altre città hanno raggiunto ormai il 16%.

Dal confronto delle colonne (3) e (4) è possibile avere una misura del margine tecnico di sottoscrizione riportato in colonna (5).

A livello complessivo di ramo r.c. auto si registra nel 2017 un margine di sottoscrizione appena positivo, pari all'1,2% dei premi corrisposti dagli assicurati (non tenendo conto dei proventi finanziari), in linea con quanto registrato nel 2016 quando era pari allo 0,7%, ma molto inferiore ai valori del 2015 (5,7%) e, soprattutto, del 2014 (14,5%). Tuttavia, a livello territoriale, il confronto mostra che vi sono alcune città dove il margine tecnico è negativo, e ciò viene riequilibrato da altre province dove invece il margine è positivo.

La città dove si registra il margine tecnico peggiore è Campobasso (pari a -23,2% dei premi pagati – nel 2016 era appena negativo e pari a -1,5%), seguita da Ancona (-21,4%, in ulteriore deterioramento rispetto a -19,9% nel 2016) e da Palermo (-14%, era -8,7% nel 2016). Nelle grandi città come Roma, Napoli e Torino il margine è ancora negativo e pari mediamente al 10% (nel 2016 era in media pari a -8%).

I capoluoghi di regione dove invece il margine è positivo sono Trento (+15,4%), L'Aquila (+6,9%) e Reggio Calabria (+2,2%).

Analisi provinciale del margine tecnico r.c. auto – Anno 2017 – *Totale settori*

Capoluoghi di regione	Frequenza sinistri al lordo degli IBNR	Costo Medio al lordo dei sinistri IBNR e altre partite residuali	Premio Puro al lordo IBNR e altre partite residuali inclusi costi di distribuzione e altri costi amministrativi	Premio medio pagato al netto degli oneri fiscali e parafiscali	Margine tecnico atteso
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (4) / (3) - 1
ANCONA	5,7%	6.084	421	330	-21,4%
AOSTA	5,5%	3.327	221	254	15,1%
BARI	6,0%	5.070	371	351	-5,3%
BOLOGNA	6,2%	5.080	382	364	-4,8%
CAGLIARI	7,2%	3.637	319	332	4,1%
CAMPOBASSO	5,3%	4.945	319	245	-23,2%
FIRENZE	7,6%	4.366	400	408	2,0%
GENOVA	8,7%	3.612	381	365	-4,2%
L'AQUILA	5,8%	3.864	272	290	6,9%
MILANO	7,2%	3.859	337	318	-5,7%
NAPOLI	11,0%	4.116	551	496	-10,0%
PALERMO	7,0%	4.559	389	335	-14,0%
PERUGIA	5,8%	4.062	285	294	3,2%
POTENZA	4,7%	5.246	298	261	-12,4%
REGGIO-CALABRIA	4,8%	6.823	400	408	2,2%
ROMA	7,9%	4.482	428	384	-10,4%
TORINO	7,6%	4.035	372	334	-10,3%
TRENTO	4,8%	4.092	238	275	15,4%
TRIESTE	4,7%	5.136	293	292	-0,5%
VENEZIA	4,8%	6.408	375	324	-13,6%
TOTALE ITALIA	6,2%	4.498	336	340	1,2%

Per memoria - Anno 2016: ***0,7%***
Anno 2015: ***5,7%***
Anno 2014: ***14,5%***

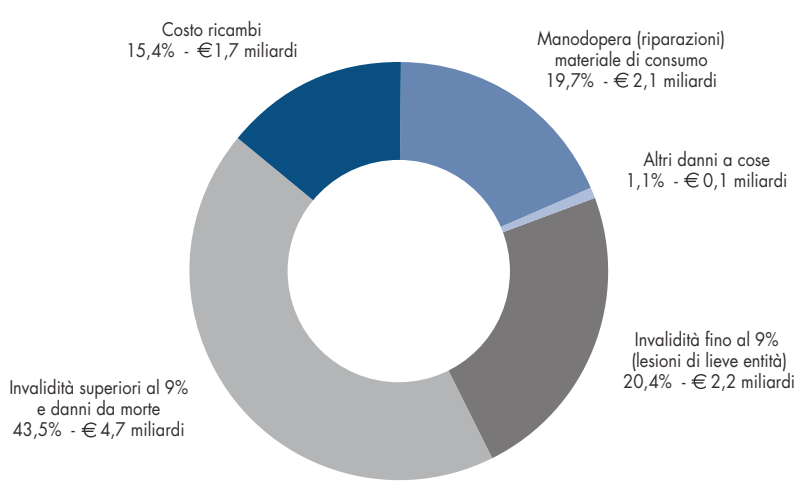
IL RISARCIMENTO DEI DANNI ALLA PERSONA

Nel ramo r.c. auto il costo totale dei risarcimenti (comprensivo sia dei danni alle cose sia dei danni alle persone) per i sinistri accaduti nel 2017 è stato pari a 10,8 miliardi ([1]); di questi il 63,9% (pari a **6,9 miliardi**) sono relativi a **danni fisici** (includendo anche la componente dei danni a cose dei sinistri misti).

Con specifico riferimento al risarcimento per il danno alla persona (figura 1) è importante sottolineare che nel 2017:

- le lesioni per invalidità permanenti lievi, comprese tra 1 e 9 punti percentuali, hanno dato luogo a un risarcimento per 2,2 miliardi (il 20,4% del totale costo sinistri);
- le lesioni gravi, con oltre 9 punti di invalidità permanente e i sinistri mortali, hanno generato un esborso complessivo pari a circa 4,7 miliardi (il 43,5% del totale costo sinistri).

Figura 1
Distribuzione % del costo totale dei risarcimenti r.c. auto – Anno 2017



Ammontare dei risarcimenti a cose (3,9 miliardi, ossia il 36,1% del totale del costo dei sinistri)
Ammontare dei risarcimenti per danni alla persona (6,9 miliardi, ossia il 63,9% del totale del costo dei sinistri)
Include la componente dei danni a cose dei sinistri misti

In termini di numero di sinistri, si nota che nel 2017 la percentuale di quelli che presentavano almeno un danno alla persona era pari a 17,2%, in lieve riduzione rispetto al 2016 (tavola 1). Dopo aver raggiunto il valore massimo nel 2010 (per ogni 100 sinistri accaduti 22,7 presentavano almeno un danno alla persona), nel 2011 si è registrata per la prima volta una lieve inversione di tendenza, riduzione proseguita poi in modo più significativo nei sei anni successivi (soprattutto nel 2013), anche se con un tasso di diminuzione decrescente (nel 2017 la riduzione è stata dello 0,6%). Ha contribuito a tale miglioramento principalmente il contenimento delle lesioni lievi, in particolare di quelle comprese fra 1 e 7 punti di invalidità permanente, come verrà più dettagliatamente spiegato di seguito.

Al fine di analizzare le dinamiche delle diverse componenti del danno alla persona, è stata effettuata un'analisi dell'evoluzione che tali voci hanno avuto nel tempo, valutandone anche l'impatto sul fabbisogno tariffario complessivo del ramo r.c. auto.

Lesioni lievi per invalidità permanente comprese tra 1 e 9 punti. Si è oramai esaurito l'effetto della Legge n. 27 del 24 marzo 2012 (cosiddetto decreto "liberalizzazioni") introdotto con l'obiettivo

([1]) Stima ANIA basata sui dati delle imprese italiane e delle rappresentanze di imprese extra-UE operanti in Italia e riferita al costo dei sinistri (somma degli importi pagati e riservati) accaduti nel 2017; l'onere complessivo dei sinistri per il 2017, comprensivo anche dell'eventuale sufficienza/insufficienza degli importi riservati dei sinistri accaduti in anni precedenti, è pari a 10,1 miliardi.

***Tavola 1 – Frequenza dei sinistri per tipologia di danno e gravità delle lesioni* (*)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Frequenza Sinistri Totale	7,77%	7,36%	6,53%	5,87%	5,65%	5,48%	5,55%	5,65%	5,63%
Incidenza % dei sinistri con soli danni a cose	*78,2%*	*77,3%*	*77,6%*	*79,9%*	*81,0%*	*81,5%*	*82,3%*	*82,7%*	*83,0%*
Frequenza Sinistri con solo danni a cose	6,07%	5,70%	5,07%	4,69%	4,57%	4,47%	4,57%	4,67%	4,67%
Incidenza % dei sinistri con danni a persona	*21,8%*	*22,7%*	*22,4%*	*20,1%*	*19,0%*	*18,5%*	*17,7%*	*17,3%*	*17,2%*
Frequenza Sinistri con danni a persona	1,70%	1,67%	1,46%	1,18%	1,07%	1,01%	0,98%	0,98%	0,96%
Frequenza Sinistri con danni a persona inferiore a 9 punti di I.P.	1,627%	1,602%	1,401%	1,121%	1,016%	0,963%	0,932%	0,927%	0,909%
di cui:									
1 punto di I.P.	0,708%	0,689%	0,617%	0,506%	0,477%	0,428%	0,414%	0,410%	0,407%
2 punti di I.P.	0,563%	0,552%	0,469%	0,294%	0,243%	0,233%	0,222%	0,207%	0,205%
3 punti di I.P.	0,186%	0,190%	0,163%	0,137%	0,128%	0,116%	0,114%	0,121%	0,116%
4 punti di I.P.	0,077%	0,078%	0,069%	0,071%	0,065%	0,071%	0,065%	0,070%	0,066%
5 punti di I.P.	0,042%	0,040%	0,036%	0,043%	0,042%	0,041%	0,046%	0,049%	0,043%
6 punti di I.P.	0,021%	0,021%	0,019%	0,027%	0,025%	0,028%	0,027%	0,030%	0,028%
7 punti di I.P.	0,014%	0,013%	0,012%	0,019%	0,017%	0,019%	0,018%	0,019%	0,018%
8 punti di I.P.	0,010%	0,010%	0,010%	0,014%	0,012%	0,015%	0,016%	0,013%	0,015%
9 punti di I.P.	0,007%	0,007%	0,007%	0,010%	0,007%	0,011%	0,009%	0,008%	0,010%
Frequenza Sinistri con danno a persona oltre 9 punti di I.P.	0,070%	0,067%	0,062%	0,059%	0,057%	0,052%	0,051%	0,051%	0,051%

(*) I sinistri sono valutati alla fine dell'anno di accadimento

di contrastare le speculazioni sulle microlesioni e, in particolare sui cosiddetti "colpi di frusta" e che aveva modificato i presupposti per ottenere il risarcimento del danno da microlesione. La riduzione maggiore della frequenza dei sinistri con danni lievi alla persona (calcolata come rapporto tra il numero dei danni che presentano una lesione alla persona fra 1 e 9 punti di invalidità permanente sul totale dei rischi assicurati) si era registrata subito dopo l'introduzione della legge; negli anni 2012 e 2013 il calo di tale indicatore era stato del 27% (dall'1,401% nel 2011 all'1,016% nel 2013) quando nello stesso periodo la frequenza dei danni a cose si era ridotta di circa il 10%. Dal 2014 al 2016 la frequenza dei sinistri con danni lievi alla persona è ulteriormente diminuita, anche se con tassi progressivamente decrescenti (nel 2014 era pari allo 0,963% con una riduzione del 5,3%, nel 2015 era 0,932% ossia -3,2%, mentre nel 2016 era 0,927% ossia -0,5%). Nel 2017 si è assistito ancora a una diminuzione con un tasso di riduzione superiore a quello registrato nel 2016 (0,909% ossia -1,9%), ma in linea con l'andamento registrato nella frequenza sinistri generale, che torna a scendere nell'ultimo anno.

Il costo medio dei sinistri per le lesioni lievi è costantemente diminuito dal 2011 al 2017 e si è ridotto di oltre il 12% passando da 6.135 a 5.397 euro (tavola 2).

Lesioni gravi per invalidità permanente superiori a 9 punti e danni mortali. Non si osserva invece lo stesso andamento per i danni a persona più gravi (quelli oltre i 9 punti di invalidità e per i casi mortali), ai quali non si applica il d.l. 1/2012. Dal 2009 al 2016 il valore della frequenza per questi sinistri è diminuito (-28%) allo stesso tasso del calo della frequenza generale dei sinistri (-27%) e, comunque, la diminuzione è stata di molto inferiore a quella dei sinistri fino a 9 punti di invalidità permanente (-43%). Nel 2017 per questa tipologia di sinistri si è registrato un valore dell'indicatore di sinistrosità (0,051%), uguale a quello del 2015 e del 2016.

Per quanto concerne il costo medio dei sinistri oltre i 9 punti di invalidità (che includono anche i danni risarciti per eventi mortali) il valore è invece costantemente aumentato negli anni, fino al 2015; se mediamente questi sinistri venivano risarciti con importi di circa 155 mila euro nel 2009, il risarcimento medio è salito a oltre 215 mila euro a fine 2015. Nel 2016 si è assistito invece a una lieve inversione di tendenza che è poi proseguita anche nel 2017, quando il costo ha superato i 207 mila euro.

***Tavola 2 – Costo medio dei sinistri per tipologia di danno e gravità delle lesioni* (*)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Costo medio sinistri totale	3.903	4.057	4.345	4.495	4.564	4.532	4.467	4.374	4.319
Incidenza % importo dei sinistri con soli danni a cose	*34,5%*	*32,0%*	*31,7%*	*33,3%*	*33,2%*	*34,1%*	*35,1%*	*36,2%*	*36,1%*
Costo medio sinistri con solo danni a cose	1.725	1.716	1.803	1.899	1.883	1.894	1.908	1.912	1.920
Incidenza % importo dei sinistri con danni a persona	*65,5%*	*68,0%*	*68,3%*	*66,7%*	*66,8%*	*65,92%*	*64,94%*	*63,81%*	*63,86%*
Costo medio sinistri con danni a persona	11.694	12.052	13.155	14.804	15.986	16.150	16.389	16.132	16.035
di cui:									
Costo medio sinistri con danno a persona inferiore a 9 punti di I.P.	6.037	6.022	6.135	5.951	5.756	5.668	5.508	5.605	5.397
Costo medio sinistri con danno a persona oltre 9 punti di I.P.	155.487	166.750	179.891	191.379	198.045	210.061	216.797	209.325	207.110

(*) I sinistri sono valutati alla fine dell'anno di accadimento

Analisi geografica dell'incidenza dei danni fisici. Nel 2016 (ultimo anno disponibile con il dettaglio provinciale) l'incidenza dei sinistri con danni fisici in alcune province italiane mostra valori record che superano il 30%. Dalla figura 2 e dalla tavola 3 si può verificare che sono le province del Mezzogiorno a presentare valori assolutamente fuori linea rispetto alla media nazionale (17,3%) e in particolare tutte quelle della Puglia (31,8% a Brindisi, 31,4% a Foggia, 31,3% a Taranto, 30,5% a Barletta-Andria-Trani, 29,3% a Bari e 28,4% a Lecce), della Calabria (33,5% a Crotone, 27,0% a Catanzaro e 26,9% a Reggio Calabria) e parte della Campania (28,1% a Salerno, 26,2% ad Avellino).

Figura 2
Incidenza % di sinistri con danni fisici a livello provinciale – Anno 2016

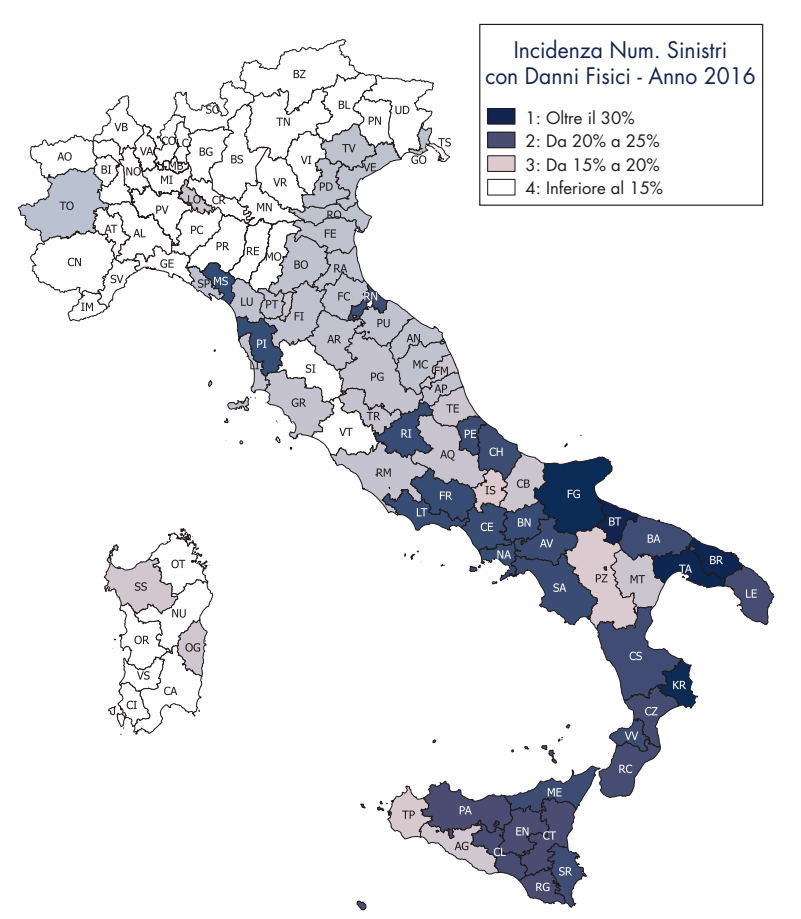


Tavola 3 - Incidenza % di sinistri con danni fisici a livello provinciale - Anni 2014-2016 (°)

Provincia	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2014	Variazione 2016/2015
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
CROTONE	33,5%	34,7%	33,0%	-3,4%
BRINDISI	31,8%	31,8%	32,4%	0,0%
FOGGIA	31,4%	31,8%	31,4%	-1,3%
TARANTO	31,3%	33,7%	34,7%	-6,9%
BARLETTA-ANDRIA-TRANI	30,5%	30,0%	29,4%	1,9%
MESSINA	29,4%	28,3%	28,0%	3,9%
BARI	29,3%	30,4%	28,9%	-3,7%
LECCE	28,4%	29,4%	30,8%	-3,6%
SALERNO	28,1%	27,9%	27,6%	0,8%
CATANZARO	27,0%	27,5%	28,9%	-1,9%
REGGIO CALABRIA	26,9%	28,3%	27,6%	-4,8%
VIBO VALENTIA	26,6%	31,6%	30,7%	-15,7%
CATANIA	26,3%	26,7%	26,3%	-1,6%
AVELLINO	26,2%	26,8%	27,4%	-2,5%
LATINA	25,2%	26,5%	28,7%	-4,9%
BENEVENTO	24,7%	25,7%	21,9%	-3,9%
COSENZA	23,9%	23,3%	25,7%	2,5%
CASERTA	23,6%	23,7%	22,4%	-0,4%
MASSA-CARRARA	23,0%	23,9%	23,7%	-3,5%
CALTANISSETTA	22,2%	22,8%	23,5%	-2,3%
ENNA	22,2%	22,7%	22,4%	-2,2%
CHIETI	21,6%	22,5%	23,8%	-3,8%
FROSINONE	21,5%	22,1%	23,2%	-2,7%
SIRACUSA	21,5%	21,3%	21,5%	0,8%
NAPOLI	21,5%	23,4%	19,2%	-8,3%
PESCARA	21,3%	23,9%	25,5%	-11,0%
PALERMO	21,0%	21,3%	21,8%	-1,7%
RIETI	20,8%	20,9%	19,2%	-0,3%
RAGUSA	20,7%	20,4%	21,2%	1,5%
PISA	20,3%	20,4%	20,9%	-0,6%
RIMINI	20,2%	22,5%	23,7%	-10,3%
ANCONA	19,9%	22,1%	23,0%	-9,7%
LUCCA	19,8%	20,7%	21,0%	-4,1%
TERAMO	19,5%	20,4%	22,5%	-4,5%
MACERATA	19,4%	20,7%	21,0%	-6,1%
AGRIGENTO	19,4%	20,4%	21,1%	-4,9%
VENEZIA	19,3%	19,8%	20,8%	-2,4%
PESARO-URBINO	19,1%	19,9%	20,5%	-4,0%
TRAPANI	19,0%	19,2%	20,9%	-0,9%
FERMO	19,0%	20,6%	21,3%	-7,9%
MATERA	19,0%	20,7%	21,0%	-8,3%
SASSARI	19,0%	19,3%	20,6%	-1,8%
ROMA	19,0%	18,8%	17,9%	0,9%
ASCOLI PICENO	18,8%	18,9%	20,0%	-0,6%
PISTOIA	18,7%	18,3%	20,1%	2,1%
ISERNIA	18,6%	18,9%	16,9%	-1,6%
LA SPEZIA	17,9%	17,9%	19,4%	-0,1%
CAMPOBASSO	17,3%	17,0%	18,1%	1,7%
TERNI	17,3%	18,1%	19,5%	-4,8%
POTENZA	17,1%	17,8%	19,5%	-3,4%
RAVENNA	17,1%	17,7%	18,9%	-3,4%
FERRARA	17,1%	17,4%	15,5%	-1,9%
L'AQUILA	16,9%	15,9%	18,4%	6,6%
PADOVA	16,8%	17,4%	17,1%	-3,5%
BOLOGNA	16,6%	16,7%	18,2%	-0,5%
PERUGIA	16,3%	17,4%	17,2%	-6,3%

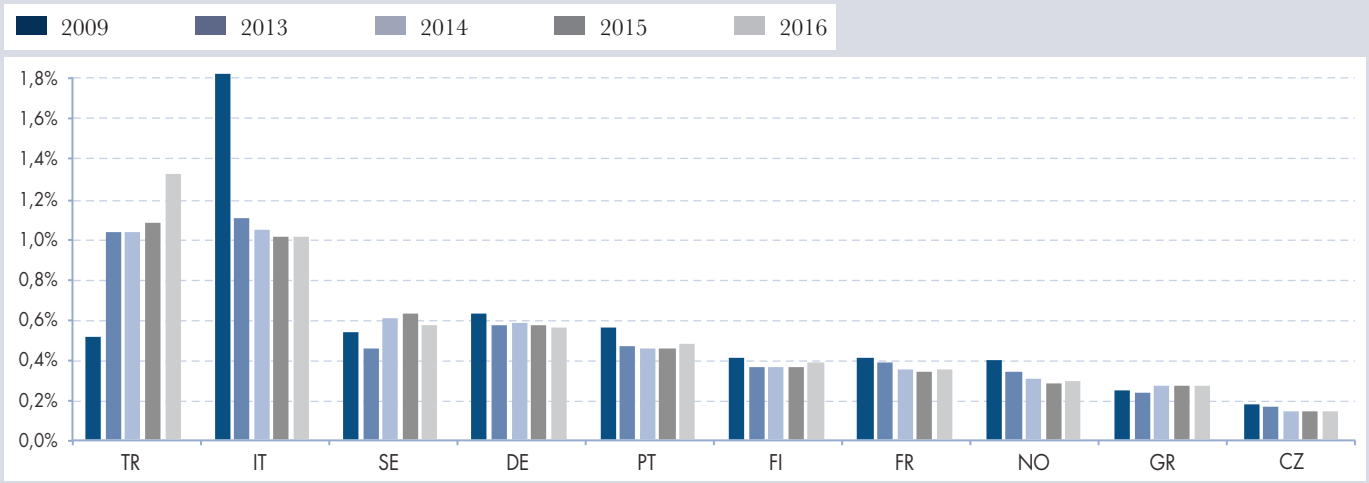
Provincia	Anno 2016	Anno 2015	Anno 2014	Variazione 2016/2015
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LIVORNO	16,2%	16,4%	16,8%	-1,6%
ROVIGO	16,1%	16,9%	17,8%	-4,5%
FORLÌ-CESENA	16,1%	16,3%	17,7%	-1,2%
AREZZO	16,1%	16,9%	17,3%	-4,8%
TREVISO	15,9%	17,0%	16,9%	-6,5%
TORINO	15,8%	16,1%	15,5%	-2,0%
OGLIASTRA	15,7%	16,7%	14,2%	-5,7%
PRATO	15,6%	16,2%	15,7%	-3,8%
GORIZIA	15,6%	15,7%	16,4%	-0,5%
FIRENZE	15,2%	15,5%	15,5%	-1,9%
GROSSETO	15,0%	14,8%	14,2%	1,7%
LODI	15,0%	16,5%	16,5%	-9,2%
REGGIO EMILIA	14,9%	15,2%	15,4%	-2,0%
VERONA	14,5%	14,8%	15,8%	-1,9%
VARESE	14,5%	14,2%	16,1%	1,5%
MONZA-BRIANZA	14,2%	14,4%	15,3%	-1,6%
CREMONA	14,1%	14,6%	15,3%	-3,5%
PAVIA	14,0%	14,3%	15,7%	-1,9%
OLBIA-TEMPIO	13,9%	13,8%	14,1%	1,0%
VICENZA	13,8%	14,2%	14,4%	-2,6%
PIACENZA	13,8%	14,5%	15,6%	-5,1%
IMPERIA	13,8%	13,8%	15,2%	-0,5%
MILANO	13,7%	14,1%	14,7%	-2,3%
CAGLIARI	13,7%	13,5%	14,2%	1,0%
TRIESTE	13,6%	15,8%	15,4%	-13,7%
MODENA	13,6%	13,9%	15,2%	-2,1%
VITERBO	13,5%	12,9%	13,8%	4,7%
SIENA	13,4%	14,1%	14,0%	-4,8%
PARMA	13,4%	14,3%	15,2%	-6,5%
MANTOVA	13,3%	13,1%	14,1%	1,8%
NOVARA	13,3%	13,1%	13,0%	1,2%
BERGAMO	13,2%	13,1%	13,7%	0,6%
SAVONA	13,0%	14,1%	14,0%	-8,3%
GENOVA	13,0%	13,2%	12,9%	-2,0%
PORDENONE	12,9%	13,2%	13,8%	-2,2%
ORISTANO	12,7%	12,5%	13,1%	1,6%
COMO	12,7%	13,3%	13,8%	-4,5%
LECCO	12,7%	12,3%	13,4%	3,1%
UDINE	12,5%	13,0%	13,5%	-4,0%
CARBONIA-IGLESIAS	12,0%	13,3%	14,4%	-9,4%
SONDRIO	11,8%	11,5%	12,1%	3,0%
MEDIO CAMPIDANO	11,8%	13,6%	15,0%	-13,3%
VERCELLI	11,7%	12,1%	12,7%	-3,3%
CUNEO	11,4%	11,3%	12,1%	0,4%
ALESSANDRIA	11,4%	11,7%	12,5%	-2,9%
BRESCIA	11,3%	12,0%	12,3%	-5,6%
BELLUNO	10,9%	11,6%	10,3%	-6,3%
VERBANIA	10,8%	10,7%	11,3%	1,2%
NUORO	10,6%	11,4%	11,1%	-6,7%
ASTI	10,3%	11,2%	11,6%	-8,2%
AOSTA	10,2%	10,5%	10,8%	-3,2%
TRENTO	9,7%	10,1%	10,6%	-3,8%
BIELLA	9,3%	9,4%	10,4%	-1,2%
BOLZANO	9,2%	8,9%	9,9%	3,1%
TOTALE	17,8%	18,1%	18,2%	-1,7%

(°) Per le incidenze dei danni fisici a livello provinciale sono state utilizzate le informazioni provenienti dalla statistica annuale ANIA che per il totale (17,8%) differisce lievemente dal dato fornito da IVASS (17,3%) che non dispone della spaccatura territoriale

Anche da un raffronto europeo, come si evince da una prima anticipazione dei dati di Insurance Europe che saranno prossimamente pubblicati nella nuova edizione del rapporto "*European Motor Insurance Markets*" risulta che, nonostante l'incidenza dei danni fisici in Italia sia diminuita dal 2009 al 2016 (da circa 22% a 17,6%), la frequenza dei sinistri con danni fisici (ovvero il numero dei sinistri con danni fisici per assicurato) se si esclude la Turchia, si riconferma essere quella più elevata tra tutti i paesi analizzati (figura 3).

Se nel 2009 tale frequenza era pari all'1,8%, nel 2016 il valore è diminuito, seguendo l'andamento generale di riduzione dei sinistri, arrivando a poco meno dell'1%, mentre gli altri Paesi mostrano valori inferiori allo 0,6%, confermando ancora il forte divario rimasto tra l'Italia e il resto d'Europa.

Figura 3 – Frequenza % dei sinistri con danni fisici – un confronto europeo



Fonte: Insurance Europe

LE FRODI ASSICURATIVE NELLA R.C. AUTO

I numeri dell'antifrode in Italia

In base agli ultimi dati definitivi forniti da IVASS per l'anno 2016 e alle anticipazioni per l'anno 2017 è possibile analizzare, distintamente per le province italiane e per le diverse partite di danno, le incidenze dei sinistri esposti al rischio di frode, dei sinistri sottoposti a ulteriori accertamenti da parte delle imprese (con evidenza di quanti vengono chiusi senza seguito) e dei sinistri per cui sono state presentate denunce/querele sul totale dei sinistri denunciati. Le informazioni sono desunte dalle relazioni antifrode (regolamento IVASS n. 44 del 2012) che tutte le imprese autorizzate a esercitare il ramo r.c. auto sono obbligate a trasmettere con cadenza annuale all'Istituto.

Occorre precisare che per "rischio frode" si deve intendere il rischio di un danno economico derivante da condotte, che si concretizzano spesso anche in semplici rag-

giri, realizzati nei confronti dell'impresa di assicurazione, sia durante l'iter contrattuale sia nella fase di gestione del sinistro. In particolare i sinistri esposti al rischio di frode sono quelli per cui è presente almeno uno dei parametri di significatività individuati da IVASS con il provvedimento n. 2827 del 2010 per la consultazione della "banca dati sinistri" istituita appositamente per la prevenzione e il contrasto ai comportamenti fraudolenti nel ramo r.c. auto.

È possibile quindi effettuare delle analisi comparative dei dati degli ultimi quattro anni disponibili (dal 2014 al 2017) al fine di valutare la portata e gli effetti del fenomeno criminoso nel comparto assicurativo (tavola 1).

Tavola 1 – Analisi delle frodi assicurative nel ramo r.c. auto – Anni 2016 e 2017

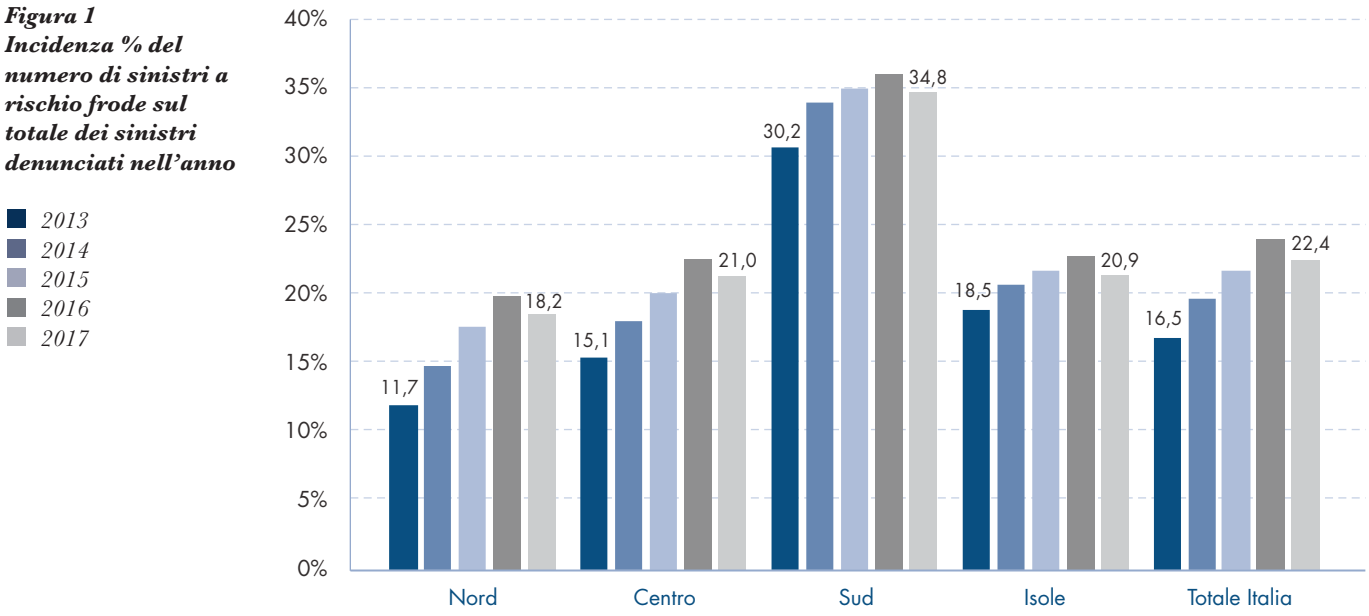
REGIONE	Sinistri denunciati (*)		Incidenza % num. sinistri esposti a rischio frode sul numero dei sinistri denunciati		Incidenza % num. sinistri oggetto di approfondimento rischio frode sul numero dei sinistri denunciati		Incidenza % num. sinistri senza seguito dopo attività antifrode sul numero sinistri ogg. approfondimento		Incidenza % num. sinistri oggetto di denuncia/querela sul numero sinistri ogg. approfondimento	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
EMILIA ROMAGNA	207.466	209.145	21,5%	19,4%	10,9%	10,1%	13,8%	12,4%	0,8%	1,0%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	45.003	43.774	19,9%	17,2%	9,6%	7,7%	13,1%	14,1%	0,8%	0,8%
LIGURIA	93.575	91.472	24,1%	22,3%	10,4%	11,6%	14,0%	11,3%	1,5%	0,9%
LOMBARDIA	490.221	486.514	18,4%	17,2%	7,5%	8,5%	14,9%	12,9%	1,1%	1,1%
PIEMONTE	224.846	224.929	20,7%	20,9%	8,6%	9,2%	14,3%	13,1%	1,5%	1,5%
TRENTINO ALTO ADIGE	66.502	62.000	17,2%	18,6%	5,0%	5,1%	10,2%	10,1%	0,5%	0,9%
VALLE D'AOSTA	7.759	6.751	15,9%	14,9%	7,0%	6,3%	24,8%	31,0%	1,8%	0,5%
VENETO	200.872	199.886	17,4%	14,7%	8,0%	7,2%	12,7%	12,6%	0,6%	0,6%
NORD	1.336.244	1.324.471	19,5%	18,2%	8,4%	8,7%	14,0%	12,7%	1,0%	1,1%
LAZIO	370.805	383.343	22,7%	22,5%	11,4%	12,4%	16,7%	15,7%	1,1%	1,2%
MARCHE	67.600	68.652	21,4%	18,4%	11,1%	9,4%	11,5%	12,5%	0,6%	0,8%
TOSCANA	201.459	202.066	21,9%	19,5%	11,0%	10,1%	12,4%	12,6%	1,1%	1,1%
UMBRIA	42.268	42.303	20,6%	18,4%	10,1%	9,9%	13,2%	12,8%	0,9%	1,9%
CENTRO	682.132	696.364	22,2%	21,0%	11,1%	11,3%	14,7%	14,4%	1,1%	1,2%
ABRUZZO	54.598	55.330	24,1%	21,6%	11,4%	11,0%	14,1%	15,4%	1,3%	1,0%
BASILICATA	18.994	18.862	24,9%	25,1%	13,4%	15,3%	16,2%	14,2%	2,1%	1,0%
CALABRIA	58.413	58.661	29,0%	28,0%	17,7%	18,0%	13,7%	15,8%	3,5%	2,6%
CAMPANIA	265.598	275.886	43,4%	44,0%	26,8%	29,5%	17,0%	15,8%	2,1%	1,8%
MOLISE	13.305	12.454	31,7%	33,2%	19,4%	22,5%	17,1%	15,1%	2,4%	2,5%
PUGLIA	138.479	138.792	28,8%	26,3%	17,6%	16,7%	13,5%	14,2%	0,8%	1,0%
SUD	549.387	559.985	35,4%	34,8%	21,4%	22,6%	15,8%	15,4%	1,9%	1,7%
SARDEGNA	67.667	66.870	18,6%	16,6%	8,8%	8,3%	15,9%	14,8%	0,7%	0,9%
SICILIA	208.953	210.193	23,7%	22,2%	13,2%	13,7%	15,2%	14,1%	0,9%	1,1%
ISOLE	276.620	277.063	22,4%	20,9%	12,1%	12,4%	15,3%	14,2%	0,9%	1,0%
TOTALE ITALIA	2.844.383	2.857.883	23,5%	22,4%	11,9%	12,4%	14,9%	14,2%	1,3%	1,3%
PER MEMORIA:	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
TOTALE ITALIA	2.683.727	2.790.251	19,3%	21,4%	9,9%	10,7%	14,4%	14,5%	1,8%	2,1%

(*) Per "sinistri denunciati" sono da intendersi, con esclusione di quelli relativi al rischio responsabilità civile del vettore, tutti i sinistri del ramo 10 (r.c. autoveicoli terrestri) per i quali l'impresa, nel corso dell'esercizio, abbia ricevuto denuncia di sinistro o richiesta di risarcimento ai sensi degli artt. 148 e 149 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209. I sinistri si riferiscono a tutte le imprese che operano nel ramo r.c. auto in Italia (imprese italiane, rappresentanze di imprese di paesi dell'UE ed extra UE)

I sinistri oggetto di rilevazione sono quelli denunciati alle compagnie di assicurazione nel corso del 2017, pari a 2.857.883, in aumento dello 0,5% rispetto al 2016, quando erano quasi 2.844.383, del 2,4% rispetto al 2015, quando erano poco meno di 2,8 milioni e del 6,5% rispetto al 2014, quando erano poco meno di 2,7 milioni denunciati. Nel 2017 gli incrementi maggiori sono stati rilevati al Centro (+2,1%) e al Sud (+1,9%) e in particolare nel Lazio (+3,4%) e in Campania (+3,9%), mentre al Nord si registra una diminuzione (-0,9%).

Al fine di determinare degli indicatori sintetici confrontabili tra le diverse aree geografiche, il numero dei sinistri esposti a rischio di frode individuati dalle imprese di assicurazione e quello dei sinistri sottoposti poi a ulteriori accertamenti sono stati rapportati al numero dei sinistri denunciati dell'anno. L'incidenza media, a livello nazionale, dei sinistri esposti al rischio di frode sul totale del campione di sinistri denunciati nel 2017, dopo tre anni di continua crescita (dal 2014 al 2016) torna lievemente a diminuire e si attesta al 22,4% (era 23,5% nel 2016, 21,4% nel 2015 e 19,3% nel 2014 – figura 1). Questo calo potrebbe essere collegato con la diffusione sempre più ampia degli strumenti telematici (come le scatole nere) che limitano la possibilità di frode da parte degli assicurati.

Figura 1
Incidenza % del numero di sinistri a rischio frode sul totale dei sinistri denunciati nell'anno



L'Italia settentrionale si conferma anche nel 2017 l'area del Paese dove si registrano, percentualmente, meno sinistri a rischio di frode (18,2%), valore in diminuzione rispetto al 2016 (19,5%). Tuttavia l'incidenza dei sinistri che sono stati oggetto successivamente di una specifica istruttoria è in aumento e arriva all'8,7% (valore superiore a quello del 2016, quando era 8,4%). A seguito di questa attività il 12,7% dei sinistri oggetto di approfondimento è stato chiuso senza seguito (14,0% nel 2016), mentre per un 1,1% è stata presentata una denuncia/querela (era l'1,0% nel 2016). A livello regionale sono la Liguria e il Piemonte le regioni dove l'incidenza dei sinistri sospetti è più elevata (rispettivamente 22,3% e 20,9%), mentre Valle D'Aosta e Veneto quelle dove è più contenuta (poco meno del 15%). Osservando poi l'incidenza dei

sinistri che vengono chiusi senza seguito, evitando così il pagamento da parte delle imprese di risarcimenti grazie all'azione antifrode, sono il Friuli-Venezia Giulia, il Piemonte e la Lombardia le regioni che mostrano i valori più elevati (circa il 13%-14% dei sinistri oggetto di approfondimento – i valori della Valle D'Aosta possono essere trascurati in quanto soggetti a forti variazioni legate alla bassa numerosità dei sinistri denunciati) rispetto a un valore medio del Nord pari al 12,7%. Il Piemonte è la regione con la percentuale di denunce/querele più alta (1,5%, come nel 2016) rispetto a un valore medio registrato nel Nord dell'1,1%.

L'Italia centrale mostra nel 2017 un'incidenza dei sinistri a rischio di frode pari al 21,0%, in diminuzione rispetto al 22,2% dell'anno precedente. Il numero dei sinistri per i quali le imprese hanno successivamente predisposto attività integrative rispetto a quelle ordinarie raggiunge l'11,3%, in aumento rispetto all'11,1% del 2016. A seguito di questa attività il 14,4% dei sinistri oggetto di approfondimento è stato chiuso senza seguito (in diminuzione rispetto al 2016, quando era 14,7%), mentre solo per un 1,2% è stata presentata una denuncia/querela (1,1% nel 2016). Il Lazio è la regione con l'incidenza di sinistri sospetti più elevata (22,5%) e anche quella dove si arriva più frequentemente alla chiusura senza seguito (15,7% dei sinistri). L'Umbria e le Marche sono invece le regioni con l'incidenza dei sinistri a rischio di frode più bassa (18,4%), in diminuzione rispetto ai valori registrati nel 2016 (rispettivamente 20,6% e 21,4%).

Anche nel 2017 la più alta incidenza di sinistri a rischio di frode si riconferma nell'Italia meridionale, dove quasi il 35% dei sinistri denunciati è risultato sospetto (in lieve diminuzione rispetto al 35,4% del 2016). L'incidenza dei sinistri che sono stati oggetto successivamente di una specifica istruttoria arriva invece al 22,6% (valore superiore a quello del 2016, quando era 21,4%). Di tutti questi sinistri il 15,4% è stato chiuso senza seguito. Le compagnie di assicurazione hanno presentato denunce/querele per l'1,7% dei sinistri (erano circa il 2% nel 2016). A livello regionale, questa percentuale è più accentuata in Calabria, dove l'incidenza è stata del 2,6%, in Molise (2,5%) e in Campania (1,8%); in tutte le altre regioni la percentuale di denunce/querele si attesta all'1,0%.

Nelle Isole l'incidenza dei sinistri a rischio frode è risultata inferiore alla media nazionale e pari al 20,9%. In particolare in Sicilia si è registrata una percentuale in linea con la media (22,2%), mentre in Sardegna è inferiore e pari al 16,6%. In entrambe le regioni è invece aumentata rispetto al 2016 l'incidenza di denunce/querele (circa l'1%).

Le ragioni che stanno alla base dell'esiguo numero di querele risiedono nelle note criticità che caratterizzano il processo penale:

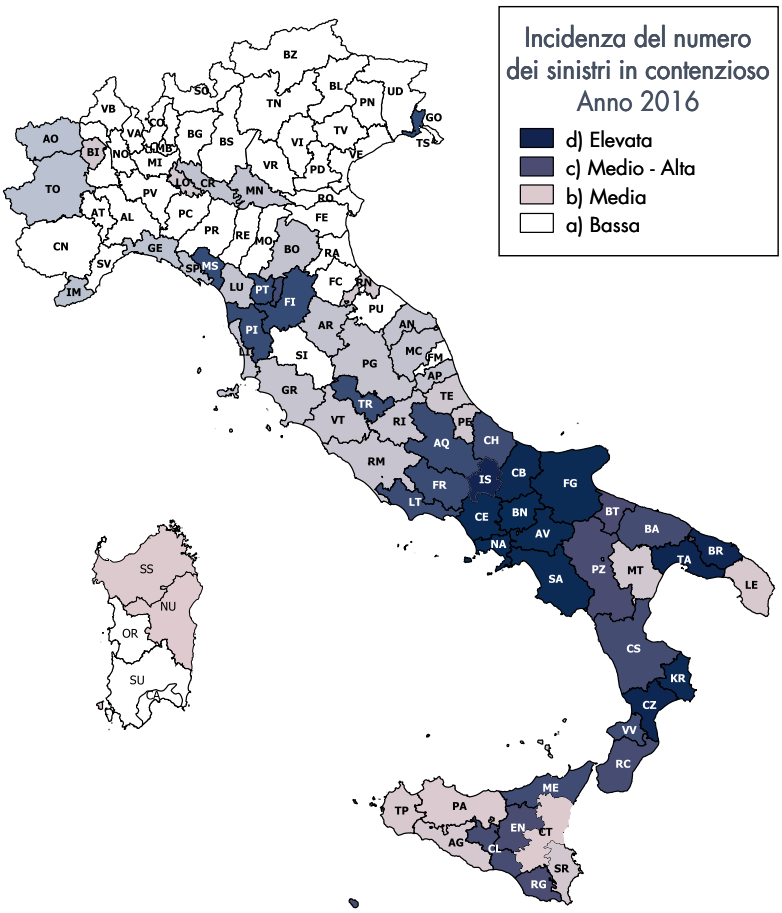
- reato di norma perseguibile a querela di parte (alti costi del contenzioso, rischio di contro-querele, basse possibilità di recuperare il danno economico patito);
- legge sulla non punibilità del reato di lieve entità; nella gran parte dei casi il reato di frode assicurativa rientra tra le condizioni di non punibilità dell'imputato: esiguità del pregiudizio economico provocato e non abitualità dell'imputato rispetto al medesimo reato;
- intasamento delle Procure che determina l'archiviazione per prescrizione di gran parte delle azioni penali. Il 70% delle udienze viene fissato a 3 anni dalla richiesta.

Dall'avvio dell'azione penale alla sentenza di 1° grado passano mediamente 4 anni. In questo contesto è sufficiente ricorrere in appello per avere buone possibilità di raggiungere il termine prescrizionale di 6 anni.

Non vanno inoltre dimenticate le criticità del processo civile dove gran parte del contenzioso r.c. auto è rimesso ai giudici di pace la cui normativa di riferimento non prevede conflitti di interesse tra la funzione di giudice e quella di avvocato in infortunistica stradale.

Dalla statistica annuale r.c. auto di ANIA relativa ai sinistri di accadimento 2016 è stato possibile ricavare la distribuzione provinciale dei sinistri in contenzioso ([1]) e la loro incidenza rispetto ai sinistri che risultavano alla fine dell'anno ancora a riserva. Inoltre è stato possibile anche stimare che il costo medio di un sinistro in contenzioso supera di quattro volte quello accantonato per tutti gli altri sinistri.

Figura 2
Incidenza % del numero di sinistri in contenzioso – Anno 2016



Dalla Figura 2 si può osservare che, se al Centro l'incidenza dei sinistri in contenzioso è nella media (livello che può ritenersi "fisiologico"), al Nord la percentuale è anche più bassa. Fenomeno opposto si rileva invece al Sud dove si registrano valori superiori

([1]) Per sinistri in contenzioso giudiziario si intendono quelli oggetto della rilevazione annuale specifica IVASS (regolamento n. 36 del 28 febbraio 2017).

alla media, con alcune province della Campania, del Molise, della Puglia e della Calabria dove l'incidenza dei sinistri in contenzioso raggiunge valori da 5 a 10 volte superiori.

Tra le concause delle frodi nella r.c. auto non vanno inoltre dimenticate una serie di norme che, essendo finalizzate a rendere celere la procedura di liquidazione del danno, risultano incompatibili con un'approfondita attività antifrode:

- i termini di prescrizione del diritto al risarcimento del danno (2 anni, che possono diventare 5 in caso di lesioni personali) permettono al frodatore di eliminare gran parte degli indizi che potrebbero consentire all'impresa assicuratrice di scoprire l'attività fraudolenta: solo nella provincia di Napoli il 23,9% dei sinistri vengono denunciati a oltre un anno dal loro accadimento. La media nazionale dei sinistri cosiddetti tardivi è del 4,7%;
- il termine di 5 giorni per l'accertamento dei danni al veicolo è troppo breve e, soprattutto in certe regioni, è pressoché impossibile procedere all'accertamento dei danni al veicolo prima dell'inizio delle riparazioni;
- i termini per la formulazione dell'offerta di risarcimento risultano incompatibili con le attività investigative necessarie ad accertare l'esistenza di circostanze fraudolente. La stessa deroga prevista dal Codice delle assicurazioni, che consente alla compagnia di assicurazione di sospendere i termini dell'offerta di risarcimento per approfondimenti "antifrode", appare inadeguata, posto che al termine dell'istruttoria l'impresa assicuratrice è obbligata a liquidare il danno o a presentare una querela. La norma non prevede infatti l'ipotesi di ritiro della richiesta di risarcimento da parte del danneggiato.

A tal fine, è stata effettuata un'analisi limitata alle sole partite di danno al veicolo per sinistri accaduti e liquidati nel 2017 (e per confronto quelli accaduti e liquidati nel 2016), che sono rientrati in indennizzo diretto e che presentavano la doppia firma (del danneggiante e del danneggiato), cosiddetti CID. In particolare si è calcolato il numero di giorni che sono intercorsi tra la data di accadimento del sinistro e quella di effettiva denuncia alle imprese di assicurazione.

Si è osservato che per questa tipologia di danno, che viene risarcita con i tempi più rapidi (circa 33 giorni, valore lievemente superiore a quello del 2016), in media passano 7 giorni tra l'accadimento del sinistro e il giorno in cui l'impresa ne viene a conoscenza (tavola 2).

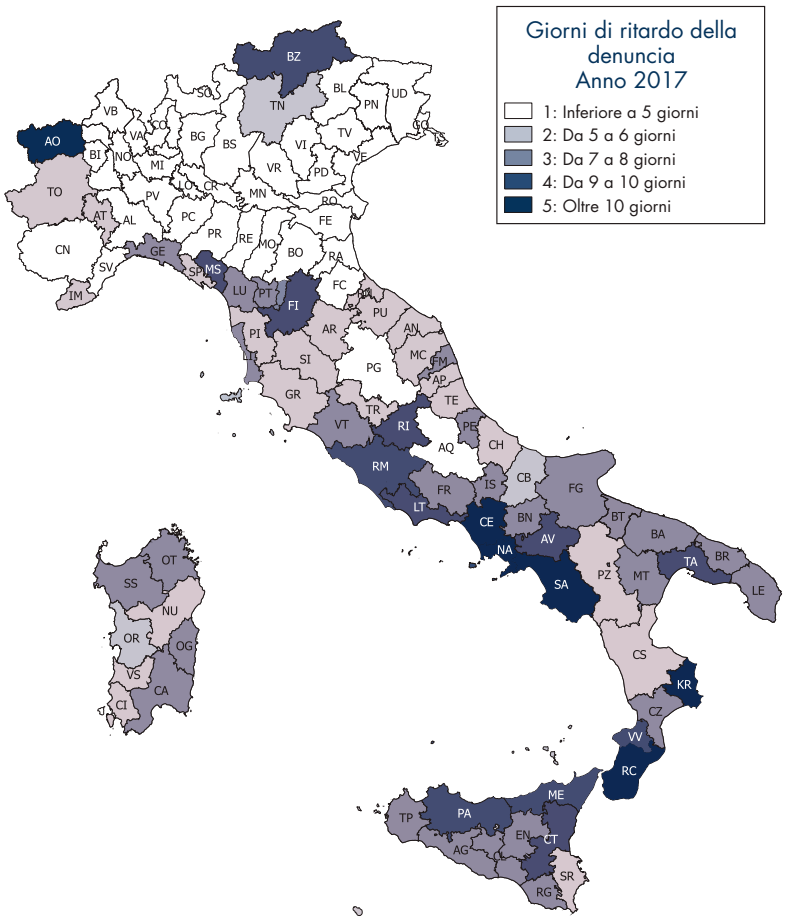
Ma se si osserva a livello territoriale tale indicatore si scopre che in quasi tutte le regioni del Nord, il valore è sempre inferiore alla media, mentre in quelle del Centro e soprattutto del Sud il valore è costantemente più elevato, fino ad arrivare a più del doppio in Campania.

In tale regione, nel 2017, sono trascorsi mediamente 14 giorni tra quello di accadimento del sinistro e quello in cui è venuto a conoscenza dell'impresa di assicurazione (nel 2016 erano quasi 15). Ma se si scende nel dettaglio provinciale (Figura 3) si osserva che a Napoli, nel 2017, sono stati circa 18 i giorni di ritardo tra l'accadimento e la denuncia del sinistro, a Caserta 13, a Crotone, Salerno e Reggio Calabria circa 12, a Messina e Palermo circa 11. Sono invece Gorizia, Venezia, Lodi, Rovigo e Cre-

Tavola 2
Ritardo della denuncia e giorni di liquidazione delle partite CID (danno al veicolo – doppia firma)

Area	Regione	Giorni trascorsi tra la data di accadimento e la data di denuncia		Giorni trascorsi tra la data di denuncia e la data di risarcimento	
		2017	2016	2017	2016
	Liguria	7,2	7,3	32,1	33,2
	Lombardia	5,3	5,3	33,1	31,3
	Piemonte	6,2	6,1	33,4	32,9
	Valle d'Aosta	13,4	11,2	36,4	33,9
Nord-ovest	*Totale*	*5,8*	*5,7*	*33,1*	*31,9*
	Emilia Romagna	5,3	5,3	31,5	29,8
	Friuli-Venezia Giulia	5,0	4,8	31,7	30,0
	Trentino-Alto Adige	8,1	7,9	36,3	31,5
	Veneto	4,9	4,9	32,2	31,1
Nord-est	*Totale*	*5,4*	*5,4*	*32,4*	*30,6*
	Lazio	9,7	9,8	38,5	37,3
	Marche	6,6	6,7	30,6	29,8
	Toscana	8,3	8,4	37,6	36,5
	Umbria	5,8	5,7	28,1	26,8
Centro	*Totale*	*8,5*	*8,5*	*36,3*	*35,2*
	Abruzzo	6,7	6,6	27,7	26,9
	Basilicata	6,8	6,7	23,7	22,9
	Calabria	9,0	9,0	28,6	28,1
	Campania	13,9	14,6	34,7	35,2
	Molise	6,7	6,5	23,5	22,3
	Puglia	7,9	7,8	29,2	29,0
Sud	*Totale*	*9,4*	*9,5*	*29,7*	*29,5*
	Sardegna	6,9	6,8	26,6	25,8
	Sicilia	8,9	9,0	29,8	30,0
Isole	*Totale*	*8,2*	*8,2*	*28,6*	*28,3*
	TOTALE ITALIA	7,0	7,0	32,9	31,8

Figura 3
Ritardo della denuncia delle partite CID (danno al veicolo – doppia firma) – Anno 2017



mona le città dove l'indicatore assume i valori più bassi (inferiore a 4,7). Nelle grandi città il valore passa da 5,4 giorni di Bologna e Milano a 6,9 di Torino, fino ad arrivare a oltre 10 a Roma, Palermo e Firenze.

Il fenomeno delle frodi assicurative è poi strettamente correlato, a livello territoriale, con quello della circolazione dei veicoli non assicurati.

Dal momento che stimare l'entità dell'evasione assicurativa non è compito facile perché per far emergere la dimensione reale del fenomeno servirebbe, da un lato, un controllo serrato e continuo da parte delle Forze dell'ordine (pressoché irrealizzabile) e, dall'altro, occorrerebbe un archivio informatico centralizzato che raccolga tutte le sanzioni per guida senza assicurazione effettuate dalla Polizia Stradale, dalla Polizia Municipale e dai Carabinieri (al momento non esistente), ANIA ha ritenuto di procedere alla stima del numero complessivo dei veicoli circolanti senza assicurazioni, partendo dagli open data della Motorizzazione Civile che a sua volta detiene i dati del PRA (Pubblico Registro Automobilistico), effettuando un'operazione di scrematura e pulizia dei dati e operando delle selezioni sulle informazioni disponibili con la metodologia di seguito descritta.

Innanzitutto va specificato che gli open data della Motorizzazione Civile contengono una quantità enorme di dati, riferendosi a tutto il parco circolante su strada suddiviso per le categorie degli autoveicoli (4 ruote) e motoveicoli (2 ruote), per regione, provincia e comune di residenza. I dati utilizzati in questa analisi si riferiscono al parco di veicoli esistente al 31 ottobre 2017 e tra le informazioni utili che sono state alla base dello studio si menziona in particolare:

- la data di immatricolazione del veicolo
- lo stato dell'obbligo di revisione del veicolo
- lo stato dell'obbligo dell'assicurazione del veicolo

ANIA dispone poi del dato circa il numero di coperture assicurative in essere a una specifica data che, sommato al numero della stima di veicoli non assicurati, deve ricondurre al totale dei veicoli circolanti.

Si sottolinea che per ottenere la stima dei veicoli non assicurati dal database della Motorizzazione Civile sono state effettuate delle scelte in funzione della data di immatricolazione dei veicoli al fine di escludere:

a) i veicoli in giacenza presso i depositi giudiziari presenti in numero molto ampio sul territorio nazionale (si stima siano infatti oltre 300 tali depositi nelle 110 province italiane) per i quali però non esiste un'anagrafe centralizzata che raccolga informazioni puntuali sull'entità dei veicoli in essi presenti;
b) i veicoli inutilizzati (e quindi non circolanti) ma regolarmente registrati che sono lasciati in garage/box/rimesse private;
c) i veicoli abbandonati in strada (nella maggior parte motoveicoli) di cui spesso è praticamente impossibile risalire all'identificazione del proprietario (perché per esempio privi di targhe, incendiati);
d) i veicoli regolarmente registrati presso i concessionari/rivenditori di veicoli ma che sono assicurati solo al momento dell'acquisto (cosiddetti veicoli a "Km 0");

e) i veicoli con polizza assicurativa temporanea (nella maggior parte dei casi a due ruote che acquistano la copertura nella stagione primaverile/estiva) e che al momento della "fotografia" effettuata dal PRA potrebbero risultare privi di copertura assicurativa.

Le selezioni e le ipotesi effettuate sono state le seguenti:

- veicoli a quattro ruote
  - in merito alla data di immatricolazione di questi veicoli si sono esclusi tutti quelli molto vecchi, con anno di immatricolazione precedente al 1970;
  - si sono poi considerati tutti i veicoli risultanti al PRA che circolano con revisione ma senza assicurazione ipotizzando che il vero "nocciolo" dell'evasione si annidi proprio in questa categoria, trattandosi infatti di veicoli che vengono comunque revisionati (e quindi in regola per circolare) ma che non pagano il corrispettivo premio assicurativo;
  - per i veicoli invece che non hanno revisione e che non hanno assicurazione sono state escluse tutte quelle vetture con data di immatricolazione precedente al 2010 perché, analizzando la serie storica dei dati per anno di immatricolazione, si nota che esiste un "gap" nella distribuzione di frequenza intorno a quell'anno (2010) e che i veicoli più recenti possano proprio essere "rappresentativi" dell'altro "nucleo" di mezzi che circolano senza assicurazione; quelli con data di immatricolazione precedente sono più verosimilmente veicoli inutilizzati/abbandonati o in giacenza presso i depositi giudiziari;
- veicoli a due ruote
  - anche per i veicoli a due ruote è stata effettuata una prima "scrematura" escludendo tutti i mezzi con data di immatricolazione precedente al 1970;
  - si è poi stabilita la percentuale di "evasione assicurativa" avendo come vincolo il numero totale dei veicoli assicurati risultanti ad ANIA insieme all'informazione complessiva dei motoveicoli esistenti risultanti al PRA. Per questa tipologia di mezzi è molto significativa, infatti, l'incidenza di coperture assicurative temporanee che se non correttamente considerate porterebbero a un'elevata incidenza di veicoli non assicurati.

Sulla base di queste ipotesi, si stima che nel 2017 **2,8 milioni di veicoli**, pari al **6,3% del totale dei veicoli circolanti**, non possedevano una copertura assicurativa. Il valore risulta appena in lieve diminuzione rispetto al 2016, quando si stimavano 2,9 milioni di veicoli non assicurati, con un'incidenza del 6,7%. Esiste però, come già registrato con le precedenti analisi, una significativa differenza a livello territoriale: rispetto all'incidenza media nazionale del 6,3%, la percentuale superava il 10% al Sud Italia, era pressoché nella media nelle regioni centrali ma molto inferiore (4,1%) nel Nord Italia (tavola 3).

Se si analizza il fenomeno della non assicurazione con un maggior dettaglio territoriale, si può osservare che se nel Nord Italia quasi tutte le regioni e i relativi capoluoghi mostrano un'incidenza di veicoli non assicurati simile e al di sotto della media nazionale (6,3%), nel Centro sono soprattutto il Lazio e la città di Roma che presentano un'incidenza pari al doppio (rispettivamente 9,0% e 9,8%) di quella delle altre regioni della stessa area del Paese. Al Sud invece si passa da valori poco superiori alla media nazionale di regioni come la Basilicata, il Molise e la Sardegna, fino ad arrivare alla Calabria e, soprattutto, alla Campania dove l'incidenza di veicoli non assicurati è pari a più del doppio di quella media: a Napoli un veicolo su sei circola senza assicurazione mentre a Reggio Calabria uno su sette (tavola 4).

Tavola 3 – Stima dei veicoli non assicurati nel 2017 – Analisi per macro area
Valori in milioni

Area	Totale veicoli assicurati	Stima veicoli non assicurati	Per memoria: stima veicoli non assicurati					Totale veicoli circolanti	Incidenza non assicurati	Per memoria: incidenza veicoli non assicurati				
	2017	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2017	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Nord	20,5	0,9	0,9	1,1	1,4	1,2	1,0	21,4	4,1%	4,3%	5,2%	6,2%	5,3%	4,6%
Centro	9,5	0,6	0,7	0,9	0,9	0,8	0,7	10,1	6,3%	6,6%	8,2%	8,5%	8,1%	6,4%
Sud	11,1	1,2	1,3	1,4	1,6	1,5	1,5	12,3	10,1%	10,7%	11,1%	13,5%	13,1%	11,9%
TOTALE ITALIA	41,1	2,8	2,9	3,4	3,9	3,5	3,1	43,9	6,3%	6,7%	7,6%	8,7%	8,0%	7,0%

Elaborazione ANIA su dati della Motorizzazione Civile

Tavola 4
Stima dei veicoli non assicurati nel 2017 – Analisi per regione e capoluogo di regione
Valori in milioni

Regione/capoluogo	Totale veicoli assicurati	Stima veicoli non assicurati	Totale veicoli circolanti	Incidenza non assicurati
	2017	2017	2017	2017
Bologna	0,704	0,029	0,733	4,0%
Totale EMILIA-ROMAGNA	**3,411**	**0,139**	**3,551**	**3,9%**
Trieste	0,164	0,005	0,169	3,1%
Totale FRIULI-VENEZIA GIULIA	**0,969**	**0,031**	**0,999**	**3,1%**
Genova	0,571	0,023	0,594	3,9%
Totale LIGURIA	**1,147**	**0,047**	**1,195**	**4,0%**
Milano	1,901	0,135	2,036	6,6%
Totale LOMBARDIA	**6,953**	**0,344**	**7,297**	**4,7%**
Torino	1,537	0,090	1,626	5,5%
Totale PIEMONTE	**3,304**	**0,163**	**3,467**	**4,7%**
Trento	0,449	0,012	0,461	2,6%
Totale TRENTINO ALTO ADIGE	**0,882**	**0,023**	**0,904**	**2,5%**
Aosta	0,115	0,008	0,123	6,5%
Totale VALLE D'AOSTA	**0,115**	**0,008**	**0,123**	**6,5%**
Venezia	0,546	0,017	0,563	3,0%
Totale VENETO	**3,768**	**0,122**	**3,890**	**3,1%**
TOTALE NORD ITALIA	*20,549*	*0,876*	*21,425*	*4,1%*
Pescara	0,214	0,014	0,229	6,2%
Totale ABRUZZO	**0,969**	**0,061**	**1,029**	**5,9%**
Roma	2,568	0,280	2,848	9,8%
Totale LAZIO	**3,730**	**0,368**	**4,098**	**9,0%**
Ancona	0,355	0,013	0,368	3,7%
Totale MARCHE	**1,207**	**0,050**	**1,257**	**4,0%**
Firenze	0,716	0,031	0,747	4,2%
Totale TOSCANA	**2,845**	**0,126**	**2,971**	**4,2%**
Perugia	0,560	0,027	0,587	4,6%
Totale UMBRIA	**0,746**	**0,036**	**0,782**	**4,5%**
TOTALE CENTRO ITALIA	*9,496*	*0,640*	*10,137*	*6,3%*
Potenza	0,266	0,018	0,284	6,4%
Totale BASILICATA	**0,398**	**0,028**	**0,426**	**6,6%**
Reggio Calabria	0,280	0,045	0,325	13,7%
Totale CALABRIA	**1,105**	**0,139**	**1,244**	**11,2%**
Napoli	1,243	0,255	1,497	17,0%
Totale CAMPANIA	**2,837**	**0,434**	**3,271**	**13,3%**
Campobasso	0,169	0,011	0,181	6,2%
Totale MOLISE	**0,243**	**0,017**	**0,260**	**6,4%**
Bari	0,740	0,055	0,794	6,9%
Totale PUGLIA	**2,371**	**0,193**	**2,564**	**7,5%**
Cagliari	0,345	0,025	0,370	6,8%
Totale SARDEGNA	**1,057**	**0,081**	**1,138**	**7,1%**
Palermo	0,698	0,079	0,778	10,2%
Totale SICILIA	**3,040**	**0,347**	**3,387**	**10,2%**
TOTALE SUD ITALIA	*11,052*	*1,238*	*12,290*	*10,1%*
TOTALE ITALIA	41,097	2,755	43,852	6,3%

Elaborazione ANIA su dati della Motorizzazione Civile

INIZIATIVE DI CONTRASTO ALLE FRODI ASSICURATIVE E ALL'ELUSIONE ALL'OBBLIGO AD ASSICURARSI

Operazione "Mercurio Insurance"

Il fenomeno dell'evasione assicurativa nell'ambito della r.c. auto determina effetti patologici sul sistema dell'assicurazione obbligatoria causando, oltre a mancati introiti a favore delle imprese assicuratrici, anche maggiori costi in capo al Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada che è chiamato a coprire gli oneri per i risarcimenti derivanti da sinistri causati da veicoli non assicurati.

Nella prima settimana del mese di luglio 2017, grazie a una sinergia tra l'Associazione e il Ministero dell'Interno è stato possibile avviare, per la prima volta in Italia, un'azione di controllo su strada per intercettare i veicoli sprovvisti di copertura assicurativa. L'operazione è stata resa possibile attraverso un sistema di controllo automatizzato cosiddetto "a strascico" delle targhe in circolazione rilevabili attraverso telecamere installate su oltre 200 veicoli della Polizia di Stato in servizio di pattugliamento collegati on line con l'archivio delle coperture assicurative presso la Motorizzazione Civile.

Le vetture attenzionate da alert sulla carenza di copertura assicurativa sono state fermate dalle pattuglie per un'immediata contestazione dell'infrazione rilevata. I controlli sono stati svolti anche sulle targhe di veicoli in sosta.

L'Associazione ha voluto consolidare la cooperazione con le Forze dell'ordine impegnate nella lotta a comportamenti fraudolenti a danno del settore attraverso un supporto di back office alle pattuglie impegnate su strada per verificare i dubbi in alcuni casi di coperture non presenti sulla banca dati o per accertare l'eventuale contraffazione della documentazione assicurativa prodotta dal proprietario del veicolo (certificato di assicurazione).

L'operazione "Mercurio Insurance" ha visto impegnate 4.000 pattuglie della Polizia di Stato, di cui 250 dotate dei sistemi di controllo automatizzato "Mercurio", e oltre 8.000 poliziotti impegnati quotidianamente in 103 province.

Complessivamente sono stati controllati 408.883 autoveicoli e in 2.419 casi è stato disposto il sequestro del mezzo per mancata copertura assicurativa.

I controlli hanno anche evidenziato impatti sulla sicurezza pubblica. Infatti il 40% dei soggetti contravvenzionati aveva pregiudizi di polizia. Sono stati inoltre disposti 12 arresti (di cui un pregiudicato per associazione di stampo mafioso) e redatte 45 denunce in stato di libertà.

Le province con maggiore evasione assicurativa sono risultate: Napoli (239 sequestri), Roma (120), Palermo (98), Cosenza (64), Reggio Calabria (62), Agrigento (58), Foggia (55), Catania (49) mentre le province più virtuose (zero sequestri nei controlli automatici) sono state: Sondrio, Treviso, Vicenza, Asti, Cuneo, Rimini, Ravenna, Siena, Pesaro, Macerata.

Cooperazione con le Procure della Repubblica

Il 1° giugno 2017 ANIA ha sottoscritto con la Procura della Repubblica di Napoli un protocollo di cooperazione in materia di frodi assicurative.

L'iniziativa, alla quale hanno aderito 19 gruppi assicurativi rappresentativi di oltre il 90% del portafoglio r.c. auto, ha lo scopo di individuare le migliori prassi operative per rendere più fluidi e veloci le comunicazioni aventi a oggetto episodi di rilevanza penale e, conseguentemente più efficace e tempestiva, l'azione di contrasto al diffuso fenomeno delle frodi assicurative.

A tal fine la Procura di Napoli ha costituito un pool di magistrati specializzato nei reati di frode assicurativa disponibile a cooperare con le imprese assicuratrici. Anche le indagini e gli accertamenti di polizia giudiziaria saranno delegati a una specifica sezione di Polizia Giudiziaria stabilmente operativa in materia di frodi assicurative.

La Procura di Napoli si interfaccerà anche con IVASS, per l'accesso alla banca dati dei sinistri, e con ANIA per promuovere attività finalizzate a una più efficace attuazione del protocollo.

Il 20 dicembre 2017, l'iniziativa è stata estesa anche alle Procure della Repubblica di Catania, Caltagirone, Ragusa e Siracusa e sono attualmente in corso contatti con altre Procure interessate a instaurare con il settore assicurativo forme di cooperazione che consentano una semplificazione delle attività investigative e una convergenza di attività da parte delle imprese coinvolte nel fenomeno oggetto di indagine.

L'Associazione ha inoltre messo a disposizione della Magistratura e delle Forze dell'ordine impegnate in indagini su presunte frodi assicurative una struttura denominata "Sportello Antifrode" che svolge un ruolo di "collettore" verso le imprese con riferimento all'acquisizione di informazioni su incarico delle FF.OO. e dell'Autorità giudiziaria.

Il Servizio è inoltre dotato di un numero verde dedicato alle Forze dell'ordine (800 615 960 – attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30) a disposizione delle Autorità per informazioni di natura assicurativa di carattere generale nonché per fornire eventuali visure rispetto alla copertura assicurativa di specifici veicoli.

ANALISI DELLA DINAMICA DEI PREZZI R.C. AUTO E CONFRONTO EUROPEO – FOCUS SUL CICLO ASSICURATIVO

La variazione del premio medio r.c. auto

In un regime di assicurazione obbligatoria, la variazione annuale dei premi incassati dalle compagnie è strettamente connessa con quella della spesa complessivamente effettuata dagli assicurati per fruire della copertura. Per calcolare il prezzo mediamente pagato per la singola polizza occorre tener conto del fatto che il numero di veicoli assicurati varia nel tempo. Dividendo il volume dei premi incas-

sati per il numero dei veicoli assicurati si ha il prezzo medio della copertura per veicolo ([1]).

Nella tavola 1 sono riportati i dati rilevanti per la stima effettuata dall'Associazione di tale indicatore dal 1994 (anno della liberalizzazione tariffaria) al 2017; in particolare, i risultati per l'ultimo quinquennio (2013-2017) possono essere così sintetizzati:

- nel 2013, e soprattutto nel 2014 e nel 2015, il premio medio della copertura r.c. auto ha mostrato una marcata fase di contrazione (iniziata in realtà a partire dall'ultimo trimestre del 2012) che è proseguita anche nel 2016. Nei quattro anni si è registrato complessivamente un calo pari al -22,1% (-4,6% nel 2013, -7,0% nel 2014, -6,7% nel 2015 e -5,9% nel 2016);
- nel 2017 si è ancora registrata una riduzione (pari al -2,5%), anche se in misura più contenuta rispetto ai quattro anni precedenti.

Vale la pena notare che, per effetto delle marcate diminuzioni registrate negli ultimi cinque anni (complessivamente la riduzione è stata di quasi il 25%), l'indice del prezzo medio della copertura assicurativa del 2017 (valori colonna 3 – tavola 1) è tornato ai livelli registrati vent'anni prima.

Anche l'indagine statistica per il monitoraggio dei prezzi effettivi della garanzia r.c. auto effettuata trimestralmente da IVASS, ([2]) pur se riferita alle sole autovetture, conferma per gli ultimi cinque anni una contrazione del premio medio analoga a quanto rilevato da ANIA.

Nella figura 1 sono riepilogati i valori dei premi trimestrali rilevati da IVASS (i premi antecedenti a dicembre 2013 sono stati stimati da ANIA sulla base dell'andamento dei premi medi registrato da un'analoga rilevazione associativa). Sulla base di questa rilevazione si stima che il prezzo della copertura r.c. auto per le sole autovetture è passato da 567 euro di marzo 2012 a 417 euro di dicembre 2017, con una riduzione

---

([1]) Dal punto di vista metodologico usare la variazione del prezzo medio della copertura per veicolo per calcolare la crescita dei prezzi significa utilizzare la metodologia del calcolo dei deflatori della spesa nella contabilità nazionale (indice di Paasche). Va notato che il deflatore è a pesi variabili, vale a dire tiene conto della esatta composizione della spesa e del prezzo effettivamente pagato dall'assicurato. In particolare, il deflatore tiene conto:

- della effettiva classe di merito dell'assicurato: perciò se un assicurato nell'anno di rilevazione è in una classe di bonus malus inferiore a quella dell'anno precedente (eventualità che si realizza in oltre il 95% dei casi) il deflatore misura una riduzione (o minor aumento) della spesa;
- degli sconti praticati rispetto al prezzo pubblicato (tariffa): perciò se durante l'anno di rilevazione un assicurato ottiene uno sconto che non aveva avuto l'anno precedente, il deflatore misura una riduzione (o minor aumento) della spesa;
- delle variazioni delle caratteristiche dei veicoli assicurati dovute, in parte, alle nuove immatricolazioni.

([2]) IVASS ha avviato nell'ultimo trimestre del 2013 un'indagine statistica sui prezzi effettivi per la garanzia r.c. auto denominata IPER. La rilevazione contiene per ogni trimestre informazioni sugli importi dei premi effettivamente pagati per la garanzia r.c. auto dagli assicurati (e non sui prezzi di listino/tariffe) risultanti da un campione di circa due milioni di contratti di durata annuale per la sola copertura di autovetture ad uso privato. Gli importi sono comprensivi di tutte le componenti che concorrono alla determinazione del prezzo finale, ovvero la fiscalità, gli sconti sul prezzo di listino e le provvigioni corrisposte agli intermediari.

L'ASSICURAZIONE AUTO

Tavola 1 – Assicurazione r.c. auto: evoluzione della raccolta premi

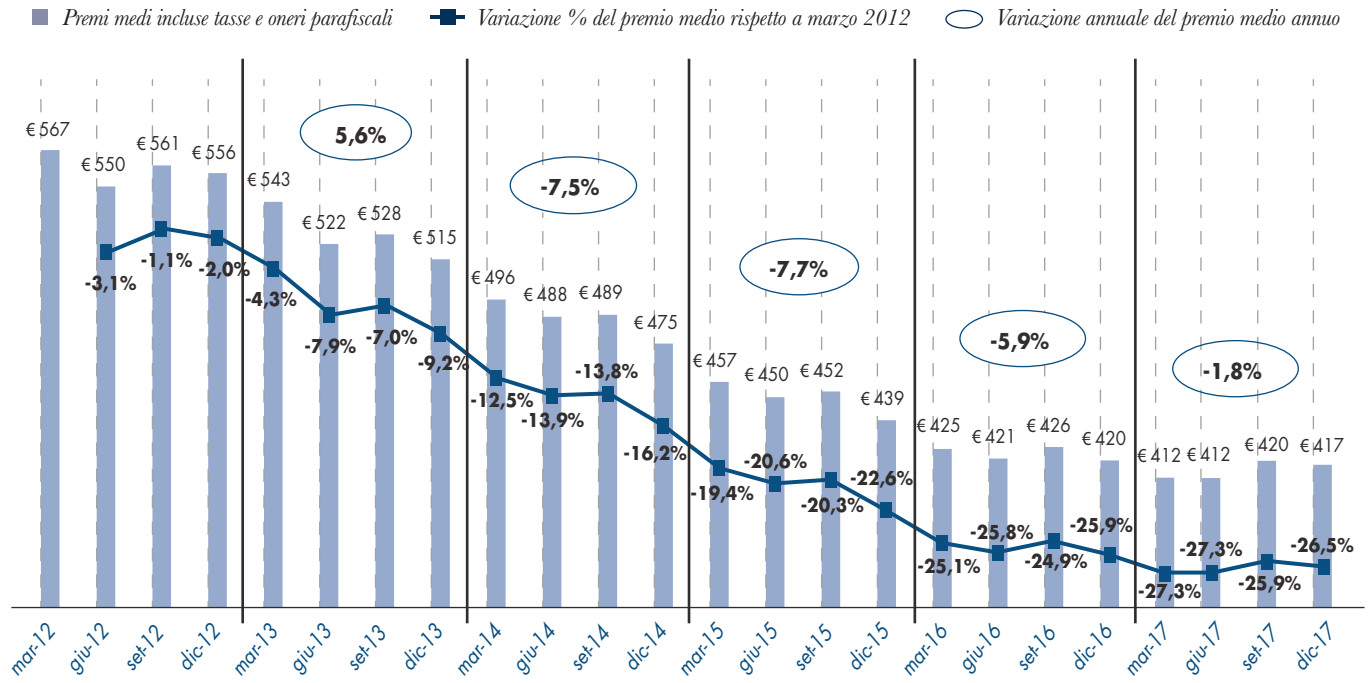
ANNI	1. Premi Contabilizzati R.C.A ([1]) (Fonte IVASS)			2. Numero di veicoli circolanti ([2])		3. Numero indice del prezzo medio della copertura per veicolo		PER MEMORIA 4. Indice ISTAT dell'assicurazione dei mezzi di trasporto		PER MEMORIA 5. Indice ISTAT dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC)	
	Valore assoluto in Euro (mln)	Numero indice	Variazione annua (%) ([3])	Numero indice	Variazione annua (%)	Numero indice	Variazione annua (%)	Numero indice	Variazione media annua (%)	Numero indice	Variazione media annua (%)
1994	8.663	100,0	6,1	100,0	3,0	100,0	2,9	100,0	8,5	100,0	4,1
1995	9.316	107,5	7,5	102,1	2,1	105,3	5,3	110,2	10,2	105,3	5,3
1996	9.770	112,8	4,9	101,8	-0,3	110,9	5,3	120,2	9,1	109,5	4,0
1997	10.655	123,0	9,1	102,8	1,0	119,6	7,8	131,2	9,2	111,7	2,0
1998	11.745	135,6	10,2	107,3	4,4	126,4	5,7	149,1	13,6	113,9	2,0
1999	13.226	152,7	12,6	109,6	2,1	139,4	10,3	174,0	16,7	115,8	1,7
2000	14.196	163,9	7,3	112,4	2,6	145,8	4,6	190,8	9,6	118,7	2,5
2001	15.315	176,8	7,9	116,9	4,0	151,2	3,7	211,3	10,7	122,0	2,7
2002	16.628	191,9	8,6	120,1	2,8	159,7	5,6	235,8	11,6	125,0	2,5
2003	17.622	203,4	6,0	123,5	2,8	164,7	3,1	247,7	5,0	128,4	2,7
2004	18.062	208,5	2,5	126,0	2,0	165,4	0,4	250,0	0,9	131,3	2,2
2005	18.171	209,8	0,6	128,7	2,1	163,1	-1,5	254,3	1,7	133,8	1,9
2006	18.387	212,3	1,2	131,2	2,0	161,8	-0,8	260,1	2,3	136,6	2,1
2007	18.208	210,2	-1,0	133,5	1,7	157,5	-2,7	264,0	1,5	139,1	1,8
2008	17.606	203,2	-3,3	133,9	0,3	151,8	-3,6	270,2	2,4	143,8	3,3
2009	16.963	195,8	-3,6	134,2	0,2	145,9	-3,9	278,1	2,9	144,9	0,8
2010	16.881	204,4	4,4	133,9	-0,3	152,7	4,7	298,2	7,2	147,1	1,5
2011	17.760	215,0	5,2	133,1	-0,5	161,5	5,8	314,3	5,4	151,2	2,8
2012	17.542	212,5	-1,2	130,7	-1,9	162,6	0,7	328,1	4,4	155,8	3,0
2013	16.232	197,6	-7,0	127,4	-2,5	155,1	-4,6	327,5	-0,2	157,7	1,2
2014	15.180	184,7	-6,5	128,2	0,6	144,2	-7,0	318,7	-2,7	158,1	0,2
2015	14.187	172,7	-6,5	128,3	0,1	134,6	-6,7	313,1	-1,8	158,1	0,0
2016	13.494	163,1	-5,6	128,7	0,3	126,7	-5,9	313,1	0,0	158,0	-0,1
2017	13.202	159,5	-2,2	129,2	0,4	123,5	-2,5	317,4	1,4	159,9	1,2

([1]) I premi contabilizzati sono relativi alle sole imprese italiane, alle rappresentanze di imprese con sede nei paesi non appartenenti allo S.E.E., dal momento che per le altre rappresentaze di imprese (con sede in paesi dello S.E.E.) non si dispone del numero di veicoli assicurati
([2]) Fino al 2008 la variazione nel numero dei veicoli assicurati si stima sulla basedei dati ACI. Dal 2009 la variazione si basa sull'effettivo numero di veicoli assicurati calcolata da un'indagine avviata da ANIA, con una metodologia coerente con quanto specificatamente richiesto alle mprese da IVASS in occasione delle anticipazion dei dati di bilancio. Secondo dati ancora preliminari il numero dei veicoli-anno assicurati nel 2017 dalle imprese italiane e dalle rappresentanze di imprese con sede in paesi non appartenenti allo S.E.E. e circolanti in Italia risulta in lieve aumento (+0,4%) e pari a 38,8 milioni; considerando tuttavia anche tutte le altre tipologie di imprese operanti in Italia, il parco risulterebbe in aumento dello 0,2%
([3]) Le variazioni percentuali dei premi dal 2013 e del 2010 sono state calcolate a termini omogenei

del 26,5%, in linea con la riduzione dell'indice del prezzo medio della copertura assicurativa di tavola 1.

Per quanto riguarda l'anno 2017, si desume dall'IPER che il prezzo medio r.c. auto delle autovetture (ottenuto come media dei valori rilevati nei quattro trimestri dell'anno) è diminuito dell'1,8% rispetto allo stesso periodo del 2016, passando da 423 euro a 415 euro.

Figura 1 – Andamento dei premi medi r.c. autovetture



Fonte: da dicembre 2013 a dicembre 2017 IVASS, precedentemente stima ANIA su dati IVASS

Sulla base dei risultati dell'ultimo monitoraggio trimestrale dei premi medi r.c.auto di cui dispone anche ANIA ([3]) risulta che nel mese di marzo 2018 (tavola 2), il prezzo medio della copertura prima delle tasse continua ulteriormente a diminuire (la riduzione è pari a **-1,3%**) e il premio medio (senza le imposte e il contributo al Servizio Sanitario Nazionale) è arrivato a **345 euro** ([4]) (92 euro in meno in valore assoluto rispetto ai 437 euro di marzo del 2013, ossia circa il 21% in meno in cinque anni). In particolare, il premio medio delle autovetture ha registrato a marzo 2018 una diminuzione dell'1,2% rispetto allo stesso mese del 2017, mentre per i motocicli e ciclomotori si rileva un'inversione di tendenza, con il premio in lieve aumento (rispettivamente +0,5% e +2,1%).

([3]) ANIA dispone dal 2013 di un monitoraggio trimestrale (a cui aderisce oltre l'85% delle imprese del mercato in termini di premi raccolti) mirato a stimare quale sia il prezzo pagato per l'assicurazione r.c. auto in occasione del rinnovo della polizza. Sono escluse da questa indagine le polizze flotta/assicurate con libro matricola e, al fine di favorire la comparabilità dei dati, si considerano le sole polizze che arrivano alla scadenza annuale nel mese indicato e non si considerano le polizze temporanee. I premi vengono rilevati senza considerare le imposte e il contributo al Servizio Sanitario Nazionale.

([4]) Considerando le imposte (15,7%) e il contributo al Servizio Sanitario Nazionale (10,5%), che pesano mediamente nel 2018 per il 26,2% del premio prima delle tasse, il premio medio della copertura dopo le tasse a marzo 2018, per la totalità dei veicoli, è pari a 435 euro. Per le autovetture ad uso privato invece il premio medio dopo le tasse ammonta a 440 euro. Tale valore differisce da quanto riportato da IVASS ed è in generale più elevato in quanto la rilevazione ANIA considera le sole polizze che giungono al rinnovo nei portafogli delle imprese, di cui si conosce il premio pagato nell'annualità precedente. Si escludono quindi i nuovi contratti assunti nel mese che, almeno in parte, si riferiscono ad assicurati che cambiano compagnia per ottenere un premio più vantaggioso e che sperimentano quindi una riduzione in media più elevata di quella che si può ottenere non cambiando impresa. Il premio che viene fornito dalle imprese, inoltre, non tiene conto di variazioni contrattuali o di eventuali ulteriori sconti rispetto all'anno passato che gli assicurati ottengono al momento dell'effettivo pagamento del premio.

Tavola 2
Monitoraggio dei prezzi r.c. auto emessi al momento del rinnovo

Mese/Anno	Premio medio (prima delle tasse) (Euro)	Variaz. % rispetto stesso mese anno precedente
Marzo 2018 – Totale Contratti	345	-1,3
di cui:		
Autovetture ad uso privato	349	-1,2
Motocicli ad uso privato	237	0,5
Ciclomotori ad uso privato	155	2,1

In un confronto europeo (tavola 3), considerando i dati di fonte Eurostat (che ricalcano essenzialmente quelli richiesti da ISTAT per l'Italia e dagli analoghi Istituti di statistica per gli altri paesi) risulta che, dal 2013 al 2017, gli unici tre paesi in cui si registra una riduzione dell'indice dei prezzi dell'assicurazione r.c. auto sono stati la Grecia (-29,0%), la Danimarca (-7,7%) e l'Italia (-3,3%). In tutti gli altri paesi i prezzi r.c. auto sono invece aumentati: se in Norvegia, Francia, Belgio, Svezia e Lussemburgo l'incremento nei cinque anni è stato più contenuto e nell'ordine del 3%-5%, in Irlanda, nel Regno Unito e in Olanda gli aumenti sono stati molto significativi (rispettivamente +37,7%, +28,5% e +26,1%).

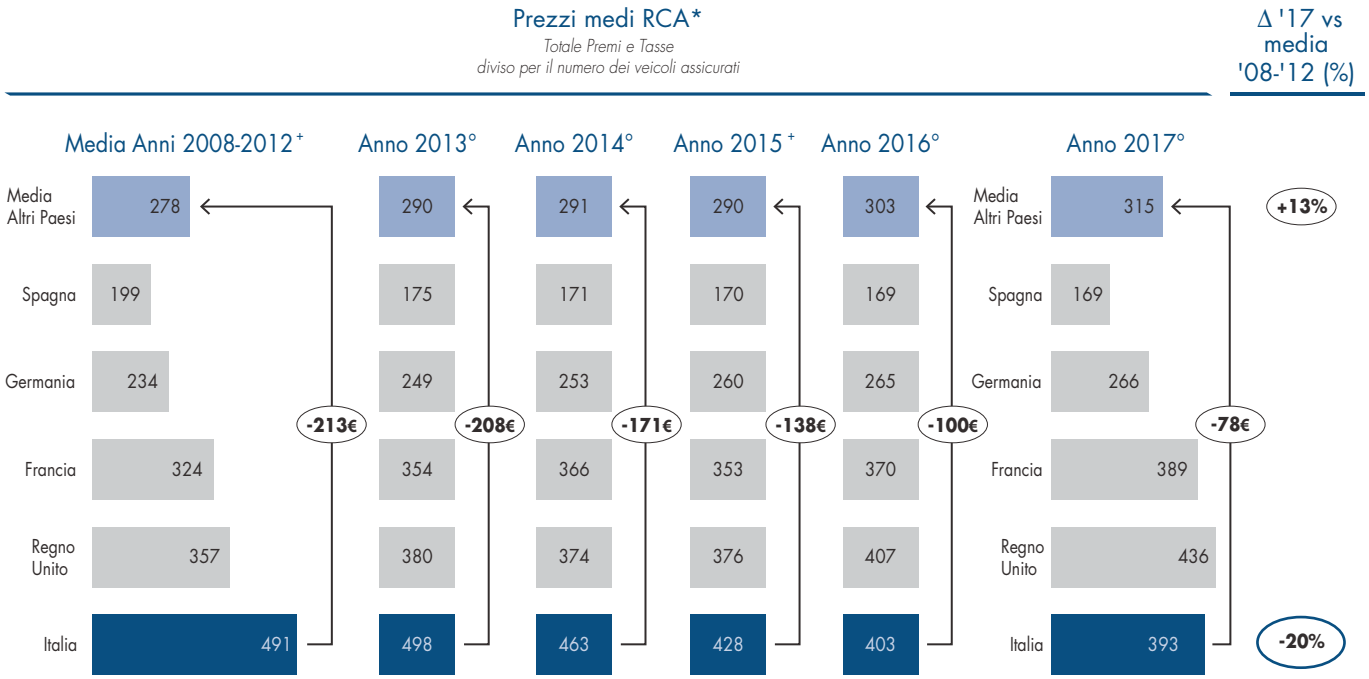
Tavola 3
Variazione % dell'indice dei prezzi dell'assicurazione per i mezzi di trasporto

	MEDIA ANNUA					TOTALE	TENDENZIALE
	2013	2014	2015	2016	2017	2013-2017	Maggio 2018-2017
Italia	-0,2%	-2,6%	-1,8%	-0,1%	1,4%	-3,3%	1,3%
Austria	2,5%	1,9%	1,7%	1,8%	2,0%	10,1%	2,0%
Belgio	1,2%	1,3%	0,5%	0,1%	-0,3%	2,9%	-1,0%
Danimarca	-17,4%	12,3%	1,9%	-0,1%	-2,3%	-7,7%	1,3%
Finlandia	4,0%	3,9%	6,0%	2,7%	1,0%	18,8%	1,1%
Francia	-1,5%	-0,2%	1,7%	1,3%	1,4%	2,7%	2,7%
Germania	4,1%	1,7%	-1,6%	2,1%	0,3%	6,7%	-7,0%
Grecia	-7,7%	-8,9%	-9,1%	-3,9%	-3,3%	-29,0%	-0,6%
Irlanda	-7,5%	6,0%	19,6%	24,6%	-5,7%	37,7%	-7,7%
Lussemburgo	0,8%	1,8%	0,1%	1,7%	0,0%	4,5%	0,8%
Norvegia	2,3%	1,1%	0,2%	-0,4%	-0,5%	2,6%	1,6%
Olanda	12,1%	0,2%	3,4%	2,1%	6,2%	26,1%	6,3%
Regno Unito	-1,6%	2,1%	3,0%	11,9%	10,9%	28,5%	-2,5%
Spagna	-0,3%	0,7%	1,8%	2,5%	2,6%	7,6%	1,5%
Svezia	0,4%	1,2%	1,9%	-0,1%	0,2%	3,7%	0,4%
UE 28	0,5%	0,5%	0,4%	2,7%	2,3%	6,6%	-1,0%

Fonte: Eurostat

Per questa ragione è diminuito ulteriormente il divario tra i premi medi italiani e quelli degli altri principali paesi. Se infatti, come ha rilevato lo studio condotto nel 2014 da Boston Consulting Group sui prezzi r.c. auto in Europa, le polizze italiane tra il 2008 e il 2012 erano più costose di 213 euro rispetto alla media di Germania, Francia, Spagna e Regno Unito, nel 2015 la stessa società di consulenza rilevava che il divario si era ridotto a 138 euro. ANIA, sulla base degli andamenti dell'indice dei prezzi r.c. auto pubblicati da Eurostat, ha stimato che tale divario si è ulteriormente assottigliato ed era pari a 78 euro nel 2017 (figura 2). Si nota, in particolare, che ora il Regno Unito ha un premio medio più elevato di quello dell'Italia e che quello della Francia è sovrapponibile a quello del nostro Paese.

Figura 2 – Premi medi r.c. auto – confronto europeo



(+) Fonte BCG - Documento Finale Confronto sul Mercato RCA in Europa
(°) Elaborazioni e stime ANIA su dati Eurostat e Insurance Europe
(*) Le lievi differenze fra il premio dell'Italia riportato in questo grafico e quello risultante dall'indagine IPER di IVASS derivano dal fatto che l'Istituto considera solo le autovetture ad uso privato

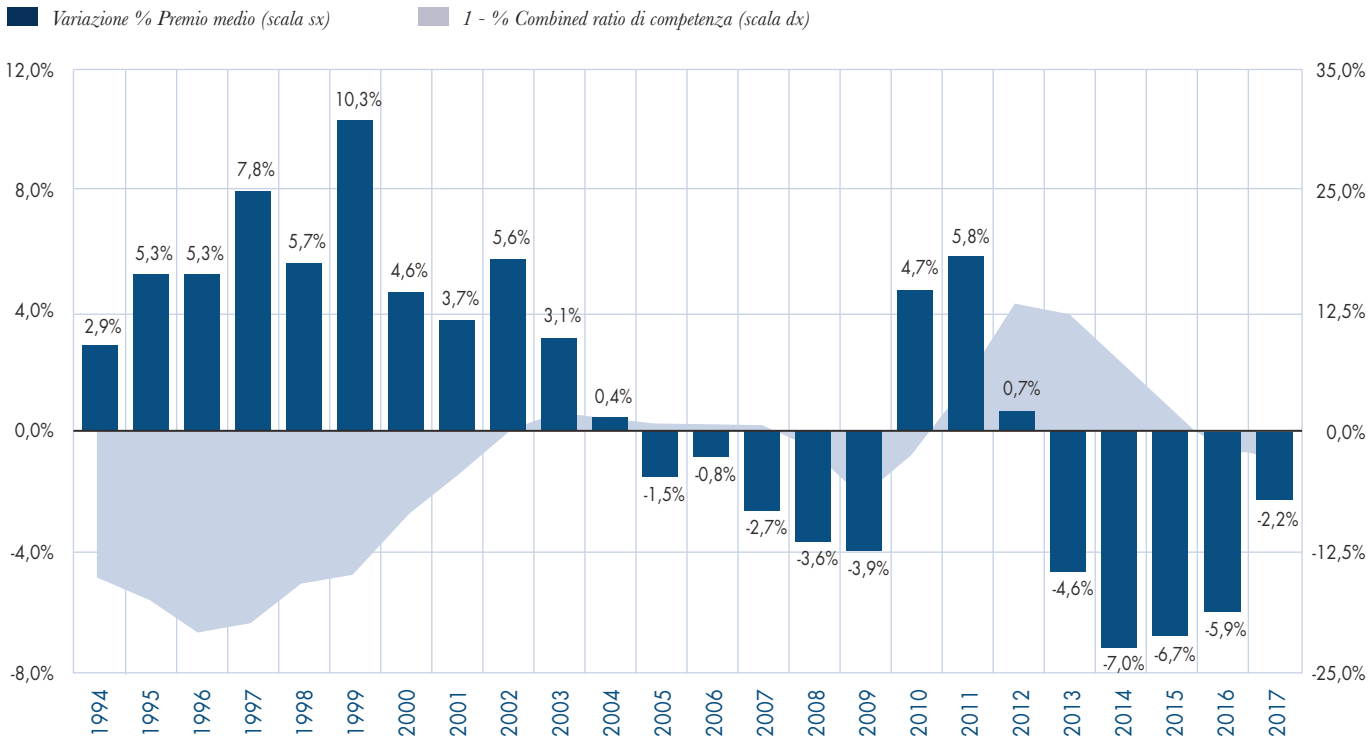
La riduzione del premio medio r.c. auto in Italia è stata conseguenza dell'effetto concomitante di diversi fattori:

- la crisi economica che, almeno fino al 2015, ha limitato l'utilizzo delle auto e diminuito di fatto la frequenza dei sinistri;
- l'accesa competitività tra le imprese che ha concesso ai consumatori di optare per offerte maggiormente convenienti, come la possibilità di sottoscrivere contratti che prevedono ad esempio l'installazione della scatola nera a bordo dei veicoli, beneficiando di sconti (anche significativi) sul prezzo della copertura r.c. auto. Il progressivo aumento in termini di numero di dispositivi installati ha consentito poi alle compagnie di ridurre il moral hazard dei propri clienti sia in fase di profilazione del rischio sia nella fase (eventuale) successiva di accadimento e valutazione di un danno, riducendo le frodi e permettendo una più corretta quantificazione del danno;
- la norma che ha reso più rigorosi i criteri per il risarcimento dei danni lievi alla persona e che, avendo ridotto la componente di costo legata alle micro-lesioni fisiche (invalidità molto contenuta fra 1 e 3 punti), ha permesso consistenti riduzioni tariffarie proprio a partire dal 2013.

Il livello dei premi (o delle tariffe) applicati è strettamente correlato con il livello di redditività della gestione assicurativa che può essere misurata attraverso il combined ratio, ovvero la somma del loss ratio di competenza e dell'expense ratio (il primo indice rapporta il costo dei sinistri dell'esercizio ai premi di competenza, mentre il secondo valuta l'incidenza delle spese di gestione dell'impresa ai premi sottoscritti); eventuali profitti o perdite sono chiaramente collegati con l'adeguatezza delle tariffe rispetto ai rischi sottoscritti.

Confrontando nel lungo periodo il complemento a uno del combined ratio (un valore dell'indice inferiore a zero indica una perdita per l'impresa mentre altrimenti un margine positivo) con le variazioni dei premi medi (figura 3), si osserva quello che viene definito "ciclo assicurativo di sottoscrizione". Fino al 2002, a partire dalla liberalizzazione delle tariffe (1994), si sono registrati risultati tecnici anche molto negativi che hanno richiesto un riequilibrio attraverso aumenti dei premi medi (fase "hard" del ciclo). Una volta portati in terreno positivo i conti tecnici (anno 2002) le imprese hanno iniziato a ridurre le tariffe (fase "soft" del ciclo). Esiste però un "gap" temporale tra il momento in cui si inverte il ciclo in termini di redditività e quello in cui si modifica il trend di variazione delle tariffe. Queste ultime, infatti, possono riflettere le variazioni nei cambi della sinistralità solo con diversi mesi di ritardo in quanto i dati per il calcolo e la stima dei nuovi premi, basandosi su periodi precedenti di esperienza, non sono immediatamente disponibili e richiedono tempi di elaborazione anche molto estesi. I trend più recenti evidenziano che, a fronte di margini positivi rilevati a partire dal 2012, si è registrata la più marcata diminuzione dei premi medi (quasi -25% dal 2013 al 2017), dall'anno della liberalizzazione (1994) a oggi.

Figura 3 – Il ciclo assicurativo di sottoscrizione



La logica sottostante l'andamento ciclico nel settore assicurativo è la seguente. Durante gli anni con elevati profitti, cresce l'ottimismo degli assicuratori, che sono portati a competere maggiormente per l'acquisizione di nuovi affari. Nel caso dell'assicurazione r.c. auto, poi, essendo la domanda anelastica, significa attrarre business da altri assicuratori; in un mercato maturo e fortemente concorrenziale ciò implica una riduzione dei prezzi per guadagnare quote di mercato. Conseguentemente i pro-

fitti tenderanno a contrarsi sia a causa di tariffe via via più basse sia a causa dell'acquisizione di rischi di minore qualità. I profitti non torneranno a crescere fino a quando gli assicuratori non adegueranno le proprie tariffe, mettendo in atto anche una più attenta e selezionata politica di sottoscrizione. Questo porterà di nuovo i profitti ad aumentare e il ciclo ricomincia.

Occorre tener presente che le imprese di assicurazione hanno diversi costi operativi e quindi differenti margini di profitto minimi accettabili. La percezione e le attese di futuri profitti o perdite si sviluppano in modi e tempi differenti e le strategie delle singole imprese non sono note. Quindi non può esserci una coordinazione nelle azioni del mercato e questo implica che il processo ciclico non raggiunge un punto di equilibrio e di conseguenza è destinato a non terminare.

IL RISARCIMENTO DIRETTO

IL CALCOLO DEI FORFAIT 2018

Resta immutato anche per il 2018 il quadro normativo vigente di riferimento alla base dei criteri di determinazione dei costi medi (c.d. forfait) da utilizzare per le compensazioni economiche tra le imprese assicurative (art. 29 del d.l. n. 1 del 24 marzo 2012 convertito nella legge n. 27 del 24 marzo 2012, provvedimento IVASS n. 18 del 5 agosto 2014).

In particolare, le compensazioni sono così distinte:

- un forfait unico "CARD-CID" per le lesioni al conducente di lieve entità e per i danni al veicolo assicurato e alle cose trasportate, distinto per le grandi tipologie di veicolo "ciclomotori e motocicli" e "veicoli diversi da ciclomotori e motocicli". Il forfait unico, relativamente alla sola componente per danni a cose è stato differenziato per tre macro-aree territoriali;
- per la gestione "CARD-CTT" relativa ai danni alla persona del trasportato e alle cose di sua proprietà, le compensazioni sono effettuate attraverso rimborsi basati sul valore dell'importo risarcito (anche per il 2018 non si è ritenuta necessaria l'adozione di franchigie).

L'analisi per la definizione del forfait si è basata sui dati forniti da CONSAP e riferiti ai risarcimenti corrisposti sui sinistri ammessi alla Stanza di Compensazione nel periodo 1° gennaio 2009-31 ottobre 2017, in quanto sufficientemente rappresentativi dei costi di generazione necessari per la determinazione dei forfait.

Calcolo dei forfait CARD-CID

L'analisi dei costi medi dei pagamenti a titolo definitivo ha evidenziato per il macro settore dei "ciclomotori e motocicli" un andamento lievemente crescente sia per i danni al veicolo e alle cose trasportate sia per i risarcimenti delle lesioni del condu-

cente. Per il macro settore "veicoli diversi da ciclomotori e motocicli", l'andamento dei costi medi risulta, per entrambe le tipologie di danno, sostanzialmente stabile.

Pertanto i valori di riferimento per i forfait 2018 sono stati determinati a partire dai costi medi dei sinistri pagati a titolo definitivo di tutte le generazioni disponibili (dal 2009 al 2017). Per la proiezione dei valori a costo ultimo dei sinistri si è utilizzato, distintamente per le due tipologie di danno, un classico metodo attuariale (c.d. *chain ladder*) che si basa sullo sviluppo storico dei costi medi delle generazioni precedenti, seguendole nel tempo (cosiddette antidurate).

Gli importi sono stati dapprima proiettati al mese di dicembre e poi inflazionati per un ulteriore anno (dal momento che i forfait si applicano per tutto l'anno 2018) sulla base del tasso di inflazione programmato per l'anno corrente e pari all'1,7%, desunto dalla Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2017.

Per quanto riguarda il costo medio dei danni a cose, il valore di base così ottenuto è risultato rispettivamente pari a:

- 1.430 euro per la tipologia dei "ciclomotori e motocicli";
- 1.605 euro per la più ampia tipologia dei "veicoli diversi da ciclomotori e motocicli".

Per quanto riguarda il costo medio delle lesioni lievi al conducente, il valore di base è risultato pari a:

- 4.826 euro per la tipologia dei "ciclomotori e motocicli";
- 2.405 euro per la più ampia tipologia dei "veicoli diversi da ciclomotori e motocicli".

Definizione dei coefficienti di aggiustamento dei forfait per aree territoriali

Per l'individuazione delle tre macro-aree territoriali sono stati considerati i dati di CONSAP relativi ai sinistri pagati a titolo definitivo per i sinistri con data di accadimento dal 1° gennaio 2013 al 31 ottobre 2017. Per la determinazione degli indici territoriali si è fatto ricorso alla stessa metodologia utilizzata nel passato: in base al rispettivo costo medio di risarcimento, le province sono state suddivise in tre gruppi (aree territoriali) a seconda dello scarto rispetto al costo medio nazionale. La prima macro-area contiene tutte le province con scarto del costo medio superiore al 10% rispetto al valore medio nazionale; la seconda quelle con scarto compreso tra +/-10%; la terza quelle con scarto inferiore a -10%. I costi medi per singoli gruppi così determinati sono stati rapportati al costo medio generale di tutte le province e poi normalizzati rispetto alla classe centrale, ottenendo i tre fattori di correzione riportati nella tavola 1.

Per la tipologia di veicoli "ciclomotori e motocicli" non sono state considerate nell'analisi le province con un numero di sinistri inferiore a 500, tenuto conto dell'elevata volatilità del dato relativo al costo medio. Tali province sono state successivamente inserite nella classe centrale. Nella determinazione dei gruppi territoriali si è fatto

inoltre riferimento al nuovo assetto provinciale della Sardegna, accorpando i dati pregressi delle province di Medio-Campidano e Carbonia-Iglesias nella nuova provincia Sud Sardegna (non è stato possibile individuare i dati per quei pochi comuni che dall'ex provincia di Cagliari sono confluiti in Sud Sardegna, ma il loro peso risulta trascurabile), quelli di Olbia-Tempio (soppressa) in Sassari e quelli di Ogliastra (soppressa) in Nuoro.

Tavola 1 – Determinazione dei costi medi dei sinistri a cose per aree territoriali
Valori in euro

	CICLOMOTORI E MOTOCICLI			VEICOLI DIVERSI DA CICLOMOTORI E MOTOCICLI		
	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3
Costo medio danni a veicolo e cose trasportate al 30/06/2018	1.430	1.430	1.430	1.605	1.605	1.605
Coefficienti per zone territoriali	*1,30*	*1,00*	*0,83*	*1,17*	*1,00*	*0,85*
Costo medio dei sinistri di riferimento per macroarea territoriale	1.859	1.430	1.187	1.878	1.605	1.364

PER MEMORIA:

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Costo medio di riferimento danni a veicolo e cose trasportate (€) (*)	1.565	1.613	1.598	1.651	1.556	1.550	1.559	1.588
Variazione %	*3,0%*	*3,1%*	*-0,9%*	*3,3%*	*-5,8%*	*-0,4%*	*0,6%*	*1,9%*

(*) Si è considerato per confronto il costo medio riferito alla totalità dei settori

Il forfait unico CARD-CID, distinto per le due categorie di veicoli, è stato ottenuto come media dei costi medi per danni a cose e a persone, ponderati con le rispettive incidenze (tavola 2). Le incidenze sono state determinate rapportando il numero di sinistri che presentano la tipologia di danno sotto indicata al complesso dei sinistri CARD-CID con seguito della singola tipologia di veicolo.

Tavola 2 – Determinazione dei forfait CARD-CID per aree territoriali
Valori in euro

	CICLOMOTORI E MOTOCICLI				VEICOLI DIVERSI DA CICLOMOTORI E MOTOCICLI			
	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3	*Incidenza % dei sinistri*	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3	*Incidenza % dei sinistri*
Costo medio danni a veicolo e cose trasportate	1.859	1.430	1.187	*99,05%*	1.878	1.605	1.364	*99,9%*
Costo medio lesioni al conducente con I.P. inf. 9%	4.826	4.826	4.826	*39,98%*	2.405	2.405	2.405	*8,7%*
Costi medi per macroarea territoriale	3.771	3.346	3.105		2.085	1.812	1.572	
FORFAIT UNICO CARD-CID (*)	**3.770**	**3.345**	**3.104**		**2.082**	**1.810**	**1.570**	

(*) I forfait sono stati ottenuti mediante ribasamento arrotondando per difetto alla decina di euro quello della classe centrale

LA NUOVA PIATTAFORMA INFORMATICA DI SCAMBIO DOCUMENTALE

Nel 2017 la Convenzione CARD, che ai sensi dell'art. 13 del D.P.R. 2006, consente alle imprese di fissare le regole per la definizione dei rapporti organizzativi ed economici per la gestione del risarcimento diretto, è stata oggetto di una profonda modifica strutturale finalizzata a rendere più efficienti i processi informatici a supporto dell'istruttoria del sinistro.

Dal 1° marzo 2017, grazie a una sofisticata piattaforma informatica di scambio documentale, le imprese aderenti alla CARD hanno la possibilità di prendere visione degli elementi probatori prodotti dall'assicurato di controparte per confermare o contrastare la richiesta di risarcimento avanzata dal proprio assicurato.

Rispetto al sistema previgente, lo scambio documentale degli elementi probatori necessari alla ricostruzione delle responsabilità del sinistro, alla contestazione dell'evento o all'applicabilità della procedura di risarcimento diretto, avviene secondo tempistiche compatibili con i termini di legge sulla formulazione dell'offerta di risarcimento, contribuendo così a contrastare il fenomeno dei cosiddetti "doppi risarcimenti", cioè quei pagamenti effettuati da entrambe le imprese a favore dei rispettivi assicurati ritenuti non responsabili del sinistro.

I sinistri accaduti dal 1° marzo 2017 al 28 febbraio 2018 dalle imprese assicuratrici al sistema informatico CARD sono stati complessivamente 1.833.877. Di questi 1.157.000 (cioè il 63,1%) sono stati denunciati presentando un modulo CAI sottoscritto da entrambi i conducenti. Nei sinistri denunciati con queste modalità, le vertenze tra imprese sono state pari al 2,3%, confermando ancora una volta che l'accordo tra automobilisti sulla dinamica del sinistro rappresenta il sistema migliore per prevenire il contenzioso e contare sul risarcimento dei danni in tempi molto celeri.

Il restante 36,9% delle denunce, pari a 676.787 sinistri, è stato gestito sulla base di richieste di risarcimento unilaterali. Di queste, 210.590 (pari al 31,1%) sono state gestite con la nuova procedura di scambio documentale. In 143.259 casi (pari al 68,0% dei sinistri con scambio documentale) la responsabilità del sinistro è stata definita dopo aver preso visione della documentazione probatoria prodotta dall'altra impresa.

In 37.191 sinistri (pari al 5,5% dei sinistri con scambio documentale) la responsabilità dell'evento è stata definita attraverso la procedura conciliativa convenzionale.

In 10.955 casi (pari al 5,5% dei sinistri), la valutazione delle responsabilità del sinistro è stata stabilita in via presuntiva per scadenza dei termini a causa della mancata produzione di documentazione probatoria nei termini convenzionali. I sinistri definiti "CARD naturali" sono stati complessivamente 28.898.

IL SISTEMA DI INCENTIVI/PENALIZZAZIONI

Per una valutazione complessiva e reale sulle performance aziendali rispetto alla procedura di risarcimento diretto, occorre prendere in considerazione una serie di parametri economici:

1. saldi mensili della Stanza di compensazione: differenziale tra forfait pagati alle altre imprese per sinistri gestiti da queste ultime e forfait incassati dalle altre imprese per sinistri gestiti per loro conto;
2. differenziale tra costo reale dei sinistri pagati e forfait incassati: tenuto conto che il forfait rappresenta un costo medio di riferimento stabilito ex ante, occorre valutare se, rispetto a tale valore, l'impresa registra un differenziale positivo o negativo;
3. diritti di gestione: rimborso dei costi di liquidazione (15% del forfait) riconosciuti a favore dell'impresa che ha gestito un sinistro CARD per conto di un'altra impresa aderente;
4. penalità convenzionali: sanzioni economiche applicate da ANIA alle imprese aderenti alla CARD, qualora venga riscontrato il mancato rispetto della normativa convenzionale;
5. incentivi/penalizzazioni: si tratta di un correttivo al sistema di rimborsi forfettari voluto dall'AGCM per rendere più competitiva la liquidazione dei sinistri tra imprese aderenti alla CARD.

Il sistema di incentivi/penalizzazioni di cui al punto 5 nasce nel 2014 (provvedimento IVASS n. 18 del 5 agosto 2014 e n. 43 del 4 marzo 2016) come correttivo al modello di compensazioni adottato nella procedura di risarcimento diretto basato sul cosiddetto forfait. L'obiettivo è quello di prevedere dei meccanismi di misurazione dell'efficienza liquidativa delle imprese per favorire una competizione tra partecipanti al risarcimento diretto finalizzato a un abbassamento dei costi medi dei risarcimenti, attraverso un sistema che premia le imprese più virtuose a discapito di quelle meno efficienti.

Il sistema di incentivi/penalizzazioni si applica alle liquidazioni relative ai danni a cose e alle lesioni del conducente del veicolo assicurato non superiori al 9% di invalidità biologica permanente. Esso si basa su un complesso algoritmo di calcolo basato su tre parametri di competitività:

1. costo medio dei sinistri subiti rispetto alle altre imprese
2. velocità di liquidazione dei sinistri nell'anno di generazione rispetto alle altre imprese
3. dinamica temporale del costo medio, ovverosia confronto del costo medio aziendale rispetto all'esercizio precedente.

I suddetti parametri vengono elaborati distinguendo tra veicoli a 2 ruote e veicoli a 4 ruote.

In relazione al parametro 1 (Costo medio), l'elaborazione viene effettuata suddividendo le province in 3 cluster omogenei.

I parametri di cui ai punti 1 e 2 vengono osservati nel corso di un triennio e nell'antidurata 1 e 2 vengono effettuati dei conguagli che vanno a rettificare i risultati degli incentivi/penalizzazioni degli anni precedenti.

L'elaborazione degli incentivi/penalizzazioni viene effettuata annualmente da CONSAP (sulla base di un software realizzato da ANIA) e in funzione di alcuni parametri definiti da IVASS.

Al calcolo di incentivi/penalizzazioni non partecipano le imprese con una raccolta premi inferiore a una soglia stabilita annualmente da IVASS. Vengono altresì scartati dalle elaborazioni sia le liquidazioni con importi molto bassi sia quelle con importi molto elevati.

Con la Stanza di compensazione del mese di settembre 2017 sono stati elaborati gli incentivi/penalizzazioni per l'anno di accadimento 2016 (anno 0) e i conguagli per l'anno 2015 (anno +1). Per la prima volta è stato applicato anche il parametro del punto 3 relativo alla dinamica temporale.

L'Istituto di vigilanza monitora con attenzione l'efficacia di questo sistema che in futuro potrebbe essere oggetto di ulteriori affinamenti per rendere gli algoritmi di calcolo ancora più performanti rispetto agli obiettivi indicati dal legislatore legati al contenimento del costo dei sinistri e al rafforzamento di attività per il contrasto delle frodi assicurative.

INNOVAZIONE TECNOLOGICA NELLA R.C. AUTO

PROVVEDIMENTI IVASS SU ATTESTATO DI RISCHIO "DINAMICO" (ATRD) E SU CLASSI DI MERITO DI CONVERSIONE UNIVERSALE (CU) N. 71/2018 E N. 72/2018

Il 16 aprile 2018 IVASS ha emanato il provvedimento n. 71 in materia di attestato di rischio dinamico, riguardante le modifiche al regolamento IVASS n. 9/2015 e al provvedimento IVASS n. 35/2015, e il provvedimento n. 72/2018 recante i criteri di individuazione e le regole evolutive della classe di merito di conversione universale (CU), di cui all'art. 3 del regolamento IVASS n. 9/2015.

I due testi regolamentari sono stati pubblicati al termine dei lavori del Tavolo tecnico istituzionale con ANIA e le imprese assicuratrici, voluto dalla Vigilanza per rendere ancora più incisiva in chiave antifrode la gestione degli attestati di rischio r.c. auto, "digitalizzati" con regolamento n. 9/2015, tramite la banca dati relativa (cosiddetta ATRC), operativa presso ANIA sotto il controllo di IVASS, alla quale le imprese inviano obbligatoriamente le informazioni sulla "storia assicurativa" dei veicoli coperti da r.c. auto.

Il primo Provvedimento consentirà di valutare con maggiore certezza la storia della sinistrosità degli assicurati, in quanto verranno recuperati e considerati ai fini dell'attestato di rischio – e quindi della classe di merito di bonus malus e del premio assicurativo – anche i sinistri con responsabilità pagati a ridosso o dopo la scadenza del contratto (sinistri tardivi).

Il recupero di questi sinistri tardivi sarà possibile anche nel caso in cui l'assicurato abbia cambiato compagnia e/o cambiato veicolo.

L'Istituto di vigilanza ha inteso, in tal modo, contrastare i comportamenti fraudolenti e speculativi nella fase di sottoscrizione del contratto r.c. auto.

Il recupero di questi sinistri è possibile tramite una nuova procedura informatica che gestisce in maniera "dinamica" nella banca dati ATRC le informazioni da registrare nell'attestato di rischio, acquisendo il sinistro tardivo dall'impresa che lo ha pagato e comunicandolo a quella che ha successivamente assicurato il veicolo, perché sia registrato nell'attestato di rischio a fine anno con possibile scatto del malus. Il c.d. "attestato dinamico" è dotato, infatti, di un nuovo codice, l'Identificativo Univoco di Rischio (IUR), che consente di tracciare nel tempo i sinistri o l'assenza di sinistri dei proprietari dei veicoli e degli altri soggetti assicurati (ad esempio: locatari), anche nel caso in cui il proprietario abbia sostituito nel frattempo il veicolo stesso.

Anche il secondo dei due provvedimenti si colloca nel quadro degli interventi migliorativi degli attestati di rischio, che contengono fra l'altro l'indicazione della classe di merito di bonus malus maturata, chiarendo alcuni dubbi interpretativi della normativa finora vigente e introducendo la possibilità di mantenere la classe di merito a favore di alcune categorie di assicurati in precedenza non menzionate (conducenti di veicoli intestati a portatori di handicap, eredi).

Il 2 maggio 2018 tali provvedimenti sono stati pubblicati nella Gazzetta Ufficiale (s.g. n. 100).

Il provvedimento n. 71 è entrato in vigore il 3 maggio, giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

È previsto, tuttavia, che le imprese debbano adempiere alle nuove disposizioni entro i termini indicati di seguito.

Dal 1° giugno 2018:

a) tutte le coperture r.c. auto, prestate con contratti di durata annuale, temporanea e di tipo "flotta", devono avere obbligatoriamente il codice IUR valorizzato, altrimenti non possono essere memorizzate nella banca dati SITA ANIA;
b) gli attestati di rischio elaborati relativamente ai contratti in scadenza dal 1° agosto 2018 devono avere obbligatoriamente il codice IUR valorizzato, altrimenti non possono essere memorizzati nella banca dati ATRC ANIA; da tale data, inoltre, con le stesse modalità ed entro gli stessi termini di consegna di tali attestati (art. 7 del regolamento n. 9/2015) deve essere fornita apposita informativa ai contraenti sulle nuove disposizioni sull'attestato dinamico; tale informativa dovrà essere fornita ai contraenti insieme agli attestati elaborati nei 12 mesi successivi all'entrata in vigore del provvedimento n. 72;
c) diviene obbligatoria per i contratti di durata annuale la nuova gestione "dinamica" per il recupero dei sinistri con responsabilità considerati tardivi, e cioè pagati oltre il periodo di osservazione o dopo la scadenza del contratto, anche nel caso in cui l'assicurato abbia cambiato impresa. Le compagnie devono trasmettere alla banca dati ATRC, tramite il nuovo processo ATRD, i sinistri tardivi con data di primo pagamento successiva al 31 maggio. Tali sinistri saranno messi a disposizione, da parte del sistema IT, della stessa impresa o della successiva impresa assicuratrice per la valorizzazione nella tabella di sinistrosità pregressa dell'attestato di rischio a fine anno.

Dal 1° gennaio 2019:

e) diviene obbligatoria la nuova gestione dinamica anche dei sinistri relativi a polizze di durata temporanea, che saranno inviati dalle imprese al sistema e da questo messe a disposizione della prima impresa con cui si stipulerà un contratto di durata annuale;
f) diviene, infine, obbligatoria la progressiva estensione a dieci anni della tabella di sinistrosità pregressa, che sarà integrata annualmente con indicazione di un'annualità in più, fino a raggiungere il decennio.

Anche il provvedimento n. 72 è entrato in vigore il 3 maggio, giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale. Come nel caso precedente, peraltro, sono previste alcune deroghe, vale a dire:

– dal 1° giugno le imprese devono gestire le classi di merito CU nei contratti con forma tariffaria "a franchigia" e "a tariffa fissa" di nuova stipulazione a partire dal 1° giugno stesso e negli attestati di rischio elaborati dal 1° giugno relativamente ai predetti contratti già in essere e in scadenza il 1° agosto 2018;
– dal 1° gennaio 2019, per le polizze di durata annuale stipulate successivamente a una o più polizze temporanee, le imprese devono prendere in carico anche gli eventuali sinistri pregressi relativi alle polizze temporanee messi a disposizione del sistema e indicarli nell'attestato di rischio ai fini dell'attribuzione della classe CU.

PROGETTI NAZIONALI SU AUTO E TECNOLOGIA: COMITATO TECNICO "GUIDA CONNESSA E AUTOMATICA"; DECRETO MINISTERO DEI TRASPORTI 2 MARZO 2018: SMART ROADS E VEICOLI AUTONOMI

L'AIPCR associazione internazionale che si occupa di ingegneria stradale, di politica stradale e di gestione delle reti stradali con lo scopo statutario di favorire il progresso in campo stradale in tutti i suoi aspetti, ha come obiettivo di promuovere lo sviluppo delle reti stradali, e di studiare i problemi della sicurezza stradale e rappresentare il punto focale di interscambio delle tecnologie stradali nel mondo. Tale obiettivo viene perseguito attraverso il confronto e la diffusione dei risultati conseguiti dalle ricerche effettuate dai vari paesi nei diversi settori riguardanti sia le strade sia la circolazione sotto il profilo della funzionalità e garanzia per l'utenza. Il Congresso Mondiale della Strada, che si svolge ogni quattro anni, ha lo scopo di esaminare e discutere lo stato della tecnica stradale e tutti i problemi ad essa connessi, nei diversi paesi nel mondo.

Su questi temi il 12 febbraio 2017 si è tenuta una Conferenza internazionale sulla "Guida connessa e autonoma" (Moving people and freight in the future), con la presenza dei massimi esperti italiani e stranieri in materia, suddivisa in quattro sessioni:

- *smart roads,*
- *smart cars,*
- *smart safety,*
- *smart freight.*

Per quanto riguarda le *smart cars*, l'Italia, grazie al lavoro di Alberto Broggi (Università di Parma, società Ambarella) già da molti anni è impegnata nella progettazione dell'auto autonoma.

Con riferimento alle *smart roads*, poi, la Commissione europea ha adottato una strategia comune sui sistemi cooperativi intelligenti di trasporto (Cooperative- Intelligent Transport Systems C-ITS) che permetterà di utilizzare sulle strade europee, a partire dal 2019, veicoli che possono dialogare tra loro e con l'infrastruttura.

Si ritiene che la connettività digitale porterà ad un miglioramento nell'efficienza del traffico e nel comfort di guida, con effetti positivi sul mercato della guida cooperativa, connessa e automatizzata con atteso aumento dei posti di lavoro. Anche il fattore umano alla guida, che pesa per circa il 90% come causa degli incidenti, sarà ridotto e è auspicabile pensare che l'auto autonoma potrà far diminuire gli incidenti.

In ogni caso, la strategia europea prevede, fra l'altro, un nuovo quadro normativo a livello comunitario per regolamentare la guida connessa e autonoma.

Per contribuire, attraverso proposte tecnico giuridiche, alla formazione di questa regolamentazione a livello europeo e italiano, è tato istituito presso il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (MIT) il Comitato tecnico sulla guida autonoma e automatizzata, con la partecipazione di AIPCR e degli altri stakeholder interessati, fra cui ANIA.

L'obiettivo fondamentale di tale Comitato tecnico, infatti, è di favorire l'implementazione dell'auto connessa e a guida autonoma, principalmente, in Italia, attraverso una regolamentazione efficace, che consideri gli aspetti legali e le condizioni di sicurezza, nel contesto della circolazione stradale delle auto a guida autonoma.

A questo scopo, si sono formati, all'interno del Comitato tecnico, quattro gruppi di lavoro:

- *Automated vehicles*
- *Smart Roads*
- *Cybersecurity*.
- *Regulation*, sotto la guida della Direzione Generale per i sistemi Informativi e Statistici del MIT e con la partecipazione, tra gli altri, di ANIA.

I quattro gruppi di lavoro si sono riuniti per la prima volta a metà febbraio 2018 per analizzare lo stato dell'arte, a livello nazionale, delle attività normative e regolamentari relative ai temi di rispettiva w competenza.

In particolare, al momento, la disciplina da approfondire e attuare è quella recata dal Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti in materia di *smart roads* e veicoli automatizzati, firmato il 2 marzo 2018, che reca previsioni per trasformare strade e autostrade in *smart road* e per dare avvio alla sperimentazione, su "corridoi" stradali dedicati, delle auto a guida autonoma. Il c.d. decreto *Smart Road*, che deve dare attuazione alla Legge di bilancio 2018 (art. 1, comma 72, della legge 27 dicembre 2017, n. 205), mira a realizzare un miglioramento della rete stradale nazionale attraverso una sua graduale trasformazione digitale, con l'obiettivo di renderla idonea a dialogare con i veicoli connessi di nuova generazione, anche nell'ottica di rendere possibile l'utilizzo dei più avanzati livelli di assistenza automatica alla guida, nonché per migliorare e snellire il traffico e ridurre l'incidentalitàà stradale.

Previsti, dunque, gli interventi necessari per la comunicazione dei dati ad elevato bit-rate (ad esempio la fibra), la copertura di tutta l'infrastruttura stradale con servizi di connessione di *routing* verso la rete di comunicazione dati, la presenza di un sistema di hot-spot Wi-Fi per la connettività dei *device* dei cittadini, dislocati almeno in tutte le aree di servizio e di parcheggio, un sistema per rilevare il traffico e le condizioni meteo e fornire previsioni a medio-breve termine e una stima/previsione per i periodi di tempo successivi. Sulla base dei dati raccolti, poi, il sistema offrirà contenuti per servizi avanzati di informazione sul viaggio agli utenti, permettendo eventuali azioni di *re-routing*.

Gli interventi saranno realizzati in un primo tempo (entro il 2025) sulle infrastrutture appartenenti alla rete TEN-T (Trans European Network – Transport) e, comunque, su tutta la rete autostradale.

Successivamente (entro il 2030) saranno attivati ulteriori servizi di deviazione dei flussi, in caso di incidenti/ostruzioni gravi; di intervento sulle velocità medie, per evitare o risolvere congestioni; di suggerimento di traiettorie e corsie; di gestione dinamica degli accessi, nonché di gestione dei parcheggi e del rifornimento (con particolare riferimento alla ricarica elettrica).

Progressivamente, i servizi saranno estesi a tutta la rete dello SNIT (Sistema Nazionale Integrato dei Trasporti), così come è stata ridisegnata dall'allegato al D.E.F. 2017 "Connettere l'Italia".

Tutti gli interventi saranno immediatamente previsti e realizzati, poi, nel caso di infrastrutture di nuova realizzazione, o di infrastrutture esistenti che siano oggetto di potenziamento o di interventi di innovazione tecnologica, costruttiva o funzionale.

I costi degli interventi saranno a carico del concessionario o del gestore dell'infrastruttura.

Nello stesso decreto è stata prevista la possibilità per il MIT di autorizzare la sperimentazione su strada di veicoli a guida automatica. In particolare, sono stati individuati i soggetti che possono chiedere l'autorizzazione (costruttore del veicolo equipaggiato con le tecnologie di guida automatica, nonché istituti universitari e enti pubblici e privati di ricerca), l'istruttoria che deve essere compiuta, le modalità con cui l'autorizzazione viene rilasciata e i controlli cui è soggetta l'attività di sperimentazione, con lo scopo di assicurare che la sperimentazione venga realizzata in condizioni di sicurezza. È previsto, inoltre, per la sperimentazione un obbligo assicurativo della r. c. auto con un massimale più elevato di quello minimi previsto dalla legge.

APPROFONDIMENTO DELLE TEMATICHE CONNESSE AL FUTURO SVILUPPO DELLA MOBILITÀ E DELL'ASSICURAZIONE AUTO

Il Servizio Auto e CARD e il Servizio Legale Assicurativo di ANIA hanno svolto alcuni approfondimenti inerenti alle *Smart Roads*, i veicoli connessi e autonomi e le nuove forme di mobilità connessa e condivisa. Tali lavori sono stati portati avanti per evidenziare le grandi potenzialità che l'innovazione in tema di mobilità comporta per gli assicuratori, ma anche per delineare le criticità e le diverse problematiche relative a tali materie.

Il discussion paper dal titolo "Smart roads, veicoli connessi ed autonomi - Mobilità e assicurazione nel prossimo futuro: RC Auto o RC prodotti?" fornisce un quadro dello stato di avanzamento a livello nazionale e internazionale delle infrastrutture intelligenti e delle auto connesse e autonome, proponendo spunti di riflessione sui profili strutturali, tecnici, etici e di sicurezza stradale, nonché normativi, legati alla responsabilità e all'assicurazione delle nuove forme di mobilità. Il documento ha l'obiettivo di indagare sui possibili impatti dell'innovazione e della tecnologia in termini di possibile riduzione dei costi r.c. auto e di miglioramento della sicurezza stradale, tramite sviluppo della *connected motor insurance.*

Il Servizio Auto e CARD e il Servizio Sostenibilità e Codice di Autodisciplina Borsa di ANIA hanno realizzato anche una breve rassegna dal titolo "Nuove forme di mobilità sostenibile e condivisa. Short overview sulla sharing mobility", relativa ad approfondimenti comparati a livello internazionale e nazionale sulle nuove forme di mobilità, attente alla maggiore sensibilità ambientale e a un nuovo uso del veicolo, con un esame del contesto di riferimento sotto il profilo giuridico.

L'obiettivo prevalente è quello di delineare e supportare possibili soluzioni normative nazionali favorevoli allo sviluppo dell'offerta assicurativa per le nuove forme di mobilità e alla connessa implementazione della sicurezza stradale.

SVILUPPI DI NORMATIVA E GIURISPRUDENZA

LEGGE PER IL MERCATO E LA CONCORRENZA: STATO DI ATTUAZIONE DELLE NORME IN MATERIA DI R.C. AUTO

Il 14 agosto 2017 la legge annuale per il mercato e la concorrenza, n. 124/2017, è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale ed è entrata in vigore il 29 agosto 2017. La legge, come è noto, comprende varie norme rilevanti in materia di assicurazioni, prevalentemente rivolte all'ambito r.c. auto. Si descrive di seguito il contenuto e lo stato di attuazione delle principali disposizioni sull'assicurazione obbligatoria auto.

Tabelle delle macropermanenti

È stata confermata la previsione, già contenuta nell'art. 138 del Codice delle assicurazioni private, di una tabella unica su tutto il territorio nazionale per la determinazione del danno biologico da lesioni personali di non lieve entità (da 10 a 100 punti di invalidità permanente). L'art. 138 suddetto è stato, peraltro, riformulato sotto vari significativi profili.

La Legge sulla concorrenza, innanzi tutto, fa riferimento ai "criteri di valutazione del danno non patrimoniale ritenuti congrui dalla consolidata giurisprudenza di legittimità", ciò che è stato finora letto come un richiamo delle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano.

Oltre a richiamare i principi giurisprudenziali consolidati in materia, la legge introduce anche alcuni importanti principi generali, nonché vari criteri specifici, precisando che "l'ammontare complessivo del risarcimento riconosciuto ai sensi del presente articolo è esaustivo del risarcimento del danno conseguente alle lesioni fisiche" da incidente stradale. Tale previsione sembra far proprio l'orientamento della Corte di Cassazione a Sezioni Unite (c.d. sentenze di San Martino del 2008) in merito all'omnicomprensività della categoria del danno non patrimoniale da lesione alla persona, non suscettibile di suddivisione in autonome categorie concettuali di danno se non per finalità meramente descrittive, quando il giudice debba ricostruire e personalizzare nel caso concreto l'impatto del danno causato nello specifico incidente all'integrità psico-fisica e alle capacità dinamico relazionali del soggetto danneggiato. Ciò consente di eliminare la possibilità di ulteriori figure di danno lasciate alla valutazione del giudice.

Quanto alla componente del danno non patrimoniale connessa al danno morale da lesione all'integrità fisica, l'articolo aggiunge che:

a) la quota corrispondente al danno biologico è incrementata della componente del danno morale in via percentuale progressiva per punto;
b) il risarcimento può essere ulteriormente aumentato dal giudice fino al 30% con equo e motivato apprezzamento delle condizioni del danneggiato nel caso di lesione di specifici aspetti dinamico-relazionali personali documentati e obiettivamente accertati.

Per l'attuazione del nuovo articolo 138 del Codice delle assicurazioni è previsto un Decreto del Presidente della Repubblica, da adottare entro il termine ordinatorio di centoventi giorni decorrente dal 29 agosto 2017, data di entrata in vigore della legge, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dello Sviluppo Economico, di concerto con il Ministro della Salute, con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e con il Ministro della Giustizia. La tabella si applicherà al risarcimento dei sinistri accaduti successivamente all'entrata in vigore di tale D.P.R..

La previsione delle tabelle va nella direzione della parità di trattamento dei danneggiati a livello nazionale e della certezza dei criteri di risarcimento, anche se il richiamo alle tabelle di Milano, se confermato, non consentirebbe di incidere sull'attuale elevato livello dei risarcimenti stessi, come noto tra i più alti in Europa.

In argomento si segnala, incidentalmente, che il 14 marzo 2018 l'Osservatorio sulla giustizia civile di Milano ha pubblicato le **nuove tabelle del Tribunale di Milano sul danno non patrimoniale** (edizione 2018**)**, aggiornate in aumento in considerazione del tasso di inflazione. Sono state, inoltre, introdotte nuove voci di danno precedentemente non tabellate, quali:

- Danno terminale
- Danno intermittente (da premorienza)
- Danno da diffamazione a mezzo stampa e con altri mezzi di comunicazione di massa
- Criteri orientativi per la liquidazione ex art. 96, 3° comma, c.p.c..

Con riferimento all'ambito che qui interessa della r.c. auto, va fatto un cenno in particolare alle prime due tipologie di danno, che sono definite dall'Osservatorio come segue.

Il danno terminale è relativo alle poste di danno liquidabili *iure proprio* alla vittima di lesioni mortali, a condizione che il decesso non sia immediato ma avvenga dopo un apprezzabile lasso di tempo dalle lesioni.

La tabellazione del danno terminale è stata delineata dall'Osservatorio considerando diversi principi/criteri:

- principio di unitarietà e onnicomprensività: si è ritenuto di proporre una definizione onnicomprensiva del «danno terminale» tale da ricomprendere al suo interno ogni aspetto biologico e sofferenziale connesso alla percezione della morte imminente, onde evitare il pericolo di duplicazione di medesime poste di pregiudizio;
- durata limitata: la stessa definizione esclude che il danno possa protrarsi per un tempo esteso; occorre, dunque, che tra le lesioni e il decesso intercorra un lasso temporale minimo ma comunque apprezzabile e tale da consentire la prova di una sofferenza psicologica;
- coscienza: la consapevolezza del fine vita da parte della vittima è un presupposto necessario affinché possa esservi il risarcimento;
- intensità decrescente e metodo tabellare: si è ritenuto di porre, quale criterio di base, la regola secondo la quale il danno tende a decrescere col passare del tempo. Si propone, dunque, un metodo tabellare che assegni a ciascun giorno di sofferenza, nei limiti del tetto di cento giorni complessivi, un valore progressivamente – e convenzionalmente – decrescente, fino ad agganciarsi, al centesimo giorno, alla valutazione del danno biologico temporaneo ordinario.

Il danno da premorienza, o danno biologico intermittente, è un danno subìto nell'intervallo temporale compreso tra l'illecito da cui deriva la compromissione permanente del bene salute e la morte del soggetto. Per tale voce di danno, si è indicato un criterio liquidativo per fasce di età, ancorato a un determinato arco temporale e che utilizza quale parametro il risarcimento annuo mediamente corrisposto a ogni percentuale invalidante secondo i valori monetari individuati dalle tabelle di Milano.

Per entrambe le suddette nuove tipologie, danno terminale e danno biologico intermittente (da premorienza), è prevista una personalizzazione, entro il limite del 50%, in relazione alle circostanze del caso concreto e del particolare sconvolgimento che risulti di volta in volta provato.

Micropermanenti: principio di accertamento strumentale – sentenza n. 1272/2018 della Corte di Cassazione

La tabellazione del danno biologico da lesioni di lieve entità o micropermanenti è in vigore già da tempo a livello nazionale ai sensi dell'art. 139 del Codice delle assicurazioni private.

La Legge sulla concorrenza ha uniformato vari profili della disciplina normativa del danno biologico da lesioni di lieve e di non lieve entità (art. 138 del Codice delle assicurazioni private) al fine di rendere il risarcimento di entrambi i tipi di lesione onnicomprensivo dell'intero danno non patrimoniale subìto dai danneggiati, apportando alcune modifiche al suddetto art. 139.

Per l'armonizzazione delle due norme, fra l'altro, al comma 3 dell'articolo è stato espressamente previsto che "l'ammontare complessivo del risarcimento riconosciuto ai sensi del presente articolo è esaustivo del risarcimento del danno non patrimoniale conseguente a lesioni fisiche".

Un altro profilo da segnalare riguarda le modalità di accertamento dei postumi delle c.d. "micropermanenti".

È stata infatti apportata una modifica specifica al comma 2 della norma, nel quale viene confermato che sono risarcibili per danno biologico permanente solo le lesioni di lieve entità suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo e viene poi aggiunto che è possibile anche il solo "accertamento visivo, con riferimento alle lesioni, quali le cicatrici, oggettivamente riscontrabili senza l'ausilio di strumentazioni". Si è così salvaguardato il principio generale introdotto con finalità di lotta ai fenomeni speculativi e alle frodi assicurative nel 2012 (c.d. Legge sulle liberalizzazioni), consentendo tuttavia di evitare spese per la diagnostica nei casi in cui oggettivamente le lesioni (cicatrici, ematomi, abrasioni) siano suscettibili, per loro stessa natura, di accertamento visivo.

In argomento rileva la sentenza, emessa dalla III sezione della Corte di Cassazione n. 1272 depositata il 19 gennaio 2018, che affronta in via diretta il tema dell'interpretazione del testo letterale dell'art. 139 del Codice delle assicurazioni private con riferimento alla condizione di risarcibilità del danno da lesione di lieve entità non documentata da un accertamento strumentale obiettivo. La pronuncia della Cassazione in materia di microlesioni va ad aggiungersi alla precedente sentenza n. 18773/2016.

Nella decisione si legge che: «in materia di risarcimento del danno da c.d. micropermanente, l'art. 139, comma 2, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, nel testo modificato dall'art. 32, comma 3-ter, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, inserito dalla legge di conversione 24 marzo 2012, n. 27, va interpretato nel senso che l'accertamento della sussistenza della lesione temporanea o permanente dell'integrità psico-fisica deve avvenire con rigorosi e oggettivi criteri medico-legali; tuttavia l'accertamento clinico strumentale obiettivo non potrà in ogni caso ritenersi l'unico mezzo probatorio che consenta di riconoscere tale lesione a fini risarcitori, a meno che non si tratti di una patologia, difficilmente verificabile sulla base della sola visita del medico legale, che sia suscettibile di riscontro oggettivo soltanto attraverso l'esame clinico strumentale».

Tale enunciazione potrebbe prestarsi a facili strumentalizzazioni nella parte in cui si afferma che l'accertamento strumentale obiettivo non può essere considerato "l'unico mezzo probatorio che consenta di riconoscere tale lesione a fini risarcitori".

Va tuttavia rilevato che viene anche richiamata una rigorosa valutazione da parte del medico legale nelle lesioni in cui l'indagine si basi "sul dato puro e semplice del dolore più o meno accentuato che il danneggiato riferisca". In questi casi la Corte sostiene che "l'accertamento clinico strumentale sarà in simili casi, con ogni probabilità, lo strumento decisivo che consentirà al CTU … di rassegnare al giudice una conclusione scientificamente documentata e giuridicamente ineccepibile".

La sentenza riporta inoltre un passaggio dove si valorizza la riflessione che "il legislatore (della legge n. 27/2012) ha voluto dettare una norma che, in considerazione dei possibili margini di aggiramento della prova rigorosa dell'effettiva sussistenza della lesione, imponga viceversa una prova sicura. Ciò è del tutto ragionevole se si riflette sul fatto che le richieste di risarcimento per lesioni di lieve entità, di grande rilevanza per la gestione del sistema assicurativo, sono le più numerose; per cui, nonostante il loro modesto contenuto economico, esse comportano ingenti costi collettivi".

La Corte, infine, richiama i noti precedenti sul tema resi dalla Corte Costituzionale, laddove rammenta quanto segue: "Del resto anche la Corte Costituzionale, tornando a occuparsi della materia, dopo la sentenza n. 235 del 2014, con l'ordinanza n. 242 del 2015, ha avuto modo di chiarire che il senso della normativa del 2012 è quello di impedire che l'accertamento diagnostico ridondi in una «discrezionalità eccessiva, con rischio di estensione a

postumi invalidanti inesistenti o enfatizzati», anche in considerazione dell'interesse «generale e sociale degli assicurati ad avere un livello accettabile e sostenibile dei premi assicurativi». Il che conferma l'esigenza economica di un equilibrio tra i premi incassati e le prestazioni che le società di assicurazione devono erogare".

Concetto che viene ribadito dalla Legge sulla concorrenza, la quale subordina espressamente la risarcibilità delle c.d. "micropermanenti" di cui all'art. 139 del Codice alle evidenze strumentali obiettive, tranne nei casi in cui gli accertamenti di tipo strumentale siano superflui per la natura stessa della lesione.

Scatole nere

1. Regolamento IVASS n. 37/2018 in materia di sconti obbligatori e c.d. "tariffa premio"

Il 27 marzo 2018 IVASS ha emanato il regolamento n. 37/2018, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale s.g. n. 83, del 10 aprile 2018, recante i criteri e le modalità per la determinazione da parte delle imprese di assicurazione degli sconti obbligatori di cui all'articolo 132-ter, commi 2 e 4, del Codice delle assicurazioni private, introdotto dalla Legge sulla concorrenza.

Tali sconti dovranno essere praticati dalle imprese che vorranno offrire contratti r.c. auto con le clausole indicate dalla suddetta norma, vale a dire: ispezione preventiva del veicolo, installazione di scatole nere/altri dispositivi elettronici di rilevazione della circolazione dei veicoli, oppure dispositivi di tipo alcol lock, qualora il contraente accetti una di queste clausole.

Sono inoltre dettati i criteri e le modalità di applicazione dello sconto aggiuntivo, rispetto al precedente, che le imprese saranno tenute ad applicare agli assicurati che abbiano installato una scatola nera o altro dispositivo elettronico e che inoltre:

a) siano esenti da sinistri con responsabilità esclusiva, principale o paritaria (inferiore al 50%) negli ultimi 4 anni secondo le risultanze dell'attestato di rischio;
b) risiedano nelle province individuate dall'Istituto di vigilanza come quelle a maggiore incidentalità.

IVASS nel nuovo provvedimento attuativo ha accolto varie osservazioni formulate da ANIA e dalle imprese in occasione della pubblica consultazione dello schema regolamentare (documento IVASS n. 5/2017). Al riguardo, appare particolarmente importante che sia stata accolta la proposta dell'Associazione di un intervento in materia di criteri di predisposizione della tariffa r.c. auto, con cui è stata eliminata l'identificazione di uno sconto minimo obbligatorio, che doveva essere almeno pari alla diminuzione percentuale media dei premi puri registrata negli ultimi 3 anni, ove tale diminuzione sia effettivamente registrata, relativamente ai contratti abbinati a scatole nere ad altri dispositivi elettronici. Tale disposizione non era, infatti, in linea con la libertà di predisporre condizioni di assicurazione e di premio stabilita a livello comunitario. È stato invece individuato un criterio più generico per cui tale sconto deve essere "in linea con la diminuzione percentuale media dei premi puri" registrata negli ultimi 3 anni.

È stata accolta anche la richiesta dell'Associazione secondo cui la diminuzione del premio puro debba essere calcolata in coerenza con le basi tecniche e con la metodologia attuariale

utilizzata per la definizione della tariffa. Analoghi criteri sono stati previsti per la determinazione dello sconto obbligatorio aggiuntivo, la c.d. "tariffa premio".

L'entrata in vigore delle nuove norme è stabilita entro il termine di 90 giorni dalla data di pubblicazione del Regolamento, avvenuta il 10 aprile 2018, vale a dire dal 9 luglio 2018.

Tuttavia, secondo logica, le disposizioni sugli sconti obbligatori da effettuarsi in caso di contratti con scatole nere potranno avere piena attuazione solo quando sarà chiaro cosa si debba intendere con il termine scatola nera o altro dispositivo di rilevazione della circolazione dei veicoli. Vale a dire solo quando saranno pubblicati tutti i regolamenti attuativi previsti dalle norme di legge in materia per l'individuazione e l'interoperabilità delle scatole nere e degli altri meccanismi elettronici (l. n 124/2017 e l. 27/2012). Ciò si evince anche dal fatto che nel regolamento n. 37/2018, rispetto al testo prima posto in consultazione, IVASS ha valutato di integrare la definizione di scatola nera, in modo tale che questo dispositivo – o altro dispositivo elettronico di rilevazione – risponda "ai requisiti di cui alle relative disposizioni di attuazione e alle altre norme rilevanti in materia".

Al Regolamento in esame è allegato l'elenco delle 29 province a maggiore incidentalità per la determinazione della c.d. "tariffa premio". Tale elenco, rispetto a quello recato nel documento di consultazione n. 5/2017, non è stato modificato dalla Vigilanza, la quale, per tale aspetto, non ha ritenuto di accogliere la richiesta del mercato. Infatti, IVASS ha mantenuto il criterio di prendere in considerazione le province oltre il 75° percentile della distribuzione individuata dall'Istituto stesso.

Al riguardo, ANIA aveva osservato che intervenire sul 25° percentile di portafoglio sarebbe stato particolarmente oneroso (tutti i costi relativi alle scatole nere sono a carico delle imprese) dal punto di vista tariffario, considerando che questa scelta avrebbe impattato su un numero potenzialmente elevato di assicurati, pari a quasi un terzo del totale.

Per evitare questo impatto negativo e per consentire il rispetto del principio di sana e prudente gestione, si era chiesto all'Istituto di ridurre significativamente il campo di applicazione, riferendolo, ad esempio, alle province oltre l'85° percentile, ciò che avrebbe consentito di contenere la quota di assicurati a circa il 20% del totale e avrebbe limitato così gli effetti in termini di recupero del correlato fabbisogno per sconti obbligatori.

2. Valore probatorio delle scatole nere e altri dispositivi

La Legge introduce il nuovo art. 145 bis nel Codice delle assicurazioni private che attribuisce valore probatorio alle scatole nere e agli altri dispositivi elettronici, a fini di contrasto delle frodi assicurative e per l'esatta ricostruzione delle responsabilità in caso di sinistro. Secondo la nuova previsione, le risultanze del dispositivo formano piena prova, nei procedimenti civili, dei fatti a cui esse si riferiscono, salvo che la parte contro la quale sono state prodotte dimostri il mancato funzionamento o la manomissione del predetto dispositivo. Le stesse risultanze sono rese fruibili alle parti.

Viene, inoltre, confermata la previsione sulla interoperabilità dei dispositivi ai fini della loro portabilità in caso di cambio compagnia. Sono previste sanzioni per le imprese che non si adeguino al regolamento che disciplina l'attività dei provider di telematica assicurativa, con una sorta di "responsabilità oggettiva", ma in campo sanzionatorio. Si ribadisce il divieto

ai provider e alle compagnie di assicurazione di utilizzare i dati raccolti dai dispositivi elettronici senza il consenso dell'interessato, ciò che è già del resto stabilito dalla stringente normativa Privacy.

Si fa divieto all'assicurato di disinstallare, manomettere o comunque rendere non funzionante il dispositivo installato, pena la perdita dello sconto significativo obbligatorio previsto per i contratti con scatola nera.

Per quanto riguarda l'entrata in vigore, il valore probatorio delle scatole nere e degli altri meccanismi elettronici che registrano l'attività del veicolo, nei giudizi civili non è prevista disciplina applicativa o un termine specifico, per cui teoricamente la disposizione avrebbe effetto dalla data di entrata in vigore della Legge sulla concorrenza. Tuttavia, come rilevato per quanto riguarda l'entrata in vigore del regolamento n. 37/2018 sugli sconti obbligatori per contratti abbinati a scatole nere, la Legge sulla concorrenza e la precedente Legge sulle liberalizzazioni, n. 27/2012, prevedono un'articolata disciplina secondaria per l'individuazione e l'interoperabilità delle scatole nere e di altri dispositivi elettronici, per cui appare corretto ritenere che la norma sulla valenza probatoria di tali meccanismi possa avere efficacia solo dopo che siano stati emanati tutti i provvedimiti attuativi in materia.

Una volta a regime, le risultanze della scatola nera nella registrazione del sinistro faranno piena prova nella ricostruzione della dinamica dell'incidente. Non verrà pertanto ammessa prova contraria a meno che non venga dimostrato il cattivo funzionamento o la manomissione del dispositivo. Fatta salva questa dimostrazione, i dati della scatola nera avranno un valore probatorio determinante nell'accertamento delle responsabilità del sinistro, con una valenza superiore a quella di altri tradizionali elementi probatori, quali ad esempio le dichiarazioni testimoniali.

Dovrà essere poi approfondito se il valore di "piena prova" prevalga anche rispetto a un modulo di denuncia sottoscritto da entrambi i conducenti o dalla dinamica descritta in un verbale delle Autorità.

Riguardo a questi aspetti si richiamano le regole convenzionali adottate in ambito CARD dove è prevista una sorta di scala gerarchica rispetto ai diversi elementi probatori che possono essere acquisiti dalle imprese per provare la ricostruzione della dinamica del sinistro o per provarne la stessa esistenza.

La norma prevede che l'esito della scatola nera sia "fruibile alle parti"; a tale riguardo è stato ipotizzato di utilizzare il report crash nel formato ANIA che riporta in maniera chiara e facilmente interpretabile la ricostruzione della dinamica del sinistro.

Obblighi informativi degli intermediari – "contratto base" r.c. auto e "TuoPreventivatore 2.0" IVASS

La legge per il mercato e la concorrenza n. 124/2017 introduce il nuovo articolo 132-bis nel Codice delle assicurazioni relativo agli obblighi informativi degli intermediari (art. 1, comma 6).

Tale norma stabilisce che gli intermediari, prima della sottoscrizione di un contratto r.c. auto, debbano informare i consumatori in modo corretto, trasparente ed esaustivo sui premi offerti da tutte le imprese di cui sono mandatari in relazione al "contratto base", così come definito dall'art. 22 della legge 17 dicembre 2012, n. 221 (Legge "crescita-bis").

I preventivi del "contratto base" relativi ad autovetture e motoveicoli dovranno essere effettuati dagli intermediari, senza obbligo di rilasciarne copia cartacea, tramite un apposito modello elettronico gestito dal nuovo sistema "TuoPreventivatore 2.0", che sarà implementato da IVASS e che, a tal fine, sarà operativo in modalità on line. Inoltre, i preventivi del "contratto base" dovranno essere disponibili tramite il suindicato modello elettronico anche nel sito internet di ciascuna impresa assicuratrice.

Il "TuoPreventivatore 2.0" e i siti delle singole imprese dovranno consentire l'elaborazione di preventivi del "contratto" base in modalità on line anche ai singoli utenti/consumatori che siano interessati a tale contratto r.c. auto.

La norma in esame consente di superare le criticità del precedente obbligo a carico degli intermediari di rilasciare tre preventivi r.c. auto di diverse imprese introdotto dalla Legge sulle liberalizzazioni (art. 34 l. n. 27/2012, commi 1 e 2) e mai attuata, per i problemi evidenziati a suo tempo a IVASS da imprese e intermediari durante la consultazione pubblica dello schema regolamentare della Vigilanza, che la stessa ha poi deciso di mettere in *stand by*.

A IVASS spetta l'adozione di disposizioni attuative per implementare l'attuale procedura "TuoPreventivatore" e, inoltre, per definire le modalità attraverso le quali sarà possibile stipulare il "contratto base" - in funzione del preventivo prescelto e a condizioni non peggiorative rispetto allo stesso (a parità di informazioni fornite) - o presso un'agenzia della compagnia ovvero tramite un collegamento al sito internet della compagnia ove la stessa utilizzi tale canale diretto di vendita.

L'elemento chiave per la messa a punto della nuova procedura del "TuoPreventivatore 2.0" è rappresentato dalla preliminare definizione del "contratto base", sul quale andranno a formularsi i preventivi di premio. La Legge "crescita bis" aveva stabilito che il "contratto base" fosse definito da un decreto del Ministro dello Sviluppo Economico, sentiti IVASS, ANIA, le associazioni degli intermediari e dei consumatori. Lo schema regolamentare attuativo del "contratto base" è stato effettivamente predisposto dal MISE nel febbraio 2013. Tuttavia il Ministero ha poi sospeso la procedura di pubblicazione del decreto in attesa che fosse chiarita la natura obbligatoria o facoltativa per le compagnie di assicurazione dell'offerta dei contratti r.c. auto abbinati a scatola nera.

In seguito all'emanazione della legge 4 agosto 2017 n. 124, il MISE ha aggiornato lo schema di decreto attuativo del "contratto base" e il "contratto base" stesso, in conformità con le nuove disposizioni della Legge sulla concorrenza. Il nuovo schema di provvedimento è stato sottoposto alla consultazione di IVASS, di ANIA, delle associazioni rappresentative di intermediari e consumatori a febbraio 2018. Le principali differenze rispetto al precedente schema di decreto sono attinenti all'eliminazione di alcune condizioni aggiuntive e della sezione che includeva nel "contratto base" le condizioni accessorie diverse dalla r.c. auto, accogliendo le indicazioni fornite in merito dall'Associazione.

In attesa dell'emanazione del Regolamento MISE, l'Autorità di vigilanza ha individuato due sezioni dello schema del "contratto base" che il "TuoPreventivatore 2.0" dovrebbe gestire, vale a dire:

- condizioni obbligatorie r.c. auto (oggetto, massimali minimi, guida libera, bonus malus) la cui offerta è appunto obbligatoria per tutte le imprese;
- condizioni aggiuntive r.c. auto (aumento massimali minimi, guida esperta/esclusiva, abbinamento a scatole nere) che le imprese sono libere di aggiungere o meno a quelle obbligatorie.

Per il momento la nuova procedura non gestirà, invece, le condizioni facoltative accessorie alla r.c. auto (garanzie CVT, incendio, furto, kasko). Tali clausole, infatti, non sono previste dalla normativa primaria sul "contratto base", che si riferisce esclusivamente alla garanzia r.c. auto.

È stato evidenziato, inoltre, che il nuovo sistema di preventivazione IVASS avrà natura modulare e sarà operato tramite piattaforma *cloud*. Secondo gli esperti che supportano la Vigilanza, infatti, tale tecnologia potrà gestire in tempo reale e in maniera più adeguata e scalabile il passaggio alla nuova modalità di consultazione on line del "TuoPreventivatore 2.0", per il "contratto base", da parte di intermediari (obbligatoria) e di consumatori (ovviamente facoltativa). Quanto alla tenuta del sistema, la Vigilanza ha stimato che dovrà essere in grado di gestire in media 6.000 preventivi/ora con una stima complessiva intorno ai 51 milioni di preventivi/anno.

Naturalmente i picchi orari di preventivazione e di consultazione potrebbero essere anche significativamente più elevati. La gestione delle nuove modalità di collegamento IT e l'adeguamento dei sistemi per sostenere le punte di preventivazione richiede, quindi, investimenti e risorse dedicate e avrà notevoli impatti sia per le imprese sia per ANIA, poiché l'Associazione metterà a disposizione del nuovo "TuoPreventivatore 2.0" la banca dati degli attestati di rischio, delle coperture e le altre informazioni necessarie a ottenere preventivi più veloci mediante l'inserimento della targa del veicolo nel sistema IVASS.

Con riferimento al timing operativo, considerando che a maggio 2018 si è dato avvio alla costruzione del portale, l'Istituto di vigilanza ha indicato come termine di previsione per il collaudo e rilascio del "TuoPreventivatore 2.0" gli inizi del 2019.

Nuove modalità di identificazione dei testimoni di sinistri con danni a cose

I testimoni del sinistro, per i soli danni a cose, vanno identificati all'apertura del sinistro, poiché debbono risultare, a pena di non ammissione della prova testimoniale in giudizio, nella denuncia e nella richiesta di risarcimento, o comunque al primo atto formale del danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione.

In mancanza, l'identificazione dei testimoni va richiesta dall'impresa di assicurazione con espresso avviso all'assicurato delle conseguenze processuali della mancata risposta. Il giudice può segnalare alla Procura la ricorrenza dei medesimi testimoni in più di tre sinistri negli ultimi cinque anni registrati nella banca dati dei sinistri (BDS) di IVASS.

L'entrata in vigore delle disposizioni sui testimoni non prevede provvedimenti attuativi, né un termine specifico di entrata in vigore: pertanto hanno effetto dal 29 agosto 2018.

La norma sembra porre a carico dell'impresa assicuratrice l'obbligo di attivarsi per inoltrare una richiesta all'assicurato di indicare eventuali testi a suo favore. Quest'ultimo dispone di 60 giorni per riscontrare la richiesta della propria impresa assicuratrice.

Questa previsione normativa, astrattamente finalizzata a identificare in tempi rapidi i testimoni del sinistro, oltre a essere facilmente eludibile, si presta a interpretazioni che rischiano di avere impatti organizzativi ed economici sui processi liquidativi delle imprese.

Innanzitutto, la richiesta di identificazione del testimone da parte dell'impresa non dovrebbe rappresentare un obbligo bensì un onere da attivare solo in presenza di alcune tipologie di sinistro. È infatti del tutto evidente che in caso di denuncia di sinistro sottoscritta da entrambi i conducenti o in presenza di verbali delle Autorità, la richiesta del testimone possa risultare del tutto inutile. Infine, la tempistica prevista dal Legislatore per evadere questo tipo di adempimento (60 giorni a disposizione della compagnia e ulteriori 60 giorni a favore dell'assicurato) risulta del tutto incompatibile con i termini per la formulazione dell'offerta di risarcimento.

Peraltro la norma non si raccorda con le procedure convenzionali della CARD, dove è previsto un termine massimo di 20 giorni per l'acquisizione degli elementi probatori per la ricostruzione delle responsabilità del sinistro, pena il loro inutilizzo per ottenere il rimborso del forfait. In questi casi, dove l'impresa si sia attivata per richiedere all'assicurato la dichiarazione testimoniale, quest'ultimo potrebbe eccepire il termine di 60 giorni per riscontrare la richiesta della propria impresa.

Il 20 ottobre 2017 ANIA ha formulato uno specifico quesito all'Istituto di vigilanza per chiedere se, in attesa del riscontro dell'assicurato relativo all'esibizione di una dichiarazione testimoniale, sia possibile sospendere i termini per la formulazione dell'offerta di risarcimento.

Utilizzo dell'archivio integrato antifrode di IVASS in fase assuntiva

È stato modificato l'articolo 132 del Codice delle assicurazioni private sull'obbligo a contrarre, in base al quale le imprese di assicurazione devono stabilire preventivamente le condizioni di polizza e le tariffe, comprensive di ogni rischio derivante dalla circolazione. La novità consiste nel fatto che la preliminare verifica della correttezza dei dati risultanti dall'attestato di rischio, dell'identità del contraente e dell'intestatario del veicolo, se persona diversa, stabilita da tale norma potrà essere effettuata anche mediante consultazione delle banche dati di settore e dell'archivio integrato antifrode IVASS (AIA).

La Legge sulla concorrenza modifica anche l'art. 21 della l. 221/2012, c.d. "crescita bis", istitutivo dell'AIA, per estenderne l'accesso alle imprese anche nella fase assuntiva – finora consentito solo in caso di sinistro – limitatamente tuttavia alla verifica della veridicità delle informazioni fornite dall'assicurando. Se tale verifica conferma la correttezza dei dati forniti, le imprese sono tenute a fornire il preventivo e accettare le proposte dell'assicurando, diversamente ricalcolano il premio e inviano un nuovo preventivo al potenziale contraente.

In assenza di un termine diverso la norma ha effetto dal 29 agosto 2017, nei limiti in cui è possibile attualmente l'accesso alle banche dati di settore per le verifiche precontrattuali, sulla base della normativa primaria e regolamentare che ne disciplina l'accesso nel rispetto della privacy.

ANIA ha sollecitato un confronto tecnico con la Vigilanza, che predisporrà le modalità e le procedure di accesso all'AIA, necessarie per le verifiche delle dichiarazioni del contraente in fase assuntiva; inoltre l'Istituto, conclusa la fase I di attuazione dell'AIA, dedicata alla fase di liquidazione dei sinistri r.c. auto, procederà, nella successiva Fase II, ad analizzare anche le modalità di utilizzo dell'archivio per l'antifrode assuntiva, identificando le eventuali modifiche normative richieste.

7

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

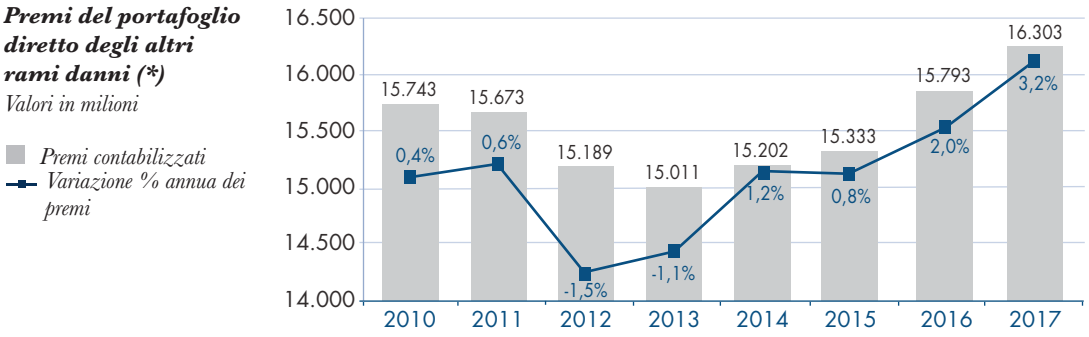
LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Nel 2017 i premi contabilizzati nei rami danni diversi dal settore auto (ossia escludendo r.c. auto, r.c. natanti e corpi veicoli terrestri) sono aumentati del 3,2% rispetto all'anno precedente. Il combined ratio del bilancio 2017 è peggiorato di 2 punti percentuali rispetto al 2016 raggiungendo l'86,1%, in ragione dell'aumento degli oneri per sinistri.

I RAMI DANNI DIVERSI DAL SETTORE AUTO

I **premi del portafoglio diretto italiano** raccolti nei rami danni diversi dal settore auto (ossia escludendo i rami corpi veicoli terrestri, r.c. auto e r.c. veicoli marittimi) sono stati nel 2017 pari a 16.303 milioni, in aumento (calcolato a perimetro di imprese omogeneo) del 3,2% rispetto al 2016. I rami che hanno registrato una crescita dei premi contabilizzati superiore alla media sono stati: l'assistenza (+5,9%), la tutela legale (+6,3%, grazie anche all'evoluzione legislativa riguardante l'omicidio stradale che ha incentivato la stipula della copertura "tutela legale" in abbinamento alla polizza obbligatoria auto), il malattia (+9,5%, a cui ha contribuito l'impulso dato dalla commercializzazione di prodotti innovativi legati anche alle nuove tecnologie e distribuiti attraverso il canale bancario) e le perdite pecuniarie (+14,2%). Hanno invece registrato una diminuzione il ramo r.c. aeromobili (-28,5%), i corpi veicoli aerei (-24,7%), il credito (-2,6%), i corpi veicoli marittimi (-2,1%), il cauzione (-1,3%) e i corpi veicoli ferroviari (-0,2%). L'incidenza dei premi delle altre assicurazioni danni sul totale danni è aumentata passando dal 49,4% nel 2016 al 50,4% nel 2017.

Premi del portafoglio diretto degli altri rami danni (*)
Valori in milioni



(*) Si considerano tutti i rami danni ad eccezione dei corpi veicoli terrestri, della r.c. auto e r.c. marittimi, lacustri e fluviali

I **premi di competenza**, ottenuti sottraendo ai premi contabilizzati la variazione della riserva premi e altre voci di saldo, sono stati pari a 15.900 milioni in aumento dell'1,8% rispetto al 2016.

Il **costo dei sinistri di competenza**, definito come somma degli importi pagati e riservati per i sinistri accaduti nel solo anno 2017, è stato pari a 9.858 milioni, in aumento rispetto al 2016. Poiché a questa voce di costo si è associato un minore incremento dei premi, il loss ratio di competenza risulta in lieve peggioramento (dal 59,6% nel 2016 al 62,0% nel 2017).

Gli **oneri per sinistri**, che includono rispetto al costo dei sinistri di competenza anche l'eventuale sufficienza/insufficienza degli importi riservati dei sinistri accaduti

in anni precedenti, sono stati pari a 8.563 milioni, in aumento rispetto al 2016. Nonostante si sia registrato, infatti, un incremento nello smobilizzo positivo delle riserve accantonate per i sinistri accaduti in esercizi precedenti, questo non ha compensato il maggior costo dei sinistri di competenza.

Va sottolineato come lo smontamento positivo delle riserve per i sinistri accaduti negli anni precedenti al 2017 abbia peraltro raggiunto i 1.295 milioni, con un'incidenza sui premi di competenza superiore all'8%. Il **rapporto degli oneri per sinistri e i premi di competenza (loss ratio)** è risultato in peggioramento dal 52,0% nel 2016 al 53,9% nel 2017. I rami che più di altri hanno contribuito al peggioramento di questo indicatore e il cui peso, in termini di premi, è più elevato rispetto agli altri, sono stati il ramo malattia, per il quale il loss ratio è passato dal 66,9% nel 2016 al 67,5% nel 2017, il ramo incendio, dal 60,1% al 70,2% e il ramo altri danni ai beni per il quale il loss ratio passa dal 62,8% nel 2016 al 72,6% nel 2017; in particolare il deterioramento del loss ratio dei rami property (incendio e altri danni ai beni) è dovuto, da un lato, all'incremento dei sinistri legati a eventi atmosferici, sempre più frequenti per il cambiamento climatico in atto e, dall'altro, ai danni da risarcire legati agli eventi sismici della fine del 2016 e dell'inizio del 2017 nel centro Italia. Gli unici rami che hanno registrato un miglioramento di questo indicatore e il cui peso, in termini di premi, è più elevato rispetto agli altri, sono stati il ramo infortuni (dal 39,9% nel 2016 al 39,2% nel 2017) e il ramo r.c. generale (dal 48,2% nel 2016 al 42,3% nel 2017).

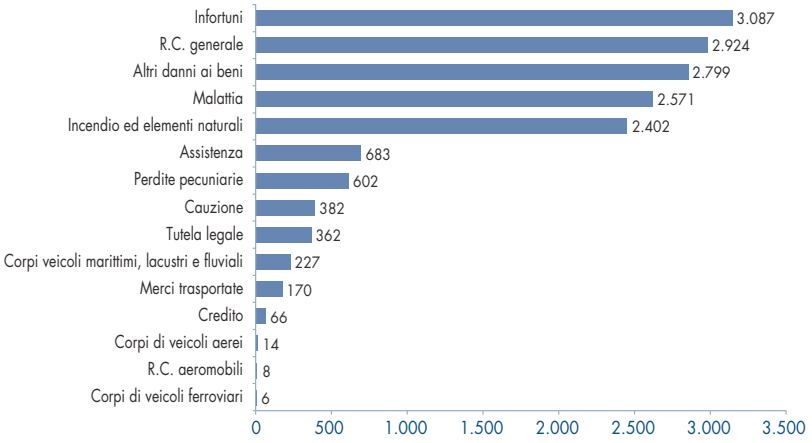
Altri rami danni (sono esclusi i rami corpi veicoli terrestri, r.c. auto, r.c. autoveicoli marittimi, lacustri e fluviali)
Valori in milioni

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Premi contabilizzati	15.743	15.673	15.189	15.011	15.202	15.333	15.794	16.303
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	235	237	-280	-105	-28	1	181	403
Oneri relativi ai sinistri (-):	10.276	9.859	11.054	9.183	8.924	8.263	8.124	8.563
– sinistri di competenza (-)	10.499	10.000	11.004	9.657	9.613	9.196	9.304	9.858
– sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	223	141	-50	474	689	933	1.179	1.295
Saldo delle altre partite tecniche	-408	-357	-363	-335	-375	-462	-426	-413
Spese di gestione (-)	4.799	4.762	4.568	4.605	4.720	4.854	5.063	5.252
– provvigioni	3.407	3.387	3.192	3.182	3.256	3.315	3.497	3.653
– altre spese di acquisizione	670	642	675	686	723	767	736	738
– altre spese di amministrazione	722	733	701	737	741	773	830	862
Saldo tecnico del lavoro diretto	**24**	**458**	**-517**	**993**	**1.211**	**1.753**	**1.999**	**1.672**
Utile investimenti	510	314	760	554	587	584	512	588
Risultato del conto tecnico diretto	**534**	**772**	**243**	**1.546**	**1.798**	**2.337**	**2.511**	**2.259**
Saldo della riassicurazione	-539	-513	554	-726	-572	-469	-507	-179
Risultato del conto tecnico complessivo	**-5**	**259**	**796**	**820**	**1.226**	**1.868**	**2.003**	**2.080**
Variazione % annua dei premi	0,4%	0,6%	-1,5%	-1,1%	1,2%	0,8%	2,0%	3,2%
Combined ratio	**96,7%**	**94,2%**	**101,5%**	**91,4%**	**89,6%**	**85,6%**	**84,1%**	**86,1%**
– Expense ratio	30,5%	30,4%	30,1%	30,7%	31,0%	31,7%	32,1%	32,2%
– Provvigioni/Premi contabilizzati	21,6%	21,6%	21,0%	21,2%	21,4%	21,6%	22,1%	22,4%
– Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	4,3%	4,1%	4,4%	4,6%	4,8%	5,0%	4,7%	4,5%
– Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,6%	4,7%	4,6%	4,9%	4,9%	5,0%	5,3%	5,3%
– Loss ratio:	66,3%	63,9%	71,5%	60,7%	58,6%	53,9%	52,0%	53,9%
– Loss ratio di competenza	67,7%	64,8%	71,1%	63,9%	63,1%	60,0%	59,6%	62,0%
– Suff./Insuff. sinistri es. preced./Premi competenza	1,4%	0,9%	-0,3%	3,1%	4,5%	6,1%	7,6%	8,1%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**0,2%**	**3,0%**	**-3,3%**	**6,6%**	**8,0%**	**11,4%**	**12,8%**	**10,5%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**3,4%**	**5,0%**	**1,6%**	**10,2%**	**11,8%**	**15,2%**	**16,1%**	**14,2%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	**0,0%**	**1,7%**	**5,1%**	**5,4%**	**8,0%**	**12,2%**	**12,8%**	**13,1%**
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni	*44,2%*	*43,1%*	*42,9%*	*44,6%*	*46,3%*	*47,9%*	*49,4%*	*50,4%*

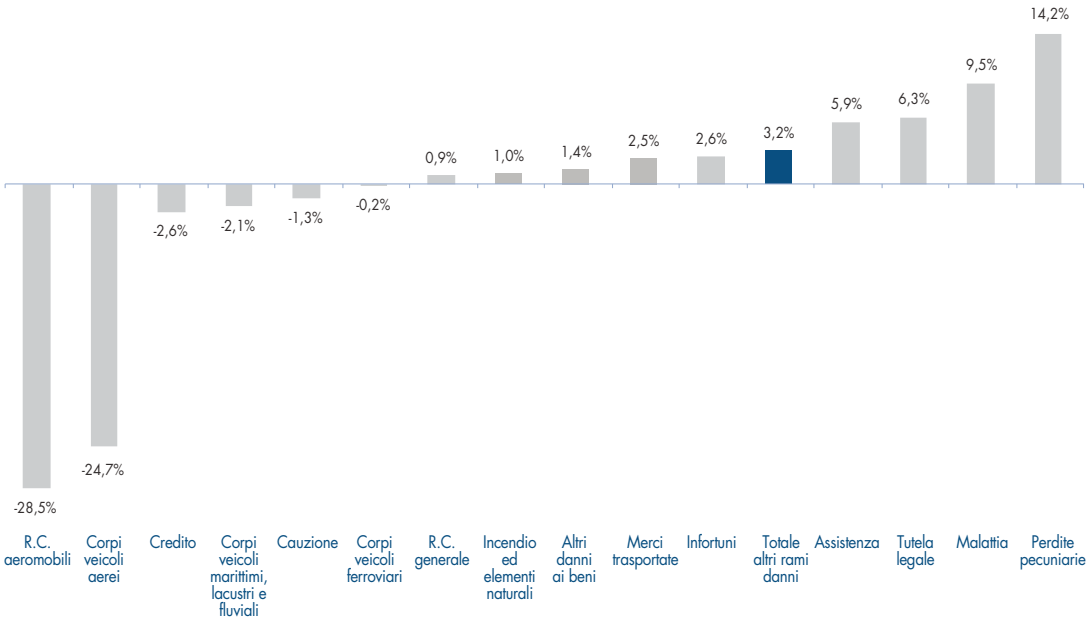
Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base dei valori espressi in migliaia
Variazioni % calcolate a perimetro di imprese omogeneo

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Premi del portafoglio diretto per ramo di attività – Anno 2017
Valori in milioni



Tassi di crescita % nominale dei premi del portafoglio diretto – Anno 2017 (*)
Media 2017: 3,2%

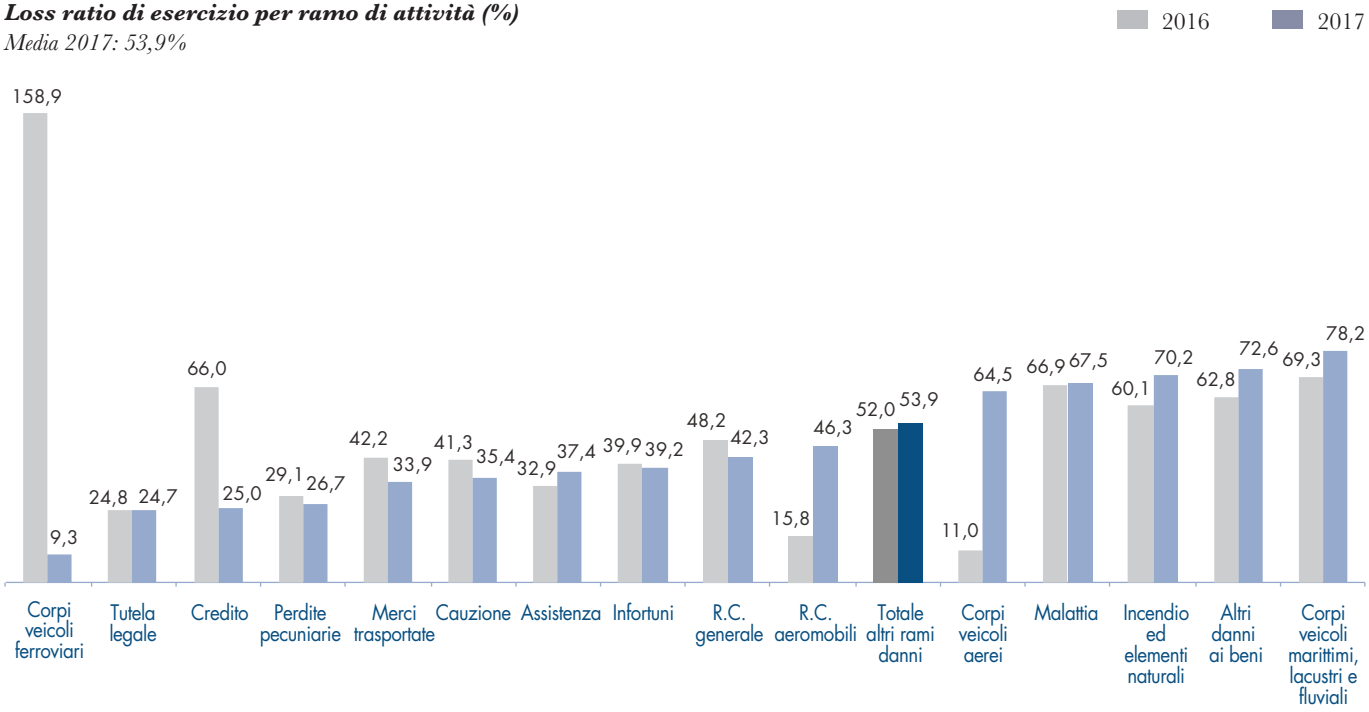


(*) Variazioni calcolate a perimetro di imprese omogeneo

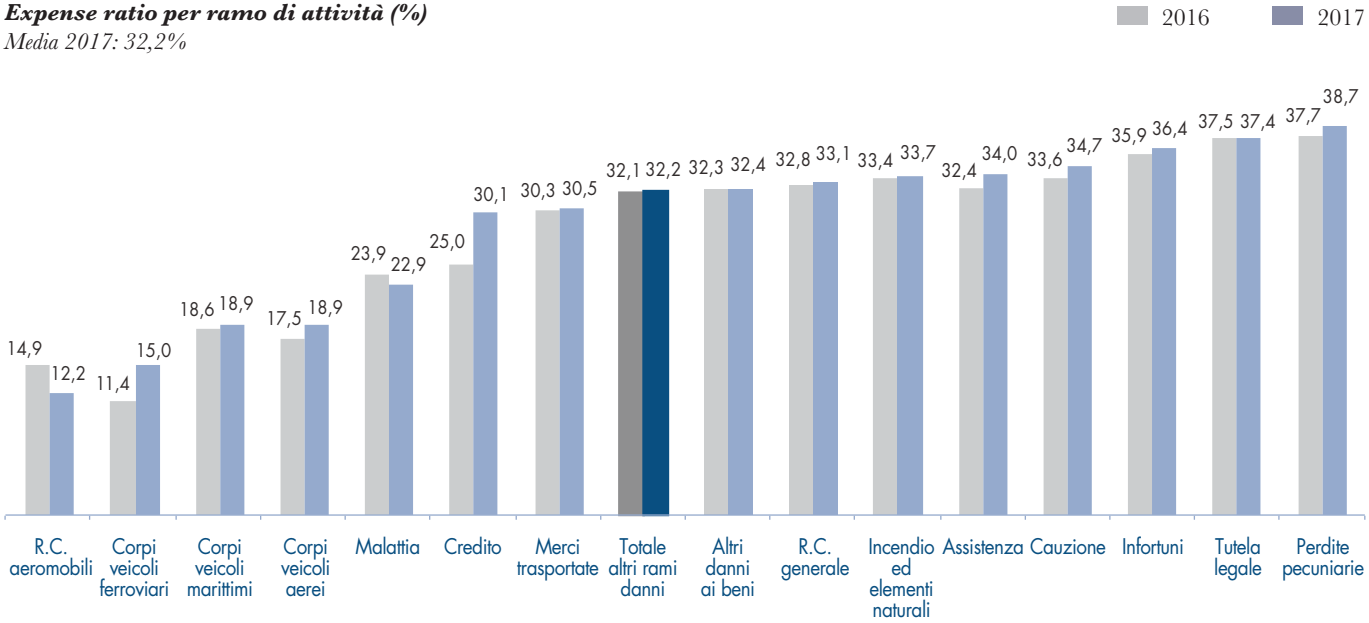
Le **spese di gestione** sono state nel 2017 pari a 5.252 milioni (5.063 nel 2016) e comprendono le spese di amministrazione attinenti alla gestione tecnica e gli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi e per l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva. L'**incidenza delle spese sui premi (expense ratio)** è stata del 32,2%, valore in lieve aumento rispetto al 2016 (32,1%). In particolare, l'incidenza delle provvigioni sui premi è passata dal 22,1% nel 2016 al 22,4% nel 2017, l'incidenza delle altre spese di acquisizione sui premi è passata dal 4,7% al 4,5%, e quella delle altre spese di amministrazione è rimasta stabile al 5,3%. I rami che presentano l'indicatore più alto sono: le perdite pecuniarie (38,7%), la tutela legale (37,4%), gli infortuni (36,4%) e il ramo cauzione (34,7%); valori più contenuti e inferiori al 20%, si registrano nei rami corpi veicoli marittimi e aerei (18,9%), corpi veicoli ferroviari (15,0%) e r.c. aeromobili (12,2%).

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI

Loss ratio di esercizio per ramo di attività (%)
Media 2017: 53,9%



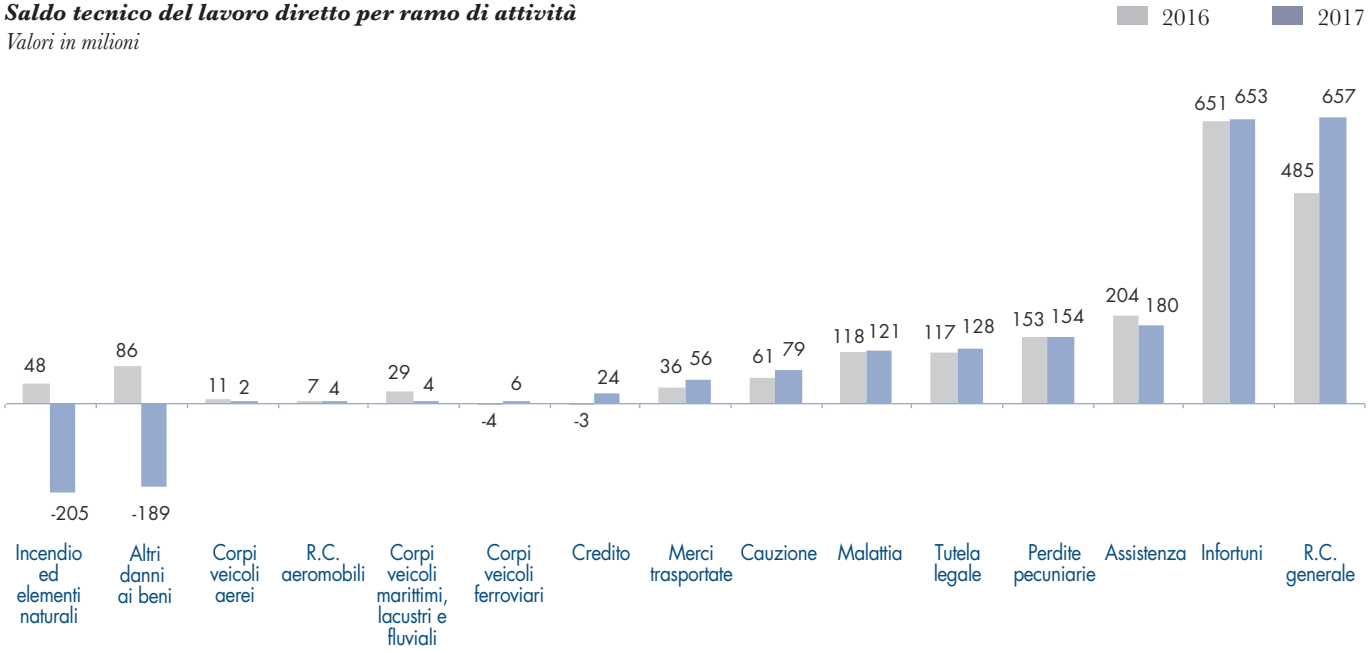
Expense ratio per ramo di attività (%)
Media 2017: 32,2%



Il **saldo tecnico** del portafoglio diretto è stato positivo per 1.672 milioni (in diminuzione rispetto ai 1.999 milioni nel 2016). Il peggioramento registrato dal saldo tecnico è derivato principalmente dal maggior onere per sinistri precedentemente descritto; in particolare, hanno registrato un saldo tecnico positivo e superiore ai 100 milioni i rami malattia (121 milioni, 118 nel 2016), tutela legale (128 milioni, 117 nel 2016), perdite pecuniarie (154 milioni contro 153 nel 2016), assistenza

(180 milioni, in diminuzione rispetto ai 204 nel 2016), infortuni (653 milioni contro 651 nel 2016) e il ramo r.c. generale (657 milioni contro 485 nel 2016). Si sono registrati saldi negativi nei rami incendio (-205 milioni) e altri danni ai beni (-189 milioni).

Saldo tecnico del lavoro diretto per ramo di attività
Valori in milioni



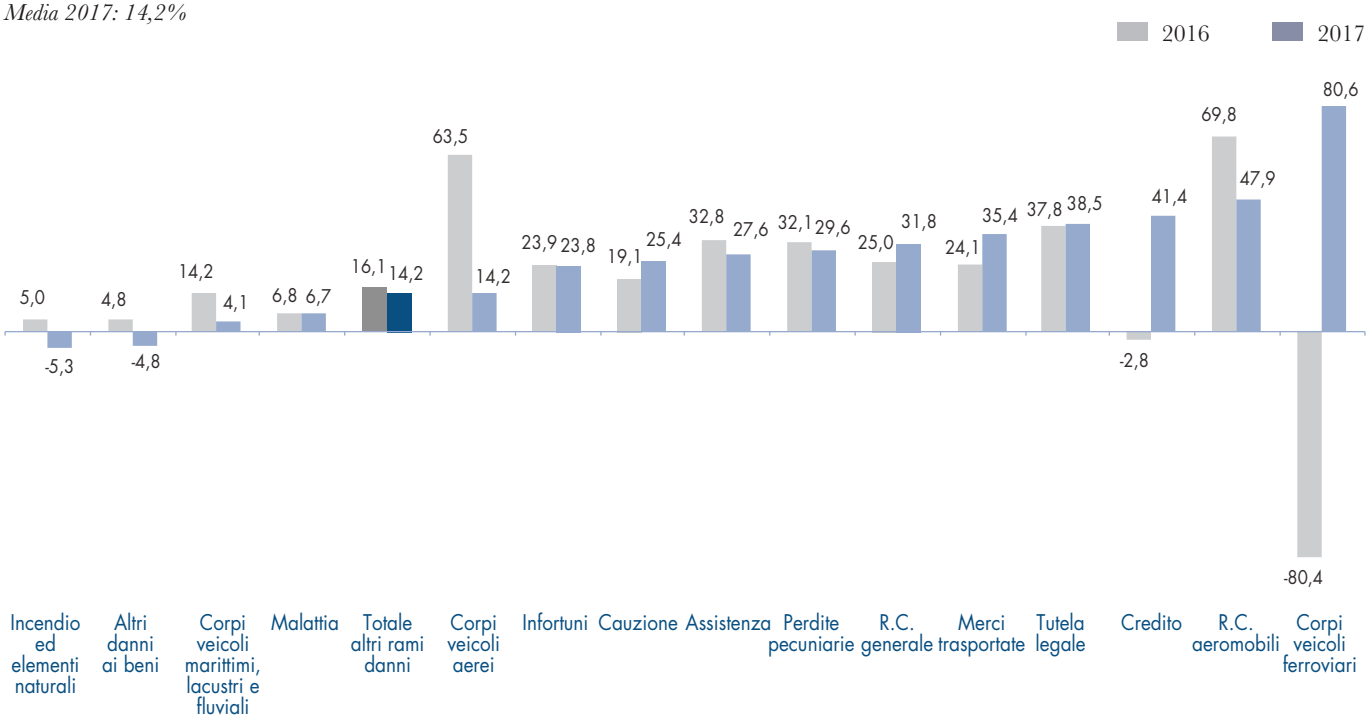
Considerando che gli **utili degli investimenti** sono stati pari a 588 milioni (erano 512 nel 2016), il **risultato del conto tecnico diretto** è stato positivo per 2.259 milioni (2.511 nel 2016), con un'incidenza sui premi di competenza pari al 14,2% (16,1% nel 2016). In particolare, incidenze inferiori alla media e negative si registrano per i seguenti rami: incendio (-5,3%) e altri danni ai beni (-4,8%). Tra i rami più rappresentativi in termini di premi si segnalano le incidenze particolarmente positive del ramo infortuni (23,8%) e del ramo r.c. generale (31,8%).

Tenuto conto del saldo della riassicurazione (negativo per 179 milioni), il **risultato del conto tecnico complessivo** è stato positivo per 2.080 milioni (2.003 nel 2016), con un'incidenza sui premi pari al 13,1% (12,8% nel 2016).

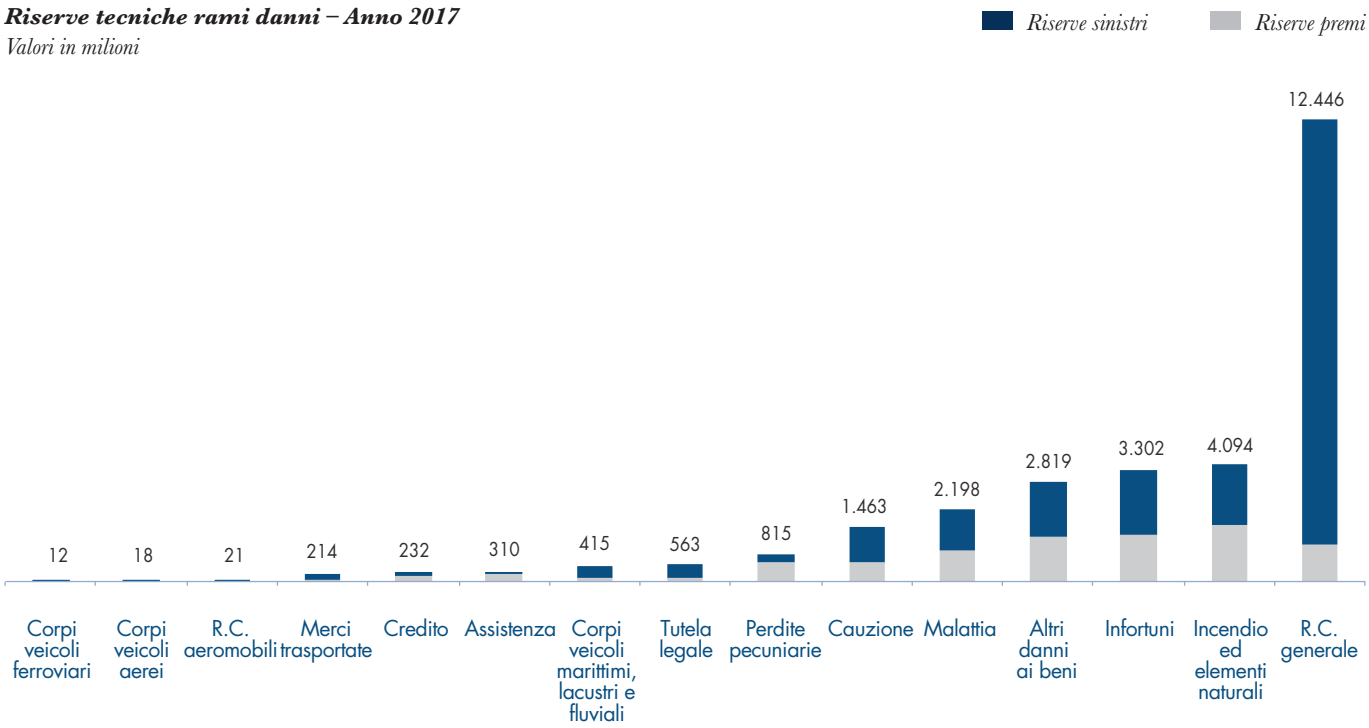
Le **riserve tecniche dirette** delle altre assicurazioni danni, al netto delle somme da recuperare da assicurati e da terzi, sono state pari nel 2017 a 28.923 milioni; in particolare, 8.602 milioni sono relativi alla riserva premi e 20.321 alla riserva sinistri. Il ramo nel quale si registra l'importo più elevato di riserve tecniche è la r.c. generale, per il quale è stato previsto a fine 2017 un accantonamento pari a 12.446 milioni

per sinistri e premi; registrano una riserva complessiva superiore ai 3.000 milioni i rami infortuni (3.302) e incendio (4.094).

Incidenza risultato conto tecnico del portafoglio diretto su premi di competenza per ramo di attività
Media 2017: 14,2%



Riserve tecniche rami danni – Anno 2017
Valori in milioni



LE CARATTERISTICHE DELLE FAMIGLIE ITALIANE IN POSSESSO DI POLIZZE SANITARIE E DANNI (ESCLUSA R.C. AUTO)

La Banca d'Italia ha recentemente pubblicato le informazioni raccolte nella rilevazione del 2016 dell'Indagine sui bilanci delle famiglie italiane. L'Indagine campionaria, condotta con cadenza biennale su un campione rappresentativo di famiglie italiane raccoglie una ricca varietà di informazioni sulle loro caratteristiche demografiche e socio-economiche individuali.

Una sezione del questionario è dedicata alle coperture assicurative in possesso delle famiglie. Tra le domande incluse nella sezione una è relativa al possesso di coperture sanitarie, intese sia come coperture infortuni sia come coperture malattia, e un'altra al possesso di polizze danni, suddivise tra coperture mezzi di trasporto (accessorie alla r.c. auto), protezione dell'abitazione e personali per danni contro terzi (r.c. generale) (figura 1).

Figura 1 – Il questionario della Banca d'Italia

Assicurazioni sanitarie (infortuni e malattie)

F33. Nel 2016 Lei, o qualcuno della Sua famiglia, aveva un'assicurazione sanitaria privata (per infortuni e malattie)? **ASS4**

– Sì 1
– No ..... 2 → ***Dom. F37***

(Int.re! Verifica coerenza con risposte a Dom. 10 dell'allegato **ALL. B1**

F34. Nel 2016 quante polizze sanitarie erano presenti nella famiglia? |……| **NASS4**
(Int.re! Compilare una colonna per ogni polizza!)

Assicurazioni danni (esclusa r.c. auto)

F37. Nel 2016 Lei o qualcuno della Sua famiglia ha effettuato versamenti per un'assicurazione danni, per furto, incendio, grandine, responsabilità civile ecc. (escludere la responsabilità civile obbligatoria dell'auto)? **ASS3**

– Sì 1
– No ..... 2 → ***FINE SEZIONE***

NASS31..NASS33	…Mezzi di trasporto	…Case e terreni	…Persone
F38. E quante polizze (escluse r.c. auto) avevate per			
	|……| |……| |……|
F39. Quale importo è stato pagato complessivamente dalla Sua famiglia nel 2016 (esclusa r.c. auto)? **ASS3S**	€ |….|….| |….|….|….|		
F40. Come avete acquistato la polizza? **ASS3H1… 3**			
– Internet	1	1	1
– Contatto diretto al telefono.....	2	2	2
– Contatto tradizionale (agenzia, broker, …)	3	3	3
– altro	4	4	4

Fonte: Banca d'Italia

È opportuno sottolineare che le informazioni raccolte dall'Indagine sono estratte dalle risposte fornite dai nuclei familiari intervistati e per questa ragione spesso non è possibile verificarne contestualmente la loro correttezza contabile. Non raramente emergono infatti discrasie rispetto ai dati contabili aggregati riportati dalle controparti. Ciò non riduce il valore aggiunto dell'Indagine, che è dato soprattutto dalla possibilità di legare le scelte economiche delle famiglie – in questo caso, la decisione di assicurarsi – alle loro caratteristiche demografiche e socio-economiche.

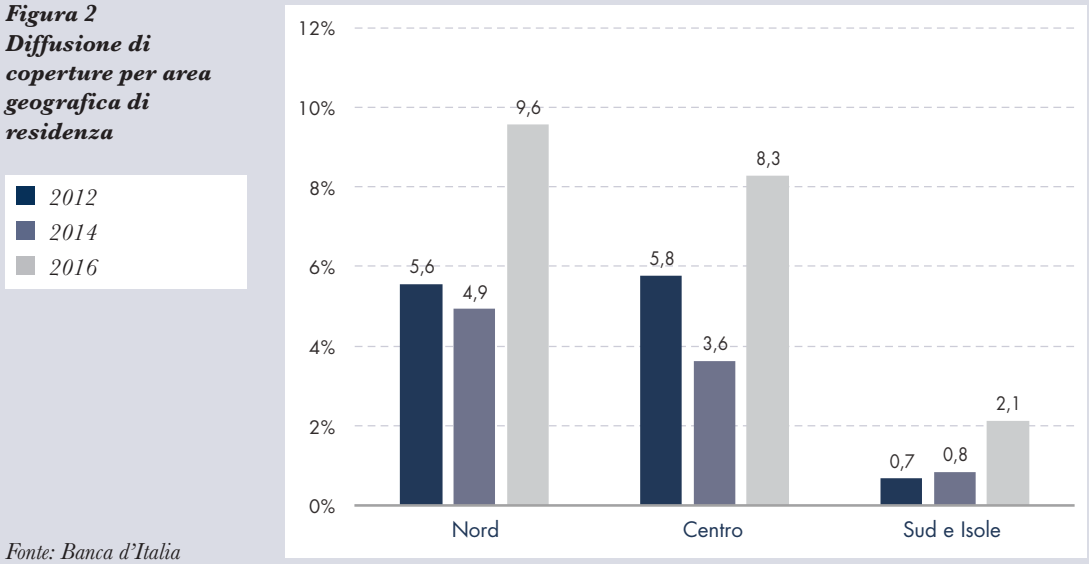
Coperture sanitarie

Nel 2016 la percentuale delle famiglie in possesso di almeno una polizza sanitaria era pari al 6,9%, in forte aumento rispetto a quanto rilevato sia nel 2014 (3,3%) sia nel 2012 (4,0%); in termini assoluti le famiglie assicurate erano circa 1,7 milioni (0,8 e 1,0 nel 2014 e nel 2012, rispettivamente).

Tra le famiglie assicurate, il numero medio di coperture, ponderato per la rappresentatività campionaria, era pari a 1,4 (1,06 e 1,1).

La maggioranza delle famiglie con almeno una copertura sanitaria risiedeva al Nord (9,6%; 4,9% e 5,6% nelle due precedenti rilevazioni), seguita dalle famiglie con residenza al Centro (8,3%; 3,6% e 5,8%) e da quelle del Sud (2,1%; 0,8% e 0,7%) (figura 2).

Figura 2
Diffusione di coperture per area geografica di residenza

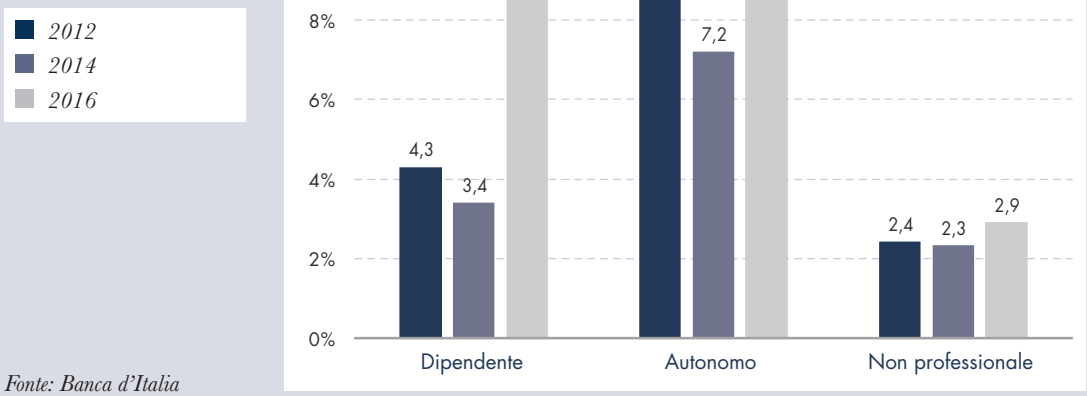


Fonte: Banca d'Italia

La diffusione di coperture sanitarie varia sensibilmente a seconda della condizione professionale del capofamiglia, inteso come il maggior percettore di reddito. I lavoratori autonomi tendono infatti a ricorrere di più alle assicurazioni sanitarie. Ciò è confermato anche dall'ultima indagine, anche se la differenza con i lavoratori dipendenti si è ridotta notevolmente. Nel 2016 la diffusione di polizze tra i lavoratori autonomi era pari a 10,3% (7,2% nel 2014 e 9,5% nel 2012), mentre tra i lavoratori dipendenti era quasi del 10% (3,4% e 4,3%). Per

i capifamiglia in condizione non professionale la percentuale era significativamente più bassa (2,9%, 2,3% e 2,4%) (figura 3).

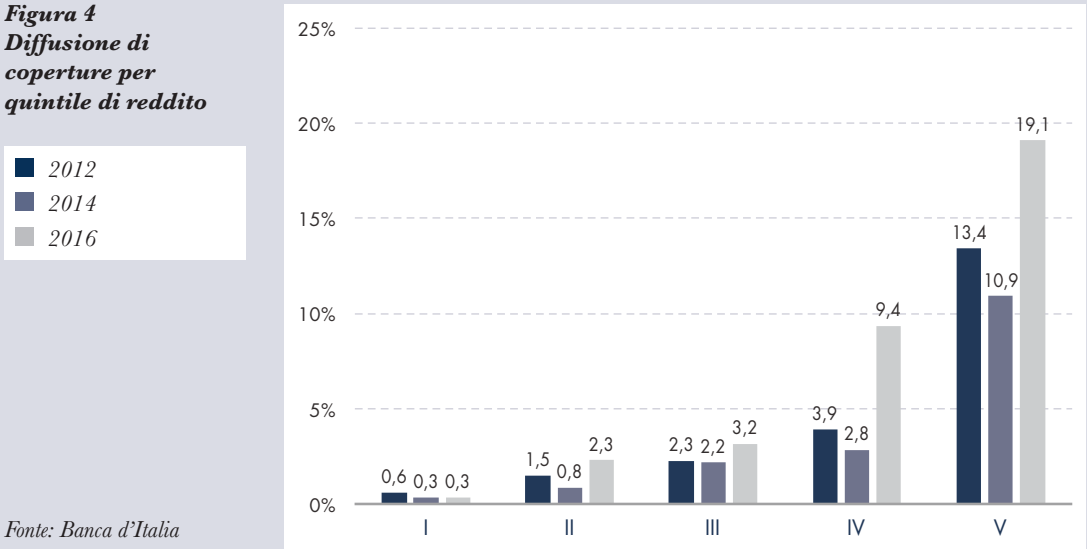
Figura 3
Diffusione di coperture per condizione professionale



Fonte: Banca d'Italia

Anche nel 2016 la diffusione di polizze sanitarie è risultata correlata positivamente al livello del reddito familiare. Rispetto al passato, nel 2016 la correlazione positiva si è ulteriormente accentuata: la percentuale di famiglie assicurate nell'ultimo quintile per reddito superava quella nel primo quintile di quasi 19 punti percentuali (11 nel 2014 e 13 nel 2012) (figura 4).

Figura 4
Diffusione di coperture per quintile di reddito



Fonte: Banca d'Italia

Coperture danni esclusa la r.c. auto

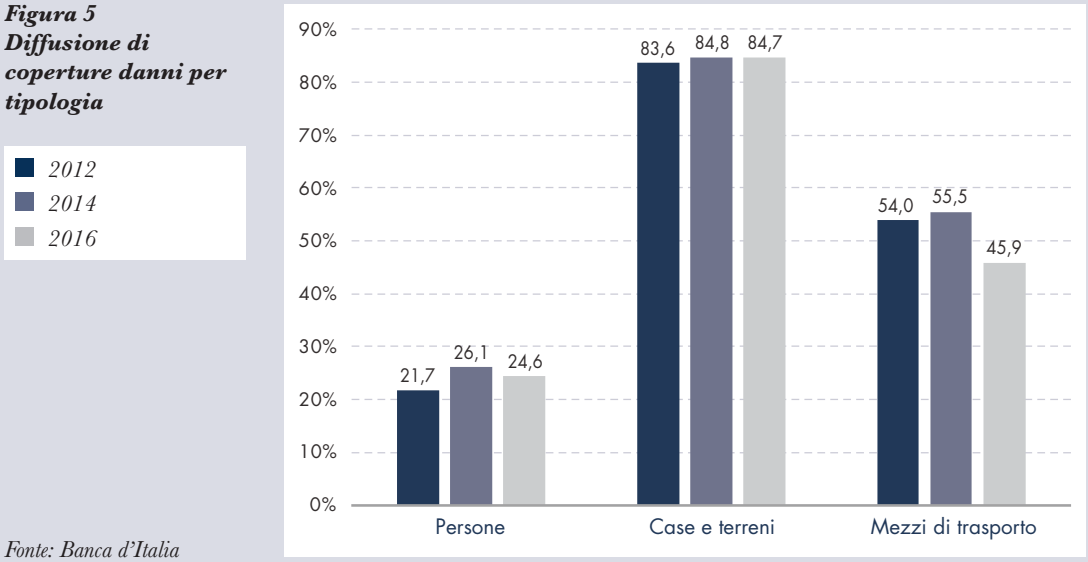
Nel 2016 la percentuale delle famiglie in possesso di almeno una polizza danni diversa dalla r.c. auto era secondo l'Indagine pari a circa il 16% (20% e 22% nel 2014 e nel 2012,

rispettivamente). Con riferimento alle tipologie di copertura, la diffusione di polizze per la r.c. generale, degli immobili e dei mezzi di trasporto era pari, rispettivamente, al 3,8%, 13,2% e 7,1% (5,3%, 17,1%, 11,2% nel 2014). In particolare, per quanto riguarda le polizze a copertura di casa e terreni, il dato è coerente con le statistiche di settore se si escludono le polizze del fabbricato e quelle con vincolo a favore di terzi (presenti ad esempio nel caso delle polizze associate a un contratto di mutuo immobiliare), in quanto si può presumere che queste non siano prese in considerazione dalle famiglie nel formulare la risposta. Al netto di tali considerazioni la diffusione di polizze danni rilevata dalle statistiche ANIA sarebbe pari al 17% circa (40% se si considerano le polizze a copertura degli immobili nella totalità).

È meno agevole invece ipotizzare una spiegazione della visibile contrazione tra il 2014 e il 2016 al di là del fatto che nell'ultima rilevazione la formulazione della domanda è variata sensibilmente.

Tra le famiglie assicurate, la copertura che viene riportata con più frequenza è quella a protezione della casa (84,7%, 84,8% nel 2014) (figura 5). Le coperture sui mezzi di trasporto sono invece acquistate dal 45,9% (55,5% nel 2014) delle famiglie assicurate, seguite dalle polizze di responsabilità civile (24,6%, 26,1%).

Figura 5
Diffusione di coperture danni per tipologia



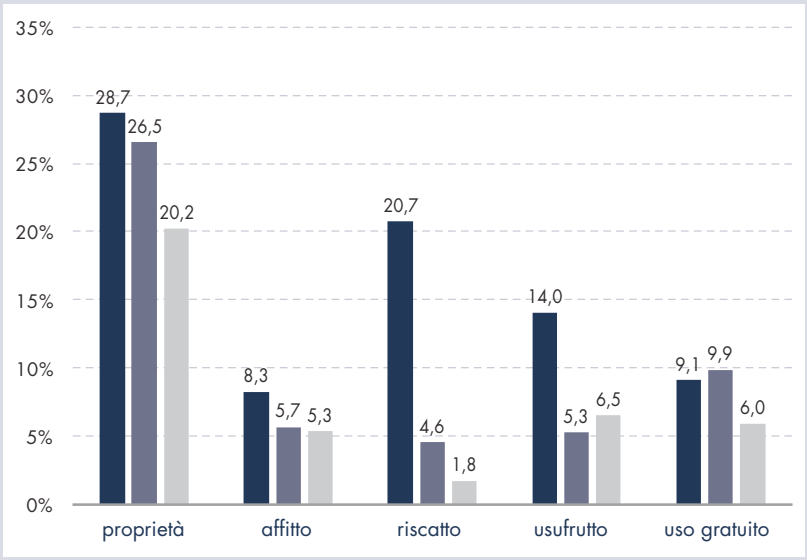
Fonte: Banca d'Italia

La prevalenza delle polizze a protezione degli immobili è riflessa dalla forte correlazione tra la presenza di una copertura danni e la tipologia di titolo di godimento dell'abitazione principale (figura 6). Il 20% delle famiglie che viveva in un'abitazione di proprietà, infatti, possedeva una o più coperture danni, contro solo poco più del 5% tra quelle che risiedevano in una casa in affitto. La percentuale tra le famiglie assicurate con altre modalità abitative, pur essendo molto variabile, incide poco sul dato aggregato.

Come nel caso delle coperture sanitarie, nel 2016 la diffusione di polizze danni si conferma fortemente correlata con il livello del reddito familiare (figura 7). Rispetto alle rilevazioni precedenti, tuttavia, nel 2016 si è attenuato il divario tra le famiglie appartenenti alla fascia

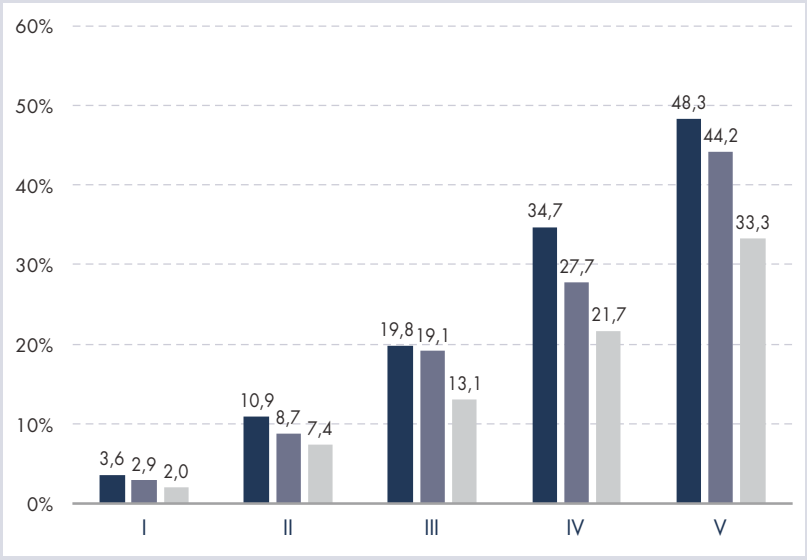
con alto reddito e quelle con minori introiti: la percentuale di famiglie assicurate nell'ultimo quintile per reddito superava quella nel primo quintile di circa 30 punti percentuali, contro gli oltre 40 rilevati nelle due precedenti tornate dell'Indagine.

Figura 6
Diffusione di coperture danni per titolo di godimento dell'abitazione principale



Fonte: Banca d'Italia

Figura 7
Diffusione di coperture danni per quintile di reddito



Fonte: Banca d'Italia

LE GARANZIE OFFERTE NEI RAMI INFORTUNI E MALATTIA

L'Associazione, sulla base della statistica semestrale dei rami Infortuni e Malattia, è in grado di fornire una stima della spaccatura dei premi dei due rami tra polizze individuali e collettive, oltre che la loro ripartizione secondo le principali tipologie di coperture assicurative offerte.

Ramo Infortuni

Nell'intero anno 2017 i premi contabilizzati (polizze individuali e collettive) relativi al **ramo Infortuni**, raccolti da imprese italiane e rappresentanze di imprese UE ed extra-UE, sono stati pari a 3,5 miliardi, in aumento del 2,7% rispetto all'anno precedente (tavola 1). Si stima che i premi di nuova produzione sottoscritti nell'anno abbiano rappresentato il 18% del totale, stesso valore del 2016, a fronte di un ammontare pari a 636 milioni (+2,0% rispetto all'anno precedente).

All'incremento dei premi contabilizzati ha contribuito principalmente la garanzia invalidità permanente (totale o parziale), che ha raccolto il 37% dei premi, per un importo di 1,3 miliardi (+3,4% rispetto al 2016). Trend positivo anche per le garanzie relative all'infortunio del conducente ([1]) e all'inabilità temporanea: i premi della prima registrano un incremento annuo del 4,1%, raggiungendo 766 milioni (il 22% del totale) mentre quelli della seconda, a fronte di un importo pari a 298 milioni (l'8% dell'intera raccolta), osservano una crescita dell'1,8%. Sostanzialmente stabile (-0,7% rispetto al 2016) è risultato invece l'andamento della raccolta dei premi relativi alla garanzia morte, pari a un volume di 575 milioni, il 16% dell'intero portafoglio.

Tavola 1 – Distribuzione % dei premi per principali garanzie assicurative
Importi in migliaia di euro

Garanzie assicurative	Premi Contabilizzati					di cui: Premi Nuova Produzione					% Nuova Prod. su Contab.	
	2016		2017			2016		2017				
	Premi	Distrib.	Premi	Distrib.	Var. annua	Premi	Distrib.	Premi	Distrib.	Var. annua	2016	2017
INFORTUNI												
Morte	579.040	17%	574.892	16%	-0,7%	92.718	15%	92.296	15%	-0,5%	16%	16%
Invalidità permanente	1.243.642	36%	1.285.532	37%	3,4%	206.821	33%	218.327	34%	5,6%	17%	17%
Inabilità temporanea	292.543	9%	297.747	8%	1,8%	75.481	12%	68.419	11%	-9,4%	26%	23%
Infortunio del conducente	735.383	21%	765.653	22%	4,1%	148.734	24%	164.371	26%	10,5%	20%	21%
Altro (*)	572.011	17%	590.645	17%	3,3%	99.956	16%	92.570	15%	-7,4%	17%	16%
Totale	3.422.619	100%	3.514.470	100%	2,7%	623.710	100%	635.982	100%	2,0%	18%	18%

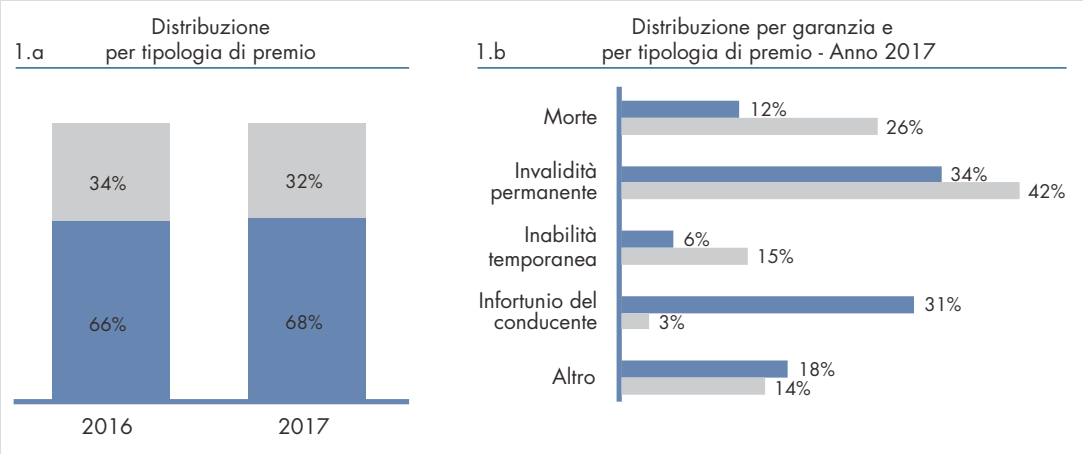
(*) Nella voce Altro sono incluse garanzie come l'indennità di ricovero, il rimborso delle spese per la cura e la riabilitazione rese necessarie a seguito dell'infortunio, nonché ulteriori altre garanzie che non rientrano in quelle indicate o che le imprese non riescono a distinguere
Fonte: ANIA

Relativamente ai soli premi contabilizzati, nell'anno 2017 la percentuale dei premi Infortuni relativi a polizze individuali è stata pari al 68% del totale del ramo, due punti percentuali in più rispetto all'anno precedente (figura 1.a); poco più del 30% dei premi contabilizzati è, conseguentemente, afferente alle polizze collettive.

Se si analizza la distribuzione dei premi distinti per le principali garanzie assicurative, si registrano alcune differenze tra le polizze individuali e quelle collettive (figura 1.b). Mentre oltre il 30% dei premi contabilizzati delle polizze individuali si concentra nella copertura infortunio del conducente, vi è una scarsa penetrazione di tale garanzia per le polizze collettive (il 3%) per le quali, invece, vi è una maggiore diffusione nella copertura degli altri rischi.

([1]) Prevede il riconoscimento di un indennizzo del conducente responsabile in incidente stradale, che ne abbia causato la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

Figura 1 Ripartizione % dei premi Infortuni tra polizze individuali e collettive



Per quanto riguarda il settore delle ***polizze individuali*** (a copertura di una sola persona o di un nucleo familiare), si stima che nel 2017 i premi contabilizzati siano stati pari a 2,4 miliardi, in aumento del 4,8% rispetto al 2016. Circa i due terzi dei premi sono afferenti alle garanzie assicurative invalidità permanente (totale o parziale) e infortunio del conducente. Nel dettaglio, nel 2017 la copertura per l'invalidità permanente ha rappresentato il 34% dei premi (stesso valore del 2016), la quota più alta tra tutte le garanzie, mentre la garanzia infortunio del conducente è risultata pari al 31% del totale premi, anch'essa stazionaria rispetto al 2016. I premi afferenti alla copertura del rischio morte si sono attestati a una quota mercato pari al 12% e a seguire con il 6% quelli relativi alla copertura per inabilità temporanea. La categoria "altro" (che comprende l'indennità di ricovero, il rimborso delle spese per la cura e la riabilitazione a seguito di infortunio, nonché ulteriori garanzie che non rientrano in quelle indicate o che le imprese non distinguono) rappresenta la parte rimanente dei premi contabilizzati (il 18%).

In merito alle ***polizze collettive*** (a copertura di una pluralità di persone il contraente stipula l'assicurazione in nome e per conto altrui), nel 2017 l'ammontare del volume premi è stimato pari a 1,1 miliardi, in lieve calo (-1,5%) rispetto all'anno precedente. In particolare risulta che il 42% dei premi contabilizzati sia rivolto alla copertura del rischio invalidità permanente (confermandosi la principale garanzia come per le polizze individuali), valore stazionario rispetto al 2016. La seconda garanzia più diffusa, in termini di volume premi, è stata quella relativa alla copertura del rischio morte con una quota mercato pari al 26%, 14 punti percentuali in più rispetto alle polizze individuali. La raccolta premi afferente al rischio inabilità temporanea ha confermato, anche nel 2017, un'incidenza sul totale premi del 15%, così come la quota delle polizze collettive relative alla copertura dell'infortunio del conducente, ferma al 3%. I premi afferenti alla categoria "altro" hanno un'incidenza sul totale premi pari al 14%.

Ramo Malattia

I premi contabilizzati (polizze individuali e collettive) afferenti al **ramo Malattia** sono stati nel 2017 pari a 2,7 miliardi, di cui 565 milioni di nuova produzione (il 21% del totale), in crescita del 9,4% rispetto all'anno precedente (il *new business* è aumentato invece del 31,0%) (tavola 2). La garanzia rimborso spese mediche ([2]) rappresenta oltre i tre quarti (77%) della raccolta premi, per un importo pari a 2,1 miliardi, in aumento del 10,4% rispetto al 2016. Positivo anche l'andamento del volume premi relativo alla garanzia invalidità permanente, pari a quasi 300 milioni

([2]) Prevede il rimborso delle spese sostenute dall'assicurato pre e post ricovero in istituto di cura a seguito di malattia o parto, nonché il rimborso per intervento chirurgico.

(l'11% del totale premi) e in aumento anch'esso del 10,4% rispetto all'anno precedente. I premi afferenti alla garanzia diaria [3] sono ammontati a 154 milioni, il 6% del totale, registrando un decremento dell'8,4%. Positivo invece, seppur su importi ancora piuttosto contenuti, è il trend dei premi contabilizzati afferenti alla garanzia long term care [4] che, a fronte di un ammontare pari a 31 milioni, l'1% dell'intera raccolta premi, osservano un aumento dell'11,7% rispetto al 2016.

Tavola 2 – Distribuzione % dei premi per principali garanzie assicurative
Importi in migliaia di euro

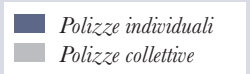
Garanzie assicurative	Premi Contabilizzati					di cui: Premi Nuova Produzione					% Nuova Prod. su Contab.	
	2016		2017			2016		2017				
	Premi	Distrib.	Premi	Distrib.	Var. annua	Premi	Distrib.	Premi	Distrib.	Var. annua	2016	2017
MALATTIA												
Rimborso spese mediche	1.877.316	76%	2.072.239	77%	10,4%	178.723	41%	298.674	53%	67,1%	10%	14%
Invalidità permanente	270.834	11%	299.084	11%	10,4%	170.021	39%	176.791	31%	4,0%	63%	59%
Diaria	168.383	7%	154.257	6%	-8,4%	18.107	4%	23.342	4%	28,9%	11%	15%
Long term care	27.513	1%	30.741	1%	11,7%	2.930	1%	4.354	1%	48,6%	11%	14%
Altro (*)	126.691	5%	147.698	5%	16,6%	61.310	14%	61.478	11%	0,3%	48%	42%
Totale	2.470.736	100%	2.704.019	100%	9,4%	431.090	100%	564.640	100%	31,0%	17%	21%

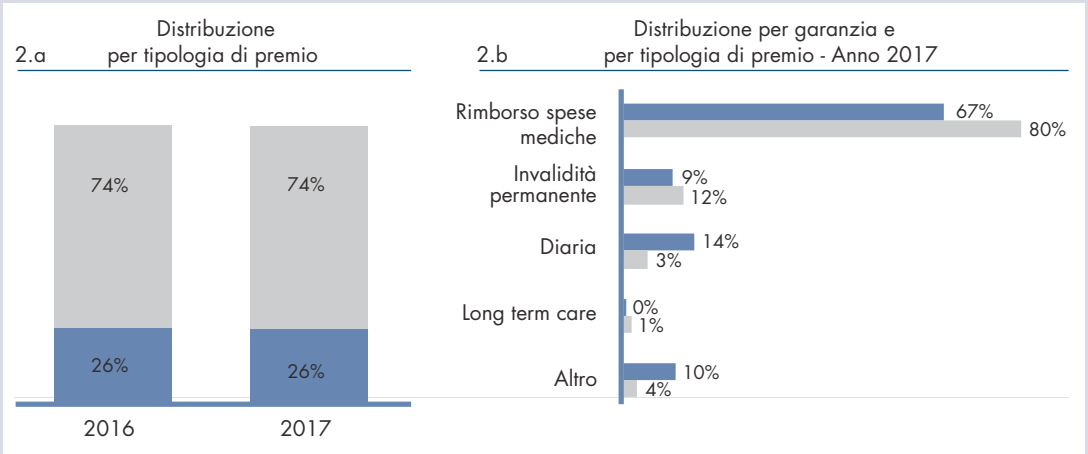
(*) Nella voce Altro sono incluse porzioni di premi attinenti a coperture di rischio che non rientrano in quelle già indicate (come ad esempio l'inabilità temporanea presente nelle polizze di alcune compagnie) o che non possono essere altrimenti allocate per mancanza di informazioni
Fonte: ANIA

Relativamente ai soli premi contabilizzati, nel ramo Malattia si registra invece una forte presenza di polizze collettive, pari al 74% della raccolta totale premi nell'intero anno 2017 (figura 2.a), stesso valore dell'anno precedente, con una conseguente quota di polizze individuali ferma al 26%.

In merito alla distribuzione dei premi Malattia distinti per le principali garanzie assicurative offerte dal mercato, si registra, al contrario di quanto osservato per il ramo Infortuni, una minore eterogeneità di offerta fra le polizze individuali e quelle collettive (figura 2.b), con la garanzia rimborso spese mediche che risulta ampiamente la più diffusa.

Figura 2 Scomposizione % dei premi Malattia tra polizze individuali e collettive





[3] Prevede un'indennità giornaliera in caso di ricovero in istituto di cura conseguente a malattia.
[4] Prevede un risarcimento o assistenza in istituti a seguito di un'effettiva richiesta di assistenza LTC per la mancanza di autosufficienza nello svolgere determinate attività elementari.

Per quanto riguarda il settore delle ***polizze individuali***, si stima che nel 2017 la raccolta dei premi contabilizzati sia stata pari a 711 milioni, in aumento dell'11,6% rispetto all'anno precedente. Nel dettaglio, il rimborso spese mediche mostra, anche nel 2017, la sua forte predominanza sul totale dei premi individuali, pari al 67% (68% nel 2016), mentre la garanzia diaria, con un'incidenza del 14%, registra un aumento di un punto percentuale rispetto al 2016. La copertura per il rischio di invalidità permanente osserva, a differenza del ramo Infortuni, un peso percentuale più contenuto e pari al 9% del totale, mentre la garanzia che copre il rischio di malattia long term care continua, anche nel 2017, a essere poco significativa (in quanto realizzata più frequentemente nel comparto Vita). La categoria "altro", che include porzioni di premi afferenti a coperture di rischio che non rientrano in quelle già indicate (come ad esempio l'inabilità temporanea presente nelle polizze di alcune compagnie) o che non possono essere altrimenti allocati per mancanza di informazioni, incide per il 10% dei premi.

Relativamente al settore delle ***polizze collettive***, nel 2017 si stima un volume premi di 2,0 miliardi, con un incremento dell'8,7% rispetto all'anno precedente. Per questa tipologia di polizze, l'incidenza della garanzia rimborso spese mediche sul totale dei premi risulta ancora più elevata rispetto alle polizze individuali (vi contribuisce significativamente la copertura offerta da casse sanitarie privatistiche o da aziende in favore dei propri dipendenti); nel dettaglio, tale garanzia costituisce l'80% del totale premi collettivi, un punto percentuale in più rispetto all'incidenza stimata nel 2016. La seconda garanzia maggiormente diffusa per le polizze collettive è l'invalidità permanente, che nel 2017 rappresenta il 12% del totale premi, dall'11% osservato nel 2016. Per la garanzia diaria si osserva un'incidenza sul totale dei premi pari al 3%, inferiore di due punti percentuali rispetto al 2016, mentre la garanzia long term care, seppur in misura minore rispetto alle polizze individuali, è stata ancora scarsamente commercializzata, con una quota di mercato appena dell'1%. La categoria "altro" è risultata più contenuta rispetto alle polizze individuali e pari al 4% dei premi contabilizzati.

I RISULTATI DELLA STATISTICA INFORTUNI

Le polizze contro gli infortuni hanno l'obiettivo primario di indennizzare l'assicurato, o i suoi beneficiari, per le perdite economiche conseguenti a un'invalidità permanente, un'inabilità temporanea o un decesso. Sono considerate invece garanzie "accessorie" quelle che prevedono la copertura, ad esempio, del rimborso delle spese di cura sanitarie sostenute dall'assicurato a seguito di infortunio. Al fine di poter disporre di statistiche sufficientemente ampie per l'analisi degli indicatori tecnici per questo ramo, ANIA dispone già da diversi anni di una banca dati alimentata dalle imprese assicuratrici. Nell'ultima rilevazione le imprese partecipanti rappresentavano circa i due terzi del mercato infortuni. Gli ultimi dati disponibili sono relativi all'anno 2015, ma per completezza dell'analisi si riportano anche alcuni confronti con i dati relativi al biennio precedente 2013-2014.

Di seguito si analizzano gli infortuni connessi con la sola attività professionale o extra-professionale dell'assicurato, con un dettaglio delle seguenti garanzie: morte, invalidità perma-

nente, inabilità temporanea e rimborso delle spese di cura. Tutti gli indennizzi (pagati e riservati) sono al lordo di qualsiasi forma di franchigia che può essere applicata da parte delle compagnie partecipanti alla statistica. Si evidenzia, comunque, che nella statistica associativa sono presenti anche i dati relativi agli infortuni del conducente conseguenti a incidentalità stradale, non oggetto di questa analisi.

Per la garanzia **morte** (tavola 1), nell'ultimo anno oggetto di rilevazione (2015), si osserva come tutti gli indicatori tornino ai livelli registrati nel 2013. La frequenza sinistri infatti, pari nel 2015 a 0,011%, è risultata in calo rispetto al 2014 (0,015%) ma in linea con quella del 2013. Tuttavia trattandosi di una copertura di eventi a frequenza sinistri molto bassa, è possibile che i risultati siano influenzati da particolari andamenti dell'incidentalità nonché da possibili cambiamenti nel mix di imprese costituenti il campione.

Anche il tasso di premio puro pari a 0,013‰ è risultato in linea con quello del 2013 e in diminuzione rispetto al tasso del 2014 (0,24‰), per effetto dell'andamento decrescente sia della frequenza sinistri sia del grado medio di danno (da 160,9% nel 2014 a 117,4% nel 2015).

Tavola 1
Infortuni Professionali ed Extra-professionali – Garanzia: morte

Anni	Freq. sinistri (%)	Costo medio sinistri (*)	Capitale medio esposto (*)	Grado medio di danno (%)	Tasso di premio puro (‰)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)/(4)	(6)=(2)*(5)
2013	0,010	112.272	81.993	136,90	0,13
2014	0,015	134.137	83.349	160,90	0,24
2015	0,011	93.312	79.453	117,44	0,13

(*) Importi in euro

Relativamente alla garanzia **invalidità permanente** a seguito di infortunio (tavola 2), la frequenza sinistri è diminuita arrivando all'1,34%, da un valore medio nel biennio 2013-2014 pari a 1,57%. Il grado medio di danno invece, come conseguenza di un incremento del costo medio nel 2015 e di un calo del capitale medio esposto, è salito al 6,6% dal 5,9% nel 2014 e dal 5,5% nel 2013. Il tasso di premio puro pari allo 0,88‰ rimane così in linea con il valore medio del biennio precedente (0,90‰).

La percentuale di menomazione fisica (espressa dal grado di i.p. media) riconosciuta agli assicurati nel 2015 è stata pari a 5,1 punti percentuali, come nel 2014.

Tavola 2 – Infortuni Professionali ed Extra-professionali – Garanzia: invalidità permanente

Anni	Freq. sinistri (%)	Costo medio sinistri (*)	Capitale medio esposto (*)	Grado medio di danno (%)	Tasso di premio puro (‰)	% IP media
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)/(4)	(6)=(2)*(5)	(7)
2013	1,50	7.152,0	129.169,0	5,50	0,83	4,9
2014	1,63	7.693,0	129.337,0	5,90	0,97	5,1
2015	1,34	7.965,3	120.593,2	6,61	0,88	5,1

(*) Importi in euro

Per la garanzia **inabilità temporanea** conseguente ad infortunio (tavola 3), si registra un aumento di tutti gli indicatori rispetto al biennio 2013-2014 e in particolare la frequenza sinistri è aumentata progressivamente dal 5,54% nel 2013 al 6,02% nel 2015 mentre il grado medio di danno, con un valore medio nel 2013-2014 del 28,25%, è salito al 29,44%. Tale crescita è stata determinata da un aumento sia del costo medio (da 1.175,5 euro nel 2013-2014 a 1.389,8 euro nel 2015) sia della diaria media esposta (da 41,5 euro nel biennio 2013-2014 a 47,2 euro nel 2015). Di conseguenza il tasso di premio puro nel 2015 è salito all'1,77‰ dall'1,58‰ (valore medio nel biennio 2013-2014). Anche il numero di giorni medi d'inabilità accertati è cresciuto nel 2015 arrivando a 37,1 (34,9 nel 2013 e 34,3 nel 2014).

Tavola 3 – Infortuni Professionali ed Extra-professionali – Garanzia: inabilità temporanea

Anni	Freq. sinistri (%)	Costo medio sinistri (*)	Diaria media esposta (*)	Grado medio di danno (%)	Tasso di premio puro (‰)	Giorni IT medi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)/(4)	(6)=(2)*(5)	(7)
2013	5,54	1.180,0	41,0	28,70	1,59	34,9
2014	5,63	1.171,0	42,0	27,80	1,57	34,3
2015	6,02	1.389,8	47,2	29,44	1,77	37,1

(*) Importi in euro

Per il **rimborso spese di cura** conseguenti a infortunio (tavola 4), si registra un premio puro nel 2015 in lieve aumento e pari a circa 22 euro, per effetto di un progressivo decremento della frequenza sinistri e di un aumento tendenziale del costo medio dei sinistri.

Tavola 4 Infortuni Professionali ed Extra-professionali – Garanzia: rimborso spese di cura

Anni	Freq. sinistri (%)	Costo medio sinistri (*)	Premio puro (%)
(1)	(2)	(3)	(4)=(2)*(3)
2013	1,96	1.039,0	20,3
2014	1,94	1.111,0	21,6
2015	1,82	1.197,2	21,8

(*) Importi in euro

CATASTROFI NATURALI: GLI EVENTI DEL 2017 NEL MONDO E UNA PRIMA STIMA DELL'ATTUALE ESPOSIZIONE DEL MERCATO ASSICURATIVO ITALIANO

L'anno 2017 è stato caratterizzato da 183 catastrofi naturali nel mondo, in diminuzione rispetto ai tre anni precedenti. Nonostante il numero degli eventi si sia ridotto, il 2017 è stato un anno record in termini di danni economici provocati, i quali hanno raggiunto i 275 miliardi, quasi il doppio sia dell'importo registrato nel 2016 (150 miliardi) sia della media degli ultimi 50 anni.

I danni avvenuti sono relativi principalmente agli uragani, alle tempeste, agli incendi boschivi e alle inondazioni che hanno colpito il Nord America, i Caraibi e l'Europa. Le assicurazioni hanno fornito risarcimenti per 115 miliardi (oltre il 40% dei danni complessivi) e l'ammontare di sinistri assicurati, a seguito di eventi catastrofali, è anch'esso risultato il più elevato da sempre a livello mondiale (negli ultimi 10 anni, la media annua dei sinistri assicurati ammontava a circa 42 miliardi).

Gli eventi con l'impatto assicurativo più elevato sono stati gli uragani *Harvey, Irma e Maria* che hanno colpito i Caraibi e gli Stati Uniti, causando sinistri per un ammontare pari a 77 miliardi, corrispondente allo 0,5% del PIL degli Stati Uniti.

L'Italia nel 2017 è stata colpita da diversi eventi atmosferici e idrogeologici: il gelo che nel mese di gennaio ha riguardato l'intero Paese, le forti piogge di giugno e le alluvioni abbattutesi sulle province di Livorno e dell'Emilia Romagna, rispettivamente nel mese di settembre e dicembre. Altro evento di carattere catastrofico è stata la valanga di Rigopiano, in provincia di Pescara, provocata da uno sciame sismico il 18 gennaio del 2017, che ha causato 15 milioni di danni (di cui 5 milioni assicurati). In totale, per tutti gli eventi catastrofali del 2017 registrati nel nostro Paese, si stima che il settore assicurativo abbia risarcito circa 385 milioni, una cifra che riflette il grado di diffusione ancora contenuto della copertura, a fronte di una media dei danni economici che negli ultimi 20 anni è stata pari a circa 3 miliardi all'anno.

Dalla rilevazione di PERILS sulle esposizioni assicurate contro i rischi catastrofali in Italia per l'anno 2018 (alla quale partecipa il 74% del mercato in termini di volume premi incendio), si stima per la totalità del mercato che:

- per quanto riguarda i rischi commerciali, tenuto conto delle partite fabbricato, contenuto e danni indiretti, l'esposizione complessiva sia pari a circa 650 miliardi per il terremoto (+8% rispetto al 2017) e a 700 miliardi per l'alluvione (+11% rispetto al 2017), al netto dei limiti contrattuali previsti dalle coperture assicurative. Tenuto conto delle esposizioni a entrambi gli eventi catastrofali rilevati (terremoto e alluvione), le regioni che hanno contribuito più di tutte alla crescita delle esposizioni rispetto al 2017 sono il Piemonte, la Puglia e la Campania. Si contano circa 400.000 rischi commerciali assicurati contro il terremoto, 340.000 contro l'alluvione e si presume che molti di questi ultimi siano assicurati anche contro il terremoto;
- per quanto riguarda i rischi residenziali, tenuto conto delle partite fabbricato, contenuto e danni indiretti, l'esposizione complessiva sia pari a circa 130 miliardi per il terremoto (+14% rispetto al 2017) e a 67 miliardi per l'alluvione (-16% rispetto al 2017), al netto dei limiti contrattuali previsti dalle coperture assicurative. Relativamente al terremoto, le regioni che hanno maggiormente contribuito alla crescita delle esposizioni rispetto al 2017 sono la Lombardia e l'Emilia Romagna, le stesse regioni che hanno registrato una contrazione delle esposizioni assicurate contro le alluvioni. Si contano circa 388.000 rischi residenziali assicurati contro il terremoto, 119.000 contro l'alluvione, anche in questo caso presumendo che molti di questi ultimi siano assicurati anche contro il terremoto.

La distribuzione territoriale delle esposizioni assicurate contro le catastrofi naturali, sia per quanto riguarda i rischi commerciali che quelli residenziali, evidenzia una concentrazione nelle regioni del Nord Italia (pari a circa il 70%). Seguono le regioni del Centro Italia con un peso pari a circa il 20% del totale.

Fermi i livelli assoluti delle coperture assicurative in questione, è possibile che le variazioni osservate tra il 2017 e il 2018, così come la distinzione tra rischi commerciali e rischi residenziali, siano in parte dovute a un progressivo miglioramento della classificazione dei dati da parte delle compagnie assicurative, a seguito di una crescente attenzione riguardo alla gestione di tali rischi. È importante comunque precisare che si tratta di stime suscettibili di aggiustamenti e sarà importante verificare l'evoluzione nei prossimi mesi. Peraltro, pur trattandosi di perimetri di osservazione diversi rispetto alla statistica associativa (vedi paragrafo "La diffusione delle polizze incendio e delle coperture contro le catastrofi naturali; risultati dell'indagine GFK"), perché ad esempio nelle esposizioni dei rischi residenziali di PERILS sono inclusi anche i danni al contenuto e i danni indiretti e si tiene anche conto dei limiti contrattuali (come franchigie, scoperti e massimali), vi è una sostanziale omogeneità sia in termini di esposizione complessiva (somme assicurate) sia in termini di rischi assicurati (numero di polizze) con i dati oggetto della rilevazione ANIA.

Con riferimento al solo rischio alluvionale, EIOPA (*European Insurance and Occupational Pensions Authority*), il 28 febbraio 2018 ha posto in consultazione il documento "*EIOPA's second set of advice to the European Commission on specific items in Solvency II Delegated Regulation*", nel quale propone la ricalibrazione degli scenari relativamente al rischio alluvionale (*flood*) per quanto riguarda il nostro Paese. Più in dettaglio EIOPA, propone per l'Italia, sulla base degli output dei vari modelli presi in considerazione, di aumentare l'attuale fattore da applicare al sottomodulo del rischio di alluvione per il calcolo del Solvency Capital Requirement (SCR) dallo 0,10% allo 0,15% (con un incremento quindi del 50%).

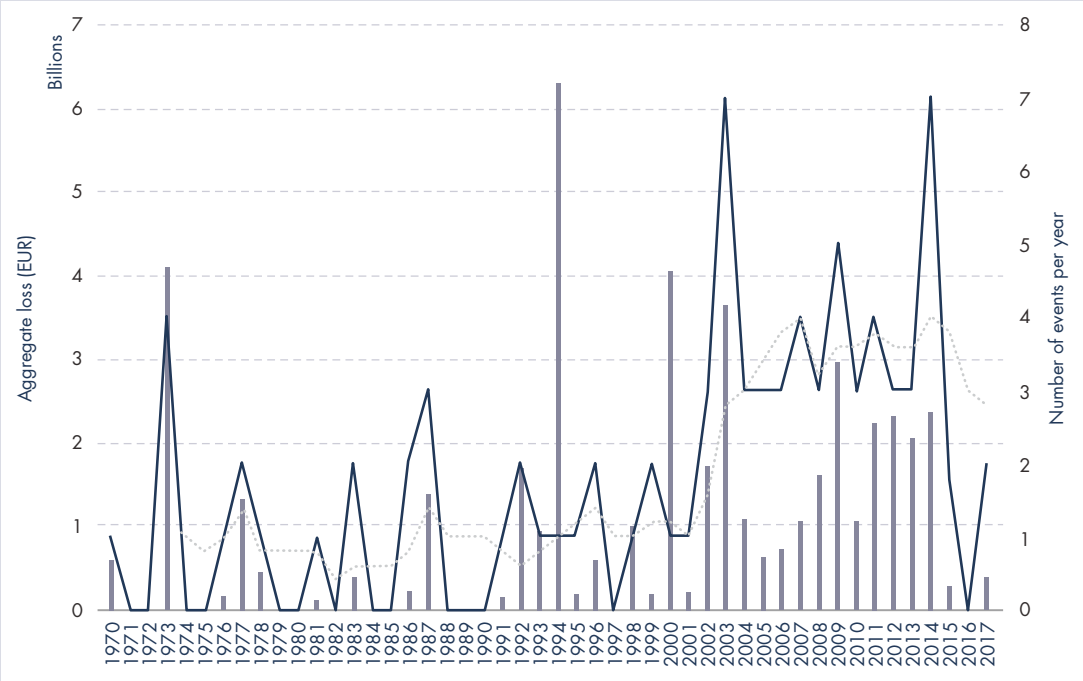
Per verificare l'effettiva esigenza manifestata da EIOPA, ANIA ha effettuato una circoscritta analisi avente come riferimento alcuni modelli adottati dalle imprese di assicurazione e riassicurazione per la gestione del rischio alluvionale. L'analisi si è chiaramente concentrata sui modelli considerati più diffusi e utilizzati fra le imprese e che restituiscono un massimo danno annuo con probabilità del 99,5%, sul totale delle esposizioni delle compagnie italiane al rischio alluvione, che varia dallo 0,10% allo 0,15%.

Dalle evidenze derivanti dai modelli considerati, sembrerebbe che EIOPA abbia adottato l'ipotesi dei modelli più prudenziali, anziché optare per un valore medio che tenga conto anche dei modelli che stimano il massimo danno annuo probabile non superiore allo 0,10%.

Oltre alle evidenze derivanti dai modelli considerati, sembrerebbe che anche i dati storici non riflettano l'immediata esigenza di portare il fattore Solvency II per il requisito di capitale a copertura del rischio *flood* allo 0,15%.

Infatti si può notare dai dati Swiss Re (figura 1) come, nonostante sia la frequenza sia i danni economici degli eventi alluvionali (esclusi quelli derivanti dalle piogge intense) siano aumentati in media dal 2002 al 2014 rispetto ai trent'anni precedenti (1970-2000), dal 2015 in poi si registra una inversione di tendenza e sembra essere tornati ai livelli precedenti ai valori massimi registrati. La proposta di EIOPA, appare quindi al momento eccessiva rispetto all'evidenza sia dei dati storici sia dei risultati dei modelli probabilistici utilizzati dal mercato per questo tipo di danni. L'impatto sui requisiti di capitale, dovrebbe al momento rimanere contenuto, vista la bassa esposizione al rischio alluvionale, ma certo potrebbe essere un elemento di preoccupazione qualora le imprese si trovassero a dover espandere il proprio portafoglio di rischi assicurati.

Figura 1
Danni economici e frequenza degli eventi alluvionali in Italia nel periodo 1970-2017 (importi rivalutati al 2017)



Fonte: Swiss Re Institute, Sigma Database

LE NOVITÀ DELLA LEGGE DI BILANCIO 2018 IN TEMA DI POLIZZE CATASTROFALI

La Legge di bilancio 2018 (commi 768-770) ha introdotto delle importanti novità in tema di incentivi fiscali per quanto riguarda le assicurazioni contro il rischio di eventi calamitosi a copertura delle abitazioni. In particolare, a partire dal 1° gennaio 2018, per tali polizze è stata introdotta una detrazione Irpef del 19% del premio (senza limiti di importo) e l'esenzione dello stesso dall'imposta di cui alla legge n. 1216 del 1961 (che era pari al 22,25%).

ANIA per molti anni è stata fortemente impegnata nel promuovere anche nei confronti del legislatore la diffusione volontaria della copertura assicurativa delle abitazioni contro le catastrofi naturali e ha pertanto accolto molto positivamente l'introduzione di tali incentivi fiscali.

La misura introdotta potrà rivelarsi un primo passo per contrastare la scarsa propensione dei cittadini italiani ad assicurare la propria casa contro i rischi legati a eventi catastrofali: se infatti alla fine del 2016 appena il 2% del patrimonio abitativo italiano risultava assicurato contro il terremoto e le alluvioni, tale percentuale a fine marzo 2018 (e quindi in un arco temporale di soli 3 mesi) risultava già in lieve crescita (2,5%) e si ritiene vi abbia contribuito proprio la novità contenuta nella Legge di bilancio (vedi paragrafo "La diffusione delle polizze incendio e delle coperture contro le catastrofi naturali; risultati dell'indagine GFK").

Le norme in questione non definiscono nel dettaglio il loro ambito di applicazione; per tale motivo ANIA ha provveduto, in attesa degli eventuali chiarimenti forniti dall'Agenzia delle

Entrate, a fornire al mercato delle indicazioni interpretative, tra le quali si citano di seguito le più importanti:

- le agevolazioni fiscali si applicano a tutti i nuovi contratti e ai rinnovi di polizze a partire dal 1° gennaio 2018;
- nel caso in cui la garanzia catastrofale sia offerta nell'ambito di una polizza multirischio (tipica polizza casa/globale fabbricato), le agevolazioni fiscali si applicano limitatamente alla componente di premio relativa a tale garanzia;
- il regime fiscale è riconosciuto alle garanzie assicurative contro tutti gli eventi naturali a carattere "calamitoso", ovvero "quegli eventi in grado di provocare danni a una collettività di soggetti (cose e persone) all'interno di una particolare area, in un determinato periodo di tempo" (definizione della Protezione Civile di "rischio da fenomeno naturale").

Tali incentivi fiscali, sebbene rappresentino un passo importante per accrescere il grado di copertura contro questi rischi, non risolvono le criticità dell'attuale gestione italiana dei disastri naturali, che potranno essere superate soltanto con un cambio di strategia globale, prevedendo, come spesso indicato dall'Associazione, la costituzione di un sistema regolamento pubblico-privato per la gestione preventiva e strutturata dei rischi catastrofali.

LA DIFFUSIONE DELLE POLIZZE INCENDIO E DELLE COPERTURE CONTRO LE CATASTROFI NATURALI; RISULTATI DELL'INDAGINE GFK

Risultati della statistica associativa sulla diffusione delle polizze incendio e delle coperture contro le catastrofi naturali

Anche al fine di valutare l'impatto delle novità previste dalla Legge di bilancio 2018 che ha introdotto benefici fiscali per coloro che ricorrono a coperture assicurative contro il rischio di eventi calamitosi su immobili adibiti a uso abitativo, ANIA ha rielaborato una statistica volta a quantificare il numero delle polizze e l'esposizione (in termini di valore assicurato) delle abitazioni civili italiane assicurate per il rischio incendio, con l'aggiunta di un focus specifico per monitorare come sia variata, rispetto alla precedente edizione dell'indagine (con data di valutazione 30 settembre 2016), l'estensione delle coperture assicurative contro le calamità naturali.

Alla rilevazione statistica ha aderito un campione di imprese molto rappresentativo (circa il 90% del totale dei premi Incendio) e sulla base di questi dati è stata elaborata una stima dell'esposizione per l'intero mercato. I risultati per i principali fattori che caratterizzano le polizze incendio oggetto dello studio sono riportati di seguito.

Tipologia di polizza. Il **numero complessivo di polizze attive** (per il totale del mercato) al 31 marzo 2018 era pari a **9,1 milioni**, in aumento del 4,6% rispetto a quanto rilevato a settembre 2016 ([1]). A fronte di queste polizze risultavano **somme assicurate** pari a **3.374,4**

([1]) I dati relativi alla rilevazione del 2016 sono stati rivisti in quanto alcune compagnie hanno inviato delle rettifiche.

miliardi, valore sostanzialmente stabile rispetto al 2016 (tavola 1). Di queste polizze oltre il 55% è relativo a polizze multirischio ([2]) (erano circa il 52% nel 2016), il 31% a polizze che assicurano il solo rischio incendio (monorischio), meno del 13% a polizze globale fabbricati, mentre lo 0,7% (era lo 0,5%) è relativo a polizze che coprono unicamente il rischio terremoto (senza la copertura del rischio incendio). La distribuzione percentuale delle somme assicurate evidenzia, invece, che circa la metà del patrimonio abitativo assicurato è relativo a polizze globale fabbricati (essendo evidentemente le più rilevanti in termini di valore), il 33% a polizze multirischio e oltre il 16% a polizze solo incendio (monorischio).

Tavola 1 – Tipologia di polizza

Tipo di polizza	Marzo 2018		Settembre 2016		Marzo 2018		Settembre 2016		Var. % 2018 vs 2016	
	Numero Polizze	Distr. % Num. Polizze	Numero Polizze	Distr. % Num. Polizze	Valori Assicurati (mln di euro)	Distr. % Valori Assicurati	Valori Assicurati (mln di euro)	Distr. % Valori Assicurati	Numero Polizze	Valori Assicurati
Multirischio	4.996.969	55,0%	4.523.165	52,1%	1.107.530	32,8%	1.004.100	30,0%	10,5%	10,3%
Incendio (Monorischio)	2.839.114	31,2%	2.792.230	32,1%	546.912	16,2%	560.900	16,8%	1,7%	-2,5%
Globale fabbricati	1.143.081	12,6%	1.289.552	14,8%	1.691.073	50,1%	1.758.746	52,6%	-11,4%	-3,8%
Solo rischio terremoto	62.566	0,7%	39.480	0,5%	22.512	0,7%	13.916	0,4%	58,5%	61,8%
Non codificato	50.655	0,6%	44.963	0,5%	6.391	0,2%	5.915	0,2%	12,7%	8,0%
TOTALE	9.092.385	100,0%	8.689.391	100,0%	3.374.417	100,0%	3.343.576	100,0%	4,6%	0,9%

Tipologia di rischio. Dalla tavola 2 emerge che l'84,2% delle polizze incendio riguarda le unità abitative (erano l'82,5% a settembre 2016), il 13,8% i fabbricati ([3]) (in riduzione rispetto alla rilevazione precedente) e solo il 2,0% è relativa a unità commerciali ancillari, ovvero a quelle unità destinate ad attività commerciali e situate a pian terreno negli edifici adibiti prevalentemente a residenza. Chiaramente, se si considerano le somme assicurate, le distribuzioni percentuali cambiano significativamente in quanto i fabbricati, avendo un valore maggiore delle singole unità abitative, rappresentano quasi la metà di tutte le somme assicurate (51,2%). Oltre il 46% dei valori assicurati è relativo alle unità abitative e solo il 2,4% è riferibile alle unità commerciali ancillari.

Tavola 2 – Tipologia di rischio assicurato

Tipologia di rischio	Marzo 2018		Settembre 2016		Marzo 2018		Settembre 2016		Var. % 2018 vs 2016	
	Numero Polizze	Distr. % Num. Polizze	Numero Polizze	Distr. % Num. Polizze	Valori Assicurati (mln di euro)	Distr. % Valori Assicurati	Valori Assicurati (mln di euro)	Distr. % Valori Assicurati	Numero Polizze	Valori Assicurati
Unità abitativa	7.652.344	84,2%	7.170.029	82,5%	1.564.694	46,4%	1.524.473	45,6%	6,7%	2,6%
Fabbricato	1.253.848	13,8%	1.360.218	15,7%	1.729.231	51,2%	1.751.084	52,4%	-7,8%	-1,2%
Unità commerciale ancillare	186.192	2,0%	159.144	1,8%	80.492	2,4%	68.019	2,0%	17,0%	18,3%
TOTALE	9.092.385	100,0%	8.689.391	100,0%	3.374.417	100,0%	3.343.576	100,0%	4,6%	0,9%

([2]) Le polizze multirischio comprendono la copertura assicurativa di molteplici rischi diversi fra loro come il furto, l'incendio e la responsabilità civile. I dati oggetto di questa statistica sono tuttavia quelli relativi alla sola copertura della garanzia incendio.

([3]) La definizione di fabbricato secondo ISTAT è la seguente: "costruzione coperta, isolata da vie o spazi vuoti, oppure separata da altre costruzioni mediante muri maestri che si elevano, senza soluzione di continuità, dalle fondamenta al tetto, che disponga di uno o più liberi accessi sulla via e abbia, eventualmente, una o più scale autonome".

Va altresì evidenziato che, poiché circa 1,253 milioni di polizze assicurano l'intero fabbricato e considerando che il numero medio di unità abitative per edificio (sulla base dei dati ISTAT) a livello nazionale è pari a 4,4 ([4]), è possibile stimare che il numero complessivo di **unità abitative assicurate** per il totale mercato sia pari a circa **13,3 milioni** = [7,652 mln (unità abitative) + 1,253 mln (fabbricati) x 4,4 + 0,183 mln (unità ancillari)]. Rispetto al **totale delle abitazioni rilevate dall'ISTAT** con il censimento del 2011 e pari a **31,2 milioni**, risulta quindi che il **42,8%** delle stesse **ha in media una copertura assicurativa contro l'incendio** (era il 42,2% nel 2016 – vedi nota 3).

Estensione alle catastrofi naturali. Il nostro Paese si distingue per una gestione dei danni relativi a calamità naturali che tradizionalmente si basa sull'intervento ex-post da parte dello Stato. Questa modalità di gestione dei danni, attuata ripetutamente nel tempo, ha accresciuto la convinzione che esista un garante di ultima istanza disposto a farsi carico della ricostruzione. Per tale ragione le coperture assicurative per gli eventi catastrofali sono scarsamente diffuse: il 93,2% delle polizze non presenta alcuna estensione assicurativa (tavola 3).

Tavola 3 – Estensione alle catastrofi naturali

Estensione alle catastrofi naturali	Marzo 2018		Settembre 2016		Marzo 2018		Settembre 2016		Var. % 2018 vs 2016	
	Numero Polizze	Distr. % Num. Polizze	Numero Polizze	Distr. % Num. Polizze	Valori Assicurati (mln di euro)	Distr. % Valori Assicurati	Valori Assicurati (mln di euro)	Distr. % Valori Assicurati	Numero Polizze	Valori Assicurati
Nessuna estensione	8.469.908	93,2%	8.249.693	94,9%	3.194.456	94,7%	3.205.633	95,9%	2,7%	-0,3%
Solo rischio terremoto	289.400	3,2%	190.225	2,2%	102.892	3,0%	74.659	2,2%	52,1%	37,8%
Solo rischio alluvione	220.147	2,4%	186.787	2,1%	44.458	1,3%	39.341	1,2%	17,9%	13,0%
Entrambi i rischi terremoto e alluvione	112.930	1,2%	62.686	0,7%	32.612	1,0%	23.942	0,7%	80,2%	36,2%
TOTALE	9.092.385	100,0%	8.689.391	100,0%	3.374.417	100,0%	3.343.576	100,0%	4,6%	0,9%

Al fine di favorire la diffusione delle polizze assicurative contro le catastrofi naturali (terremoti e alluvioni), la legge n. 205 del 27 dicembre 2017 ha previsto dall'anno 2018 delle agevolazioni fiscali per tutti coloro che stipuleranno tali coperture per la propria abitazione. Dalla rilevazione effettuata per tutte le polizze attive al 31 marzo 2018 è risultato che il 6,8% di queste prevede un'estensione per le catastrofi naturali, percentuale in crescita rispetto a settembre del 2016, quando era pari a 5,1%. **Ma se limitiamo l'osservazione alle sole polizze che sono state sottoscritte nei primi tre mesi del 2018, si osserva che tale percentuale sale fino a oltre il 10%**. Benché sia un periodo di osservazione ancora limitato, sembrerebbe che le agevolazioni fiscali abbiano cominciato a produrre degli effetti positivi.

([4]) Tale valore differisce da quello pubblicato da ISTAT (e pari a livello nazionale a 3,3) per due ragioni: 1) perché l'Istituto considera nel calcolo delle unità abitative medie per edificio anche quegli edifici costituiti da una sola unità; nel caso della statistica, invece, dal momento che le singole unità abitative sono considerate separatamente, quelle per edificio sono calcolate considerando solo i casi di edifici con due o più unità. 2) perché la distribuzione delle abitazioni assicurate a livello provinciale differisce da quella della totalità delle abitazioni censite. Per queste ragioni il valore medio nazionale che si ottiene (pari appunto a 4,4 unità) è un valore più elevato di quello indicato da ISTAT.

Non si deve trascurare comunque il fatto che **al 31 marzo 2018** esistevano nel mercato **oltre 620 mila polizze con l'estensione alle catastrofi naturali,** ottenute come somme delle polizze con la copertura del solo rischio terremoto (289 mila), del solo rischio alluvione (220 mila) e di entrambe le calamità (113 mila). Rispetto a quanto rilevato nel settembre 2016, a distanza solamente di un anno e mezzo, il numero di polizze che presentavano un'estensione alle calamità naturali risultava quindi in aumento del 43%.

Basandoci sul numero di polizze attive con l'estensione alle catastrofi naturali e applicando la stessa metodologia di calcolo per "trasformare" le polizze in unità abitative (descritta precedentemente per il parametro "Tipologia di rischio"), si stima che il **numero di unità abitative assicurate contro i rischi catastrofali al 31 marzo 2018 sia pari a circa 766 mila**. Rapportando questo numero al totale delle abitazioni censite da ISTAT (31,2 milioni) risulterebbe una **penetrazione assicurativa tuttavia ancora molto contenuta e pari al 2,5%**.

Se si mette a confronto tale valore con quello del 2009 (quando si stimava che le unità abitative assicurate contro le calamità naturali fossero appena 35 mila) si osserva un incremento di oltre 20 volte delle coperture, indice di una progressiva sensibilizzazione del Paese a coprirsi contro questi rischi. Dal 2009 ad oggi si sono, infatti, verificate quasi 40 alluvioni e diversi eventi sismici importanti (nel 2009 all'Aquila, nel 2012 in Emilia e tra agosto 2016 e gennaio 2017 nel Centro Italia) che hanno, evidentemente, contribuito ad accrescere la consapevolezza di dover proteggere il proprio patrimonio immobiliare.

Con i dati a disposizione si è potuto stimare, a livello nazionale, che:

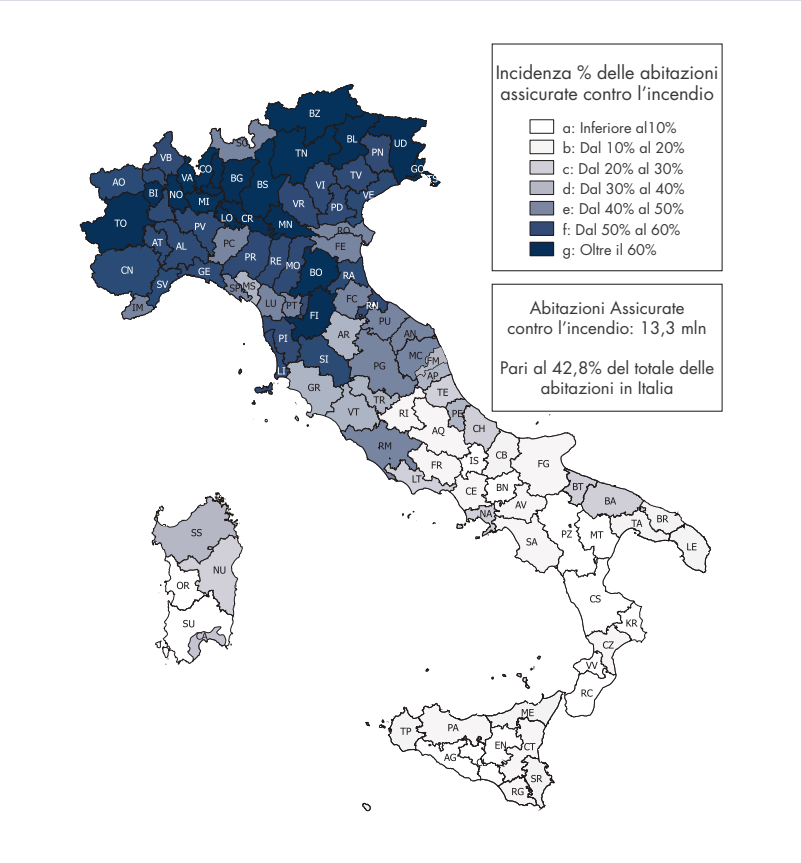
- le **somme assicurate** per il solo **rischio terremoto** superano i **100 miliardi**, sfiorano i **45 miliardi** quelle per il **rischio alluvione** e vi erano ulteriori **33 miliardi** di esposizione per le polizze con **entrambe le coperture catastrofali**. In totale, quindi, si può assumere **un'esposizione complessiva di circa 180 miliardi** (era meno di 150 miliardi a settembre 2016);
- il **premio medio (escluse le tasse** ([5])**) della garanzia incendio** per i 9,1 milioni di polizze rilevate è pari a **166 euro**. Tenendo conto che le polizze assicurano 13,3 milioni di abitazioni (che risultano avere una superficie media pari a 130 mq), lo stesso premio medio sarebbe per ciascuna pari a 105 euro. Per quanto riguarda invece **l'estensione della garanzia alle catastrofi naturali, il premio medio (escluse le tasse)** per le oltre 620 mila polizze che si assicurano per il solo rischio terremoto o per il solo rischio alluvione o per entrambi i rischi combinati, risulta pari a **110 euro**. Tenendo conto che le polizze assicurano circa 766 mila abitazioni (che risultano avere una superficie media di 110 mq), lo stesso premio medio sarebbe per ciascuna pari a circa 90 euro.

Incidenza % delle unità abitative assicurate per il rischio incendio sul totale delle abitazioni esistenti. Se si analizza l'incidenza a livello provinciale delle abitazioni assicurate sul totale delle abitazioni esistenti (la media a livello nazionale di tale incidenza, come precedentemente detto, è pari al 42,8%), risulta che in quasi tutto il Nord Italia più di un'abitazione su due è assicurata contro l'incendio, mentre nel Sud, tale percentuale rara-

([5]) Il livello attuale di tassazione è pari al 22,25% del premio.

mente supera il 20% (figura 1). Se a Biella, Milano e Trieste quasi l'80% delle unità abitative è assicurato, a Varese il 73%, a Bolzano e Brescia il 69%, risulta invece che a Oristano, Isernia, Sud Sardegna, Benevento e Potenza solo l'8% è provvisto di copertura, mentre ad Agrigento, Crotone ed Enna meno del 7%.

Figura 1
Incidenza % delle unità abitative assicurate contro il rischio incendio sul totale delle abitazioni esistenti

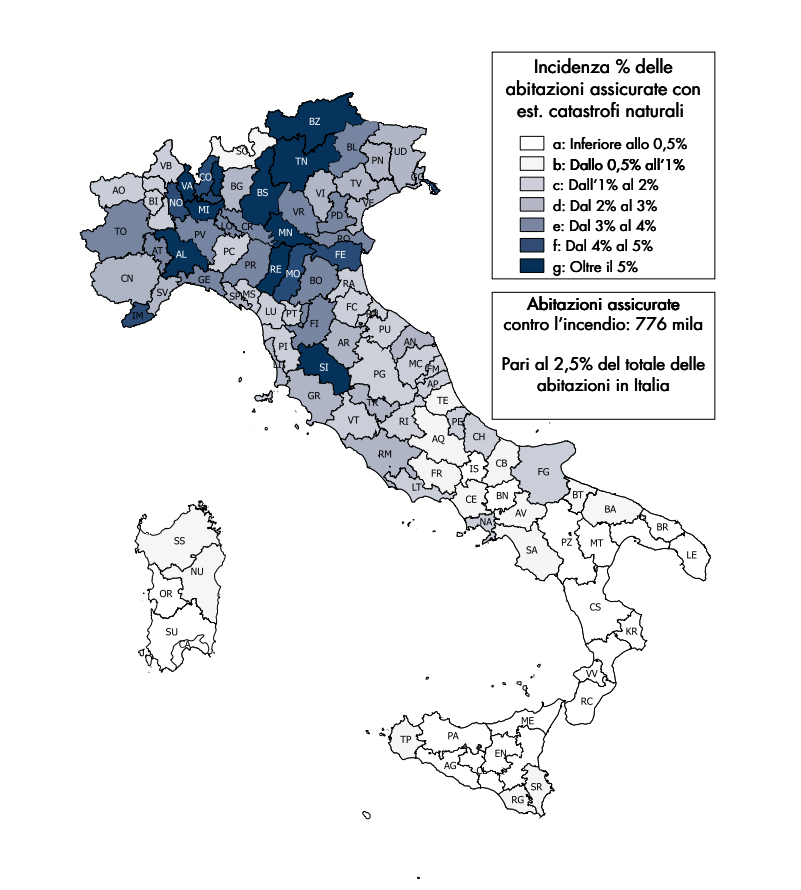


Incidenza % delle unità abitative assicurate contro il rischio catastrofi naturali sul totale delle abitazioni esistenti. Significativa è anche l'analisi dell'incidenza a livello provinciale delle abitazioni assicurate contro le calamità naturali sul totale delle abitazioni esistenti (si ricorda che la media a livello nazionale è pari al 2,5%). Da questo indicatore risulta che solo nelle città di Alessandria, Milano, Mantova, Varese e Trento si supera il 6% (figura 2); in generale in tutto il Nord Italia tale percentuale è compresa tra il 3% e il 5%. In Emilia Romagna è Reggio Emilia a presentare l'incidenza più elevata (oltre il 5%), mentre a Ferrara e Modena è pari circa al 4,5%. Nel Centro Italia le città che presentano la maggiore incidenza sono Prato e Firenze con poco meno del 4%, mentre in molte città del Sud Italia l'incidenza delle abitazioni assicurate non raggiunge l'1%.

Un'analisi ancora più di dettaglio della penetrazione assicurativa contro le catastrofi naturali evidenzia che circa 428 mila ([6]) unità abitative (dei 31,2 milioni censite da ISTAT) hanno

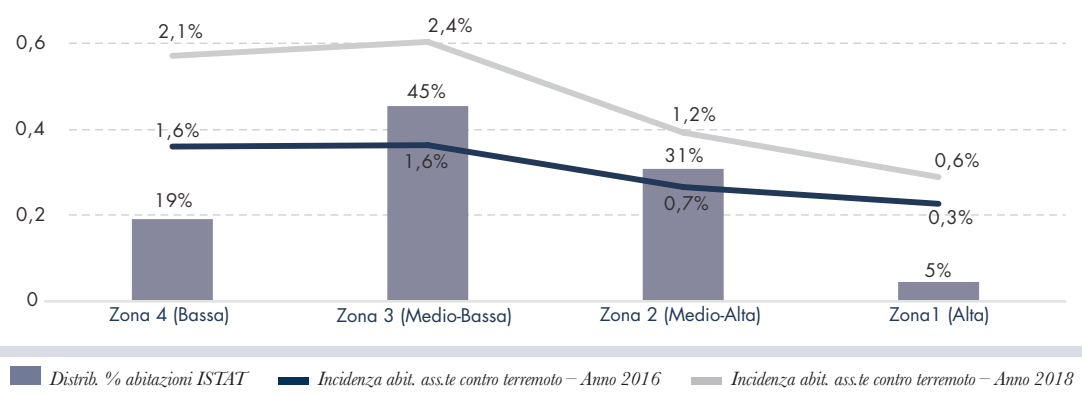
([6]) Le unità abitative assicurate per ciascuno dei due rischi (478 mila per il terremoto e 421 mila per le alluvioni) è ottenuto considerando sia quelle che si assicurano per il solo rischio terremoto e per il solo rischio alluvionale, sia quelle che abbinano entrambe le garanzie. I dati evidenziano, quindi, che delle 776 mila unità abitative totali assicurate contro le catastrofi naturali, circa 123 mila si coprono sia per il rischio terremoto sia per quello alluvionale.

Figura 2
Incidenza % delle unità abitative assicurate contro le catastrofi naturali sul totale delle abitazioni esistenti



la copertura contro il terremoto (ossia l'1,7%) e poco meno sono quelle che si proteggono contro fenomeni alluvionali (ovvero l'1,3%). Focalizzando l'analisi sulle 428 mila polizze che coprono il rischio terremoto, risulta che la propensione ad assicurarsi non sembra dipendere dal livello di rischio del fenomeno. Se si analizza, infatti, come queste polizze si distribuiscono nelle varie zone sismiche (7) del nostro Paese (figura 3) ne deriva che, rispetto a un'incidenza

Figura 3
Penetrazione assicurativa della garanzia terremoto per zona sismica



(7) Elaborazioni ANIA su dati della Protezione Civile per il rischio sismico. Rispetto alla classificazione ufficiale sono stati effettuati i seguenti raggruppamenti: **Zona 1 (Alta)** include le classi 1, 1-2A; **Zona 2 (Medio-Alta)** le classi 2, 2A, 2A-2B, 2B; **Zona 3 (Medio-Bassa)** le classi 2A-3A-3B, 3, 3s, 3A, 3A-3B, 3B, 3-4, **Zona 4 (Bassa)** la classe 4.

media nazionale pari all'1,7%, nelle zone 1 e 2, caratterizzate da un'alta e medio-alta pericolosità sismica, l'incidenza della copertura contro il rischio terremoto è molto contenuta e pari rispettivamente a 0,6% e 1,2%. Incidenze superiori alla media nazionale si riscontrano, invece, nelle zone 3 e 4 (rispettivamente 2,4% e 2,1%) che sono anche quelle a minore rischio sismico.

Dai dati riportati nella figura 3 e considerando anche il rischio alluvionale emerge un'altra informazione interessante ma allo stesso tempo preoccupante. La distribuzione percentuale delle abitazioni (così come vengono rilevate da ISTAT) evidenzia come vi sia un'elevata concentrazione nelle zone classificate ad alto rischio. In particolare, per quanto riguarda il rischio sismico, risulta che oltre il 35% delle abitazioni civili è situato nelle zone a più alta pericolosità (zona 1 e zona 2); questa percentuale sale poi a quasi il 55% quando si considera anche il rischio alluvionale. Peraltro, dai dati elaborati dall'Associazione, risulta che il 78% delle stesse abitazioni è esposto ad almeno uno dei due rischi analizzati, evidenziando l'estrema vulnerabilità del territorio italiano.

Risultati dell'indagine GFK

Data l'elevata pericolosità del nostro territorio e l'alta concentrazione delle abitazioni nelle zone a più alto rischio catastrofale, ANIA nel corso del 2017 ha commissionato a GFK un'indagine volta a valutare l'apertura e la disponibilità delle famiglie italiane ad acquistare una polizza casa a copertura di tali danni. L'esito del sondaggio ha mostrato che le famiglie guardano con crescente attenzione alla possibilità di utilizzare una polizza per coprirsi contro questi rischi anche se a tale conclusione vi si giunge attraverso un percorso non sempre lineare, da cui emergono percezioni non sempre corrette da parte degli individui.

Ad esempio, dalle risposte al questionario, gli italiani sembrano convinti di aver assicurato la propria casa contro i rischi catastrofali, in misura superiore all'effettiva diffusione. A spiegare almeno in parte questa non consapevolezza vi è il fatto che i contratti assicurativi sono spesso sottoscritti dagli amministratori dei condomini (le cosiddette globali fabbricati) e i singoli condomini non ne conoscono con precisione le clausole. Non corretta appare anche la percezione del pericolo: soltanto il 17% ritiene che la propria abitazione sia esposta al rischio di terremoti (figura 4), percentuale sensibilmente inferiore a quella oggettiva e risultante dall'analisi effettuata da ANIA sopra indicata (35%).

Una terza convinzione è che quasi una famiglia su due (il 46%) ritiene che lo Stato abbia una sorta di obbligo a intervenire, completamente o parzialmente, per rimborsare i danni subiti dalle abitazioni private in seguito a una catastrofe naturale, percentuale che sale poi al 54% per quelle persone che credono di vivere in zone a elevato rischio catastrofale (figura 5).

Al tempo stesso, quasi la metà delle famiglie intervistate (46%) dichiara di essere favorevole all'acquisto di una polizza assicurativa contro le catastrofi naturali, ma questa percentuale sale addirittura al 76% quando ricorrano le seguenti condizioni: 1) vi sia la garanzia di risarcimenti certi, immediati e corrispondenti al valore di ricostruzione della casa; 2) il prezzo della copertura assicurativa sia contenuto; 3) la valutazione del danno venga effettuata da un perito di fiducia (figura 6). Sembrerebbe dunque che una maggiore divulgazione della conoscenza dei rischi e dell'efficacia delle coperture assicurative possa essere la strada giusta per incentivare le famiglie italiane ad assicurare la propria abitazione contro i rischi catastrofali.

Figura 4
Percezione dell'esposizione al rischio catastrofale da parte delle famiglie italiane (% su totale rispondenti – survey GFK Eurisko)

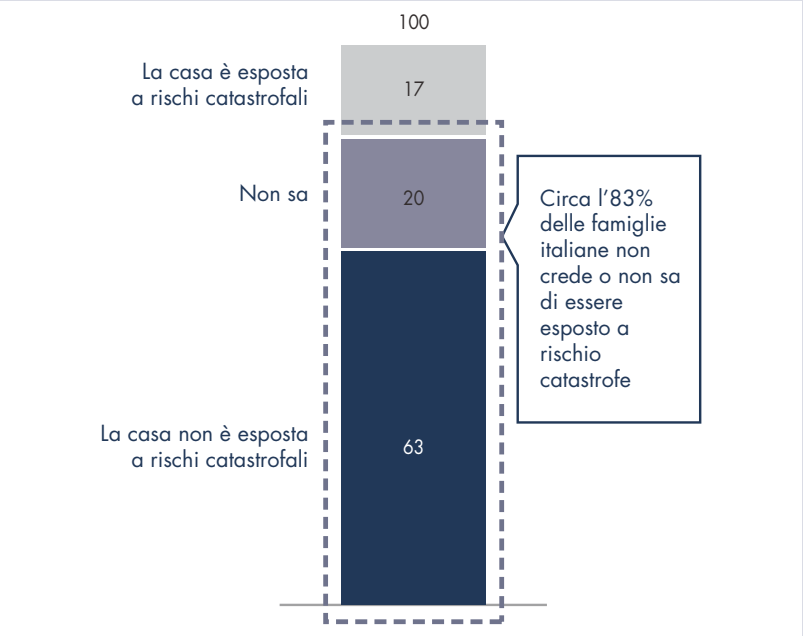


Figura 5
Percezione del ruolo dello Stato nel rimborso dei danni ad abitazioni da fenomeni catastrofali (% su totale rispondenti – survey GFK Eurisko)

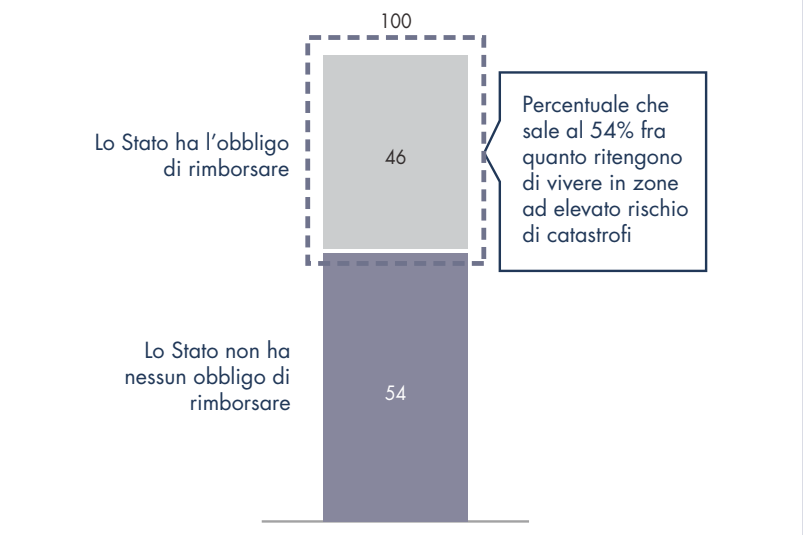
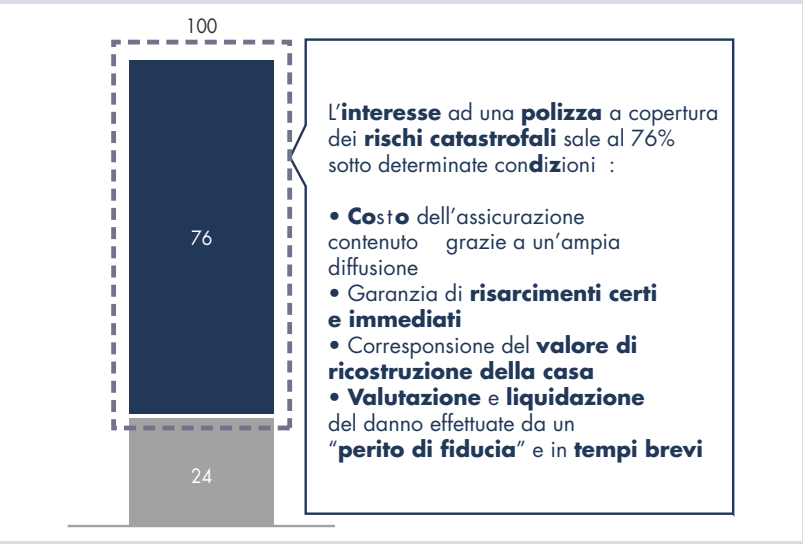


Figura 6
Propensione famiglie italiane a sottoscrivere una polizza che copra i rischi catastrofali a determinate condizioni (% su totale rispondenti – survey GFK Eurisko)



R.C. SANITARIA

Legge Gelli

Nel marzo del 2017, è entrata in vigore la legge Gelli (legge n. 24/2017) che attua una riforma radicale della materia della responsabilità civile sanitaria e introduce un obbligo assicurativo generalizzato sia per gli esercenti la professione medica sia per le strutture sanitarie pubbliche e private.

Per entrare a pieno regime la suddetta normativa necessita dell'emanazione di due decreti attuativi, il primo del Ministero dello Sviluppo Economico, che deve fissare i requisiti minimi delle polizze assicurative sia delle strutture sia degli esercenti, il secondo del Ministero della Salute disciplinante il funzionamento del fondo di garanzia introdotto dall'art. 14 della legge, a cui si accede solo in tre ipotesi tassativamente previste dal medesimo articolo ossia: 1) qualora il sinistro da liquidare superi il massimale di polizza; 2) la compagnia di assicurazione si trovi in uno stato di insolvenza; 3) il medico o la struttura sanitaria siano sprovvisti di copertura assicurativa.

Si segnala, inoltre, che la legge n. 3/2018 – "delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la diligenza sanitaria del Ministero della Salute" – pubblicata in G.U. nel gennaio 2018, ha attribuito al fondo anche l'ulteriore funzione di agevolare la copertura assicurativa degli esercenti medici/libero professionisti.

I decreti non sono ancora stati emanati e pertanto né l'obbligo assicurativo né il fondo di garanzia sono, al momento, operativi.

Nell'ultimo anno, ANIA ha lavorato a diversi tavoli tecnici, sia istituzionali sia intersettoriali finalizzati a fornire le osservazioni e le proposte del settore assicurativo sull'elaborazione dei contenuti dei provvedimenti.

Tabelle di Milano

Un altro provvedimento molto atteso dal mondo sanitario è rappresentato dal D.P.R. attuativo dell'art. 138 (Danno non patrimoniale per lesioni di non lieve entità) del CAP (Codice delle assicurazioni) così come riformulato dalla legge sulla concorrenza approvata nell'agosto del 2017. Tale articolo, infatti, che in virtù dell'espresso richiamo operato dall'art. 7 della legge Gelli si applica non solo all'r.c. auto ma anche all'r.c. sanitaria, nella sua nuova formulazione, prevede l'emanazione di una tabella unica nazionale per la quantificazione del danno non patrimoniale in caso di c.d. macrolesioni (dal 10% al 100% di invalidità permanente) che dovrà tenere conto anche dei criteri già utilizzati dalla cosiddetta giurisprudenza di legittimità e quindi dalle tabelle del Tribunale di Milano.

Le tabelle che al momento, nel vuoto legislativo, sono elevate a strumento suppletivo, il 14 marzo del 2018 sono state aggiornate dall'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano. Le nuove tabelle, oltre ad aggiornare in termini di rivalutazione gli importi già presenti nelle precedenti tabelle del 2014, indicano i criteri orientativi per la liquidazione di una serie di danni correlati alla prima tabella finora ritenuti inidonei alla loro schematizzazione risarcitoria da parte dello stesso Osservatorio.

In particolare le nuove voci di danno non patrimoniale che avranno maggiore impatto sulla r.c. sanitaria sono:

– il danno da premorienza, che si ha quando la vittima di un illecito muore per circostanze indipendenti dalla lesione invalidante subita, non ricollegabili alla menomazione dell'integrità psicofisica risentita per quell'illecito. Se la morte per diversa e autonoma causa

giunge prima che alla vittima sia stato liquidato il risarcimento agli eredi, si riconosce il danno biologico sofferto dal dante causa ma ridotto in base al tempo che va dalla lesione alla morte. La liquidazione del danno non patrimoniale si parametra non sull'aspettativa di vita residua ma sul numero di anni effettivamente vissuti, così da risarcire il concreto pregiudizio per il tempo certo in cui il danneggiato è stato in vita;
- il danno terminale, che è quello patito dalla vittima di lesioni mortali liquidabile iure proprio a condizione che il decesso non sia immediato ma avvenga dopo un apprezzabile lasso di tempo dalle lesioni.

Clausola claims made

Nel novembre del 2017, la questione relativa alla legittimità della clausola claims made è stata nuovamente rimessa, con ordinanza, dinnanzi alla Corte di Cassazione a Sezioni Unite dalla terza sezione civile della Corte medesima.

Ricordiamo che la questione era già stata affrontata dalla Suprema Corte a sezioni unite nella sentenza n. 9140/2016. In tale occasione, il giudice di legittimità, pur ritenendo la clausola non vessatoria in generale, aveva comunque precisato che essa, in presenza di determinate condizioni, poteva essere dichiarata nulla per difetto di meritevolezza.

Successivamente, nella sentenza Cass. III Sez. Civ., n. 10506 del 28 aprile 2017, la Corte, tornando nuovamente sul punto, aveva cercato di fornire all'interprete dei criteri utili per determinare quando effettivamente una clausola claims made poteva ritenersi immeritevole ed in particolare nelle seguenti ipotesi:

1. quando si cerchi di attribuire ad una delle parti un vantaggio ingiusto e sproporzionato senza contropartita per l'altra parte;
2. quando una delle parti viene posta in una indeterminata soggezione rispetto all'altra parte;
3. quando una delle parti costringe l'altra a tenere condotte contrastanti con i superiori doveri di solidarietà costituzionalmente imposti.

Tale ragionamento, tuttavia, aveva portato la Corte a considerare nulla la claims made sprovvista di una clausola di ultrattività e quindi a ritenere in copertura una richiesta di risarcimento pervenuta successivamente alla scadenza della polizza.

Nell'ordinanza sopracitata, la questione sulla legittimità della claims made, viene riproposta dinnanzi al giudice di legittimità con nuove vesti.

Ciò che viene principalmente messo in discussione è che la richiesta di risarcimento, e non un evento vero e proprio, possa rappresentare un sinistro.

Il giudice remittente, attraverso un ragionamento molto articolato, risponde a questa domanda in senso negativo, ritenendo improprio dare una definizione di sinistro diversa da quella di "evento avverso".

In conclusione, i quesiti che vengono posti alla Corte dal giudice remittente sono i seguenti:

1) se nell'assicurazione contro i danni non è consentito alle parti elevare a rango di sinistro fatti diversi da quelli previsti dall'art. 1882 c.c. e dall'art. 1917 c.c. (in caso di responsabilità civile);
2) se nell'assicurazione della responsabilità civile deve sempre e comunque ritenersi immeritevole di tutela, ai sensi dell'art. 1322 c.c., la clausola che stabilisca la spettanza e la misura dei limiti dell'indennizzo non già in base alle condizioni contrattuali vigenti al momento in cui l'assicurato ha causato il danno ma in base alle condizioni vigenti al momento di presentazione della richiesta di risarcimento.

Sui suddetti interrogativi, la Suprema Corte deve ancora pronunciarsi.

LA RESPONSABILITÀ CIVILE IN AMBITO SANITARIO

Le coperture di responsabilità civile in ambito medico rappresentano un elemento portante di ogni paese evoluto al fine di avere un sistema sanitario che funzioni efficacemente. Se il sistema di coperture assicurative è permeante si garantisce una maggiore tranquillità dell'attività del medico (o della struttura sanitaria) e si rafforza anche il rapporto di fiducia fra medico e paziente; diminuiscono le incertezze entro cui si svolge l'attività sanitaria e si rende più sereno lo svolgimento delle attività dei professionisti che operano così in un contesto di minore apprensione, limitando l'approccio a una medicina "difensiva".

Al fine di fornire una fotografia corretta e completa circa la dimensionalità e gli andamenti tecnici propri delle coperture assicurative in questione, ANIA oramai da due anni si basa sui risultati di una rilevazione ottenuta a partire dai dati che le imprese di assicurazione forniscono all'Istituto di vigilanza oltre che all'Associazione ([1]).

I dati riportati di seguito sono riferibili a tutte le compagnie di assicurazione (100% del mercato), anche estere, che operano in Italia in questo comparto e considerano tutti i sinistri denunciati alle compagnie assicurative dal 2010 al 2017. Va precisato che i dati del 2017 (e tutte le evoluzioni dei sinistri a questa data) sono da considerarsi provvisori e suscettibili di possibili cambiamenti quando si procederà a un controllo puntuale e a una riconciliazione con i risultati che saranno poi pubblicati da IVASS.

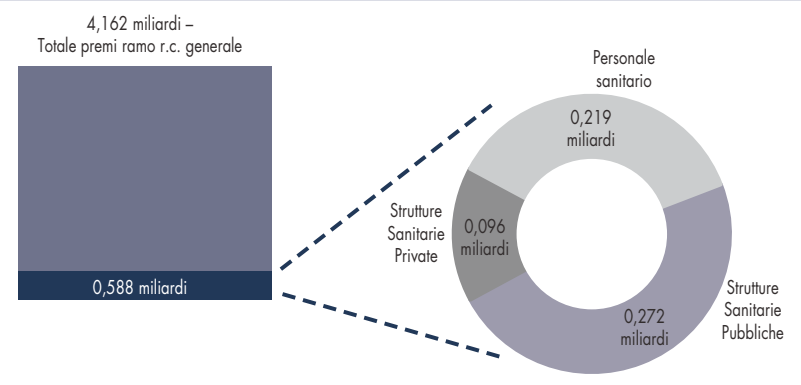
Volume dei premi

Per quanto concerne il volume dei premi del portafoglio diretto italiano per il totale della r.c. medica, nel 2017 questi sono stati pari a 587,6 milioni ripartiti al 46,3% tra le polizze stipulate dalle strutture sanitarie pubbliche, al 16,4% tra quelle sottoscritte dalle strutture sanitarie private e al restante 37,3% tra quelle sottoscritte dal personale sanitario. Il comparto della r.c. medica, confluendo nel ramo assicurativo ministeriale della r.c. generale che nel 2017 ha contabilizzato un volume premi (fra imprese italiane e imprese estere) per circa 4,2 miliardi, incide per il 14,1% (figura 1). Considerando che il ramo della r.c. generale include una varietà molto ampia di diverse altre garanzie, il peso delle polizze r.c. sanitarie è comunque significativo.

([1]) I settori oggetto di analisi sono stati:

- r.c. delle strutture sanitarie: si sono analizzate le polizze che coprono la responsabilità civile delle strutture sanitarie differenziandole tra pubbliche e private. Questa tipologia di copertura assicurativa viene stipulata per tenere indenne la struttura da eventuali danni a terzi, inclusi ovviamente i pazienti, danni occorsi in ragione dell'attività sanitaria svolta dalla struttura o dal personale che opera in qualità di dipendente e/o collaboratore della stessa. L'assicurazione è generalmente estendibile anche ai danni provocati dalla conduzione della clinica, come l'errato uso di apparecchiature mediche, la responsabilità civile del datore di lavoro verso i prestatori di lavoro. Sono incluse, nei limiti delle coperture stipulate a fronte dell'attività sanitaria svolta, anche le strutture come le case di riposo, i laboratori di analisi, i centri diagnostici e le università.
- r.c. del personale sanitario: sono rientrate nella rilevazione le polizze che coprono la responsabilità civile professionale di tutte le figure che operano in ambito sanitario (come ad esempio gli infermieri e il personale paramedico) oltre che, ovviamente, ai professionisti medici per i danni per i quali l'assicurato sia stato dichiarato in tutto o in parte responsabile.

Figura 1
Incidenza dei premi r.c. medica sul totale dei premi r.c. generale – Anno 2017



Rispetto al 2016 i premi sono rimasti sostanzialmente stabili per il totale del comparto ma le dinamiche all'interno delle tre categorie di assicurati analizzate sono state differenti (tavola 1). Nel 2017, infatti, il volume dei premi delle strutture sanitarie pubbliche, pari a 272,0 milioni, è risultato in diminuzione del 4,2% rispetto al 2016; quello relativo alle strutture sanitarie private (con un volume di poco superiore ai 96 milioni) è risultato per il terzo anno consecutivo in crescita (+3,5%), così come i premi relativi alla copertura del personale sanitario, pari a circa 219 milioni, hanno registrato un lieve incremento (+1,9%).

Tavola 1 – Distribuzione dei premi della r.c. medica per strutture e personale sanitario (*)
Importi in migliaia di euro

Anno di denuncia	Strutture sanitarie pubbliche	Var. % annua	Distr. % sul totale	Strutture sanitarie private	Var. % annua	Distr. % sul totale	Personale sanitario	Var. % annua	Distr. % sul totale	Totale r.c. medica	Var. % annua	Distr. % sul totale
2010	514.398		70%	79.503		11%	140.506		19%	734.408		100%
2011	459.200	-10,7%	63%	103.852	30,6%	14%	169.667	20,8%	23%	732.720	-0,2%	100%
2012	423.828	-7,7%	60%	99.584	-4,1%	14%	184.115	8,5%	26%	707.527	-3,4%	100%
2013	341.847	-19,3%	56%	89.115	-10,5%	14%	184.886	0,4%	30%	615.848	-13,0%	100%
2014	302.931	-11,4%	52%	80.078	-10,1%	14%	196.023	6,0%	34%	579.032	-6,0%	100%
2015	268.372	-11,4%	45%	84.575	5,6%	14%	240.157	22,5%	40%	593.104	2,4%	100%
2016	283.939	5,8%	48%	93.145	10,1%	16%	215.232	-10,4%	36%	592.316	-0,1%	100%
2017	271.958	-4,2%	46%	96.404	3,5%	16%	219.292	1,9%	37%	587.655	-0,8%	100%
Var. % 2010-2017		-47,1%			21,3%			56,1%			-20,0%	
Var. media annuale		-8,7%			2,8%			6,6%			-3,1%	

(*) L'ammontare dei premi è stato determinato sulla totalità delle imprese operanti nel settore, mentre gli indicatori tecnici riportati nelle tavole seguenti si basano su un campione lievemente ridotto di imprese che ha fornito informazioni sia sulla raccolta premi sia sulla sinistrosità

Numero dei sinistri denunciati e loro costo medio

Il primo elemento tecnico che si considera per valutare la rischiosità di un settore è quantificare il numero di sinistri che ogni anno vengono denunciati alle compagnie di assicurazione. Per il totale della r.c. medica, nel 2017 questo numero è stato pari a circa 18.350 sinistri, di cui circa 5.800 relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie pubbliche, oltre 3.200 relativi a polizze stipulate dalle strutture private e circa 9.400 relativi al personale sanitario (tavola 2).

Tavola 2
Numero dei sinistri denunciati

Anno di denuncia	Strutture sanitarie pubbliche	Var. % annua	Strutture sanitarie private	Var. % annua	Personale sanitario	Var. % annua	Totale r.c. medica	Var. % annua
2010	15.828		5.739		8.476		30.042	
2011	14.032	-11,3%	5.141	-10,4%	9.688	14,3%	28.861	-3,9%
2012	13.117	-6,5%	4.895	-4,8%	10.659	10,0%	28.671	-0,7%
2013	10.881	-17,0%	3.876	-20,8%	11.454	7,5%	26.211	-8,6%
2014	8.591	-21,0%	3.507	-9,5%	11.087	-3,2%	23.185	-11,5%
2015	7.257	-15,5%	3.284	-6,4%	10.586	-4,5%	21.127	-8,9%
2016	5.949	-18,0%	3.082	-6,2%	8.587	-18,9%	17.618	-16,6%
2017	5.755	-3,3%	3.230	4,8%	9.361	9,0%	18.346	4,1%
Var. % 2010-2017		-63,6%		-43,7%		10,4%		-38,9%
Var. media annuale		-13,5%		-7,9%		1,4%		-6,8%

Il numero dei sinistri denunciati per il totale della r.c. medica è tornato a crescere nel 2017 (+4,1%) rispetto al 2016, dopo che negli ultimi sei anni era stato in continua riduzione; quelli delle strutture sanitarie pubbliche si sono comunque ridotti del 3,3%, mentre quelli delle strutture sanitarie private e del personale sanitario sono cresciuti rispettivamente del 4,8% e del 9,0%.

Nel periodo 2010-2017, il numero dei sinistri denunciati per il totale della r.c. medica si è ridotto di quasi il 40%: nel 2010, infatti, venivano denunciati 30 mila sinistri rispetto ai 18.346 sinistri del 2017. A questo positivo andamento ha contribuito particolarmente il settore delle strutture sanitarie pubbliche, che sono progressivamente uscite dal perimetro delle coperture assicurative a favore (a livello di alcune regioni) di forme di auto-ritenzione del rischio e i cui sinistri denunciati sono diminuiti del 64% dal 2010 al 2017. Nello stesso arco temporale, sono diminuiti anche i sinistri denunciati dalle strutture sanitarie private (-44%) mentre, dopo una crescita dei sinistri denunciati per la r.c. del personale sanitario fra gli anni 2010-2013, si è assistito a un progressivo calo fino al 2016 per poi invertire di nuovo la tendenza e segnare (con circa 9.361 sinistri) una crescita (+10,4%) rispetto al 2010.

Numero dei sinistri senza seguito

Il comparto delle coperture assicurative della r.c. medica è caratterizzato da un'elevata incidenza di sinistri che, una volta denunciati, a esito del processo di accertamento della responsabilità del professionista o della struttura, non danno luogo a un risarcimento effettivo, perché in molti casi si appura che non c'è stato alcun atto di negligenza che ha causato il danno. È, in particolare, aumentato esponenzialmente nel tempo il numero del contenzioso giudiziario penale e civile per attribuire alla responsabilità del professionista o della struttura eventi che, invece, risultano spesso non riconducibili a un'errata attività del medico o a una mala gestio della clinica. È un processo che ha riguardato, in generale, tutti i paesi evoluti ma che ha avuto inizio nella seconda metà del ventesimo secolo, in particolare negli Stati Uniti.

La tavola 3 riporta proprio la situazione al 31 dicembre 2017 del numero dei sinistri che la compagnia chiude senza effettuare nessun pagamento (sinistri senza seguito) per ciascun anno di denuncia. Anziché analizzare però il numero assoluto dei sinistri senza seguito, è più utile studiare la loro incidenza rispetto al numero dei sinistri inizialmente denunciati.

Tavola 3
Numero dei sinistri senza seguito al 31 dicembre 2017

Anno di denuncia	Strutture sanitarie pubbliche		Strutture sanitarie private		Personale sanitario		Totale r.c. medica	
	Numero dei sinistri senza seguito	Incid. % dei sinistri senza seguito sul totale dei sinistri	Numero dei sinistri senza seguito	Incid. % dei sinistri senza seguito sul totale dei sinistri	Numero dei sinistri senza seguito	Incid. % dei sinistri senza seguito sul totale dei sinistri	Numero dei sinistri senza seguito	Incid. % dei sinistri senza seguito sul totale dei sinistri
2010	7.161	45%	3.451	60%	4.658	55%	15.270	51%
2011	6.956	50%	3.293	64%	5.828	60%	16.077	56%
2012	7.306	56%	2.990	61%	6.696	63%	16.992	59%
2013	5.756	53%	2.312	60%	7.122	62%	15.190	58%
2014	4.745	55%	2.056	59%	6.205	56%	13.006	56%
2015	3.900	54%	1.647	50%	5.223	49%	10.770	51%
2016	2.782	47%	1.354	44%	2.153	25%	6.289	36%
2017	1.794	31%	1.031	32%	1.302	14%	4.127	22%

Se si esaminano le prime generazioni di sinistri (dal 2010 al 2013), si nota che mediamente oltre la metà dei sinistri denunciati alle compagnie, per il totale della r.c. medica, risulta chiuso senza seguito alla fine del 2017.

È interessante osservare come il fenomeno dei sinistri senza seguito abbia andamenti simili per le strutture sanitarie, sia pubbliche sia private, anche se per queste ultime si arriva per le generazioni più mature a un'incidenza più elevata dei sinistri chiusi senza seguito. Questo andamento potrebbe essere causato dal fatto che per le strutture sanitarie (soprattutto private) è più frequente il fenomeno di duplicazione delle denunce per lo stesso sinistro in quanto, immediatamente al verificarsi di un danno, si tende a denunciare sia individualmente nei confronti del vario personale (medico e non) coinvolto nel singolo caso sia nei confronti della struttura; molte di queste denunce vengono poi a decadere quando l'impresa assicurativa è in grado di ricondurle a un unico sinistro. L'attività di ricognizione delle denunce nei confronti di più soggetti per lo stesso sinistro, fatta in tempi più rapidi, contribuirebbe a far chiudere con maggiore velocità i sinistri senza seguito per le strutture sanitarie rispetto ai singoli operatori.

Percentuale dei numeri e degli importi liquidati e riservati rispetto al valore complessivo dei sinistri per anno di protocollazione

Le percentuali relative ai sinistri liquidati (numeri e importi) sono relativamente basse per le generazioni più recenti di sinistri in quanto, trascorso poco tempo, è generalmente ancora incerta sia l'effettiva responsabilità dell'assicurato sia l'entità del danno (tavola 4). Le percentuali crescono poi al crescere della durata trascorsa dalla denuncia: a otto anni dalla denuncia devono comunque ancora essere definiti, per il totale del settore, circa il 23% dei sinistri per un importo a riserva pari al 32,2% del costo totale della generazione. Fra i tre settori analizzati è quello del personale sanitario ad avere l'incidenza più alta di sinistri da liquidare (in termini di importo) per l'anno di denuncia più "datato" (2010); infatti dopo 8 anni di sviluppo, risulta ancora da pagare il 44% del costo dei sinistri (mentre è circa il 30% per le strutture pubbliche e per quelle private). In termini di numero invece la differenza risulta meno evidente.

Tavola 4 Incidenza % del numero e dell'importo dei sinistri con seguito al 31 dicembre 2017 – distr. % pagato/riservato

Anno di denuncia	Strutture sanitarie pubbliche		Strutture sanitarie private		Personale sanitario		Totale r.c. medica	
	% Numero sinistri liquidati	% Numero sinistri riservati	% Numero sinistri liquidati	% Numero sinistri riservati	% Numero sinistri liquidati	% Numero sinistri riservati	% Numero sinistri liquidati	% Numero sinistri riservati
2010	77,9%	22,1%	75,5%	24,5%	75,5%	24,5%	76,9%	23,1%
2011	74,5%	25,5%	68,2%	31,8%	70,5%	29,5%	72,4%	27,6%
2012	74,5%	25,5%	57,5%	42,5%	62,7%	37,3%	67,7%	32,3%
2013	68,0%	32,0%	53,7%	46,3%	48,2%	51,8%	58,2%	41,8%
2014	51,1%	48,9%	46,9%	53,1%	42,9%	57,1%	46,6%	53,4%
2015	34,4%	65,6%	36,2%	63,8%	31,2%	68,8%	33,0%	67,0%
2016	15,1%	84,9%	27,1%	72,9%	13,7%	86,3%	16,2%	83,8%
2017	4,1%	95,9%	9,9%	90,1%	4,4%	95,6%	5,2%	94,8%

Anno di denuncia	Strutture sanitarie pubbliche		Strutture sanitarie private		Personale sanitario		Totale r.c. medica	
	% Importo sinistri liquidati	% Importo sinistri riservati	% Importo sinistri liquidati	% Importo sinistri riservati	% Importo sinistri liquidati	% Importo sinistri riservati	% Importo sinistri liquidati	% Importo sinistri riservati
2010	69,8%	30,2%	69,5%	30,5%	56,2%	43,8%	67,8%	32,2%
2011	58,2%	41,8%	57,8%	42,2%	51,0%	49,0%	56,7%	43,3%
2012	62,5%	37,5%	52,2%	47,8%	44,9%	55,1%	57,0%	43,0%
2013	54,1%	45,9%	35,0%	65,0%	32,0%	68,0%	45,3%	54,7%
2014	34,7%	65,3%	28,6%	71,4%	22,2%	77,8%	30,6%	69,4%
2015	21,7%	78,3%	18,2%	81,8%	15,4%	84,6%	19,6%	80,4%
2016	8,2%	91,8%	10,8%	89,2%	9,5%	90,5%	8,9%	91,1%
2017	1,2%	98,8%	1,8%	98,2%	2,8%	97,2%	1,7%	98,3%

Evoluzione del costo medio dei sinistri

La tavola 5 riporta, distintamente per i tre settori e per ciascuna generazione di denuncia dei sinistri, l'evoluzione del costo medio dei sinistri (somma del costo pagato e riservato) a mano a mano che la percentuale di sinistri liquidati aumenta e, quindi, che le informazioni si consolidano.

Contribuisce a questa dinamica la complessità della valutazione delle menomazioni fisiche e la frequente insufficienza di informazioni disponibili subito dopo il verificarsi dell'incidente, che possono condurre a una valutazione sottostimata del sinistro da parte delle compagnie. A ciò si aggiunga l'incertezza nella quantificazione del danno legata alla frequente evoluzione degli orientamenti giurisprudenziali in materia di entità del danno da risarcire. Ad esempio, per i sinistri denunciati per le strutture pubbliche per l'anno di denuncia 2010 le imprese registravano un costo medio del sinistro pari a poco oltre 37 mila euro, ma già dopo altri 3 anni la valutazione era cresciuta di oltre il 60% superando i 60 mila euro, per poi continuare a crescere ulteriormente fino ad arrivare a fine anno 2017 a 68 mila euro e attestarsi a quello che sembra oggi il presumibile costo medio "ultimo" dei sinistri per quella generazione di sinistri.

Tale andamento si osserva in modo analogo (e in alcuni anni anche in modo più pronunciato) per le strutture sanitarie private, e in misura più contenuta per la copertura del personale sanitario. Dopo 8 anni di sviluppo, il costo medio dei sinistri per la generazione dei sinistri denunciati nel 2010 era inferiore (circa 55 mila euro) per le strutture sanitarie private ma meno della metà (30 mila euro) per il personale sanitario.

Tavola 5 – Evoluzione del costo medio dei sinistri
Valori in euro

Settore	Anno di denuncia	Anno di sviluppo							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Strutture sanitarie pubbliche	2010	37.468	46.887	54.432	60.022	64.163	64.715	65.950	68.010
	2011	49.322	57.953	62.083	64.580	65.053	64.877	64.730	
	2012	53.371	69.389	75.058	71.704	73.839	65.289		
	2013	55.907	65.875	69.020	72.628	72.141			
	2014	61.785	74.662	85.450	93.437				
	2015	70.338	99.455	111.717					
	2016	87.120	109.661						
	2017	81.688							
Strutture sanitarie private	2010	23.218	36.458	46.300	49.416	50.985	52.552	54.021	54.878
	2011	33.145	41.592	54.734	58.274	62.130	62.321	61.030	
	2012	38.980	49.468	58.839	62.971	66.205	64.443		
	2013	40.445	55.760	61.529	59.679	60.380			
	2014	39.531	49.497	59.675	65.603				
	2015	33.819	57.301	52.986					
	2016	40.935	44.640						
	2017	45.454							
Personale sanitario	2010	21.121	21.137	25.342	30.309	30.902	29.680	29.884	30.329
	2011	20.445	21.387	29.801	30.642	32.872	34.030	35.719	
	2012	19.082	21.078	24.965	31.104	33.516	32.592		
	2013	24.133	25.869	34.837	40.881	39.556			
	2014	21.408	24.286	28.485	31.045				
	2015	21.906	19.976	30.420					
	2016	19.204	22.446						
	2017	18.045							
TOTALE R.C. MEDICA	2010	30.801	37.980	45.237	50.541	53.581	53.329	54.406	55.903
	2011	36.457	42.309	50.146	52.574	54.327	54.746	55.258	
	2012	36.502	45.631	52.230	55.374	58.133	53.755		
	2013	39.124	45.801	53.702	58.109	57.636			
	2014	36.825	45.387	54.296	59.545				
	2015	38.817	47.907	60.337					
	2016	41.794	50.211						
	2017	40.013							

Stima dei rapporti sinistri a premi ("S/P")

Sono gli elevati costi medi dei risarcimenti (crescenti nel tempo) a determinare risultati particolarmente negativi per i conti del settore assicurativo e, quindi, valori elevati del rapporto sinistri a premi (o loss ratio). Anche in questo caso, per una corretta valutazione dell'andamento del business assicurativo occorre osservare lo sviluppo del rapporto sinistri a premi nei diversi anni.

Nella tavola 6 sono riportati i rapporti sinistri a premi per il totale della r.c. medica e distintamente per le strutture sanitarie e il personale sanitario, per le varie generazioni di sinistri analizzate.

Tavola 6 – Evoluzione del rapporto "Sinistri/Premi"

Settore	Anno di denuncia	Anno di sviluppo							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Strutture sanitarie pubbliche	2010	113,5%	120,8%	119,5%	115,6%	116,0%	115,2%	114,9%	118,3%
	2011	124,3%	129,3%	119,4%	112,0%	108,6%	105,6%	103,4%	
	2012	117,2%	129,3%	118,1%	108,3%	107,8%	93,4%		
	2013	131,2%	130,4%	119,8%	115,7%	110,2%			
	2014	121,1%	134,3%	125,3%	118,6%				
	2015	123,8%	146,8%	139,7%					
	2016	111,4%	122,3%						
	2017	119,0%							
Strutture sanitarie private	2010	130,0%	158,5%	168,1%	160,8%	153,1%	153,1%	157,5%	161,0%
	2011	125,1%	132,4%	130,2%	122,7%	123,6%	121,1%	108,0%	
	2012	137,2%	142,5%	140,0%	136,8%	136,1%	116,7%		
	2013	127,5%	146,4%	142,1%	125,2%	107,2%			
	2014	128,3%	131,9%	138,2%	118,9%				
	2015	94,6%	123,6%	102,6%					
	2016	92,1%	82,8%						
	2017	103,7%							
Personale sanitario	2010	99,2%	92,7%	89,4%	89,5%	82,3%	84,4%	82,0%	82,4%
	2011	96,5%	89,7%	94,9%	83,8%	83,6%	82,9%	81,3%	
	2012	93,3%	87,7%	78,9%	79,4%	79,3%	70,2%		
	2013	117,8%	108,9%	104,1%	102,9%	92,7%			
	2014	110,0%	98,8%	83,5%	77,3%				
	2015	74,0%	65,9%	67,9%					
	2016	64,3%	67,1%						
	2017	66,3%							
TOTALE R.C. MEDICA	**2010**	**112,4%**	**119,2%**	**118,7%**	**115,2%**	**113,1%**	**113,1%**	**112,8%**	**115,6%**
	2011	**117,7%**	**120,1%**	**115,0%**	**106,6%**	**104,6%**	**102,2%**	**98,7%**	
	2012	**113,4%**	**119,7%**	**110,4%**	**104,2%**	**103,8%**	**90,2%**		
	2013	**126,6%**	**126,0%**	**118,1%**	**113,1%**	**104,4%**			
	2014	**118,3%**	**122,0%**	**112,9%**	**104,7%**				
	2015	**99,5%**	**110,7%**	**105,4%**					
	2016	**91,2%**	**96,0%**						
	2017	**96,8%**							

Al 31 dicembre del 2017 il rapporto medio dei sinistri a premi del totale settore r.c. medica per le varie generazioni è risultato praticamente superiore o prossimo al 100%.

Se si analizzano gli indicatori tecnici separatamente per i tre settori si nota come siano le coperture delle strutture sanitarie pubbliche e private a presentare i valori più elevati e a influenzare quindi l'andamento complessivo del settore. Per le generazioni di denuncia dal 2010 al 2012 sono le strutture sanitarie private a registrare gli andamenti tecnici peggiori. Per gli anni di denuncia più recenti (dal 2013 al 2017) il rapporto sinistri a premi è risultato più elevato per le strutture sanitarie pubbliche e oscilla in media tra il 110% e il 140%, ma pesando anche di più (sia in termini di importo assoluto dei sinistri sia di premi), influenza l'andamento dell'indicatore di tutto il comparto della r.c. medica. Per le coperture del personale sanitario si osserva invece un miglioramento dell'indicatore a partire dalla generazione

del 2014 con valori al di sotto del 100%, anche se nel 2017 l'indicatore tecnico è di nuovo in crescita. Tuttavia queste generazioni presentano meno del 30% dei sinistri definiti e potrebbe essere relativamente troppo presto per una valutazione consolidata dell'effettivo rapporto sinistri a premi.

L'INDAGINE ANIA SULLE COPERTURE CONTRO IL RISCHIO CYBER

Secondo quanto riporta il Rapporto annuale sulla sicurezza informatica elaborato da Clusit – Associazione Italiana per la Sicurezza Informatica tra il 2011 e il 2017, si stima che i costi generati globalmente dalle sole attività cybercriminali si sarebbero quintuplicati, passando da poco più di 100 miliardi di dollari nel 2011 a oltre 500 miliardi nel 2017. Nello stesso anno, le truffe, le estorsioni, i furti di denaro e i dati personali hanno interessato quasi un miliardo di persone nel mondo, con una perdita per i soli privati cittadini stimata in 180 miliardi di dollari.

La scarsità di dati raccolti in modo sistematico non consente di fornire una stima statisticamente significativa del danno economico da eventi cyber in Italia. Tenendo conto della dimensione e le caratteristiche della nostra economia, Clusit valuta che i costi aggregati sostenuti in Italia possano superare i 10 miliardi di dollari, a fronte di investimenti sulla sicurezza informatica inferiori al miliardo.

Di conseguenza, negli ultimi anni si è intensificata l'attenzione – da parte delle Istituzioni, dell'opinione pubblica, del mondo produttivo e del settore assicurativo – sulla crescita dell'importanza dei rischi informatici e, con essa, anche l'interesse nei confronti dei possibili strumenti in grado di prevenire, mitigare e trasferire questa tipologia di rischi. È opinione condivisa tra gli esperti che un ruolo di primaria importanza può e deve essere svolto dalle coperture assicurative cyber.

Al fine di accrescere la conoscenza sulle caratteristiche del mercato cyber, ANIA ha condotto un'indagine presso le imprese con l'obiettivo di raccogliere informazioni sia dal lato dell'offerta (natura dei rischi, specifiche dei prodotti, variabili che contribuiscono a determinare i premi) sia dal lato della domanda (tipologia di cliente, determinanti della sua evoluzione, influenza del contesto regolamentare).

Alle imprese sono state somministrate domande suddivise in quattro sezioni.

1. Percezione e caratteristiche del rischio cyber.
   Questa sezione è mirata a valutare il livello di percezione del rischio cyber da parte dell'impresa, in termini di dimensione e complessità, sia nel presente sia in una prospettiva di medio termine, anche tenendo conto delle recenti novità regolamentari (implementazione del GDPR)
2. Caratteristiche delle coperture cyber.
   L'obiettivo è di raccogliere informazioni sulle caratteristiche delle coperture cyber attualmente disponibili sul mercato, in termini di tipologia di garanzia, della natura degli eventi coperti, nonché di alcune criticità quali i rischi non espliciti (i cosiddetti "rischi silenti").

3. Tipologia di cliente/comparto industriale.
   Questa sezione si concentra sulle caratteristiche principali della domanda di coperture cyber e del mercato a cui sono rivolte.
4. Classificazione rischi e pratiche assuntive.
   Oltre a indagare sui criteri di classificazione dei rischi e sulle pratiche adottate in fase assuntiva, questa sezione chiede ai partecipanti informazioni sui principali driver della domanda presente e futura.

Hanno risposto al questionario 20 imprese, pari a circa il 34% dei premi raccolti nel 2017 nel settore danni. Fra queste:

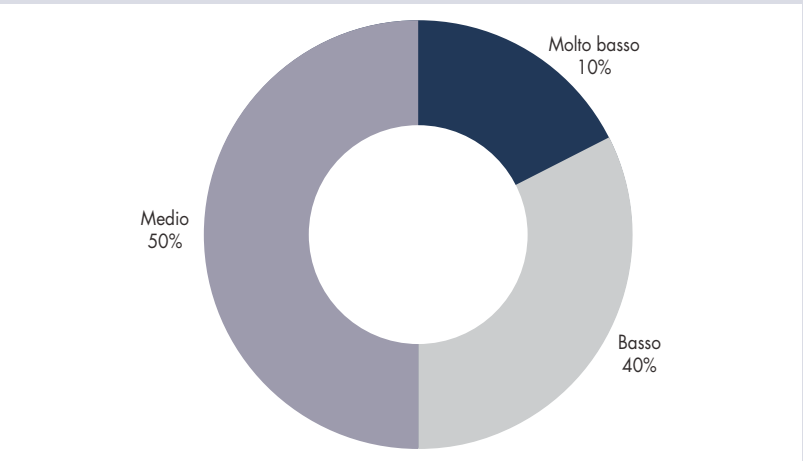
- 4 imprese con un volume premi di oltre € 1 mld;
- 4 imprese con un volume premi fra € 300 mln e € 1 mld;
- 10 imprese con un volume premi fino a € 300 mln;
- 2 imprese riassicuratrici.

Con circa il 10% dei premi totali nel settore danni, 6 imprese – rispondendo a tutte le domande presenti nelle quattro sezioni del questionario – possono essere individuate come imprese che commercializzano polizze cyber. Le restanti 14 imprese hanno risposto essenzialmente alle domande presenti nella sezione generale e dunque non è possibile trarre informazioni sulla loro offerta di polizze cyber.

Il quadro generale che emerge dall'Indagine è che la dimensione del mercato delle coperture cyber in Italia è ancora limitato, anche se si intravedono spazi di crescita nel breve-medio termine in ragione della rapida crescita dell'importanza del fenomeno e dell'introduzione di importanti novità regolamentari a livello europeo.

Sulla base delle risposte fornite dalla totalità del campione, emerge che il giudizio sul livello attuale del rischio cyber in termini aggregati non sarebbe ancora di particolare gravità. Su una scala da 1 (molto basso) a 5 (molto alto), la metà delle imprese giudicano la gravità della minaccia molto bassa o bassa, mentre l'altra metà la giudica di livello medio. È utile sottolineare che le 6 imprese che hanno fornito informazioni sulla propria offerta cyber, ossia quelle verosimilmente dotate di una conoscenza più profonda su questa tipologia di rischio, danno un giudizio più pessimista sulla minaccia (figura 1). La grande maggioranza delle imprese ritiene tuttavia che vi sia una consapevolezza molto scarsa da parte del pubblico riguardo questa tipologia di rischi.

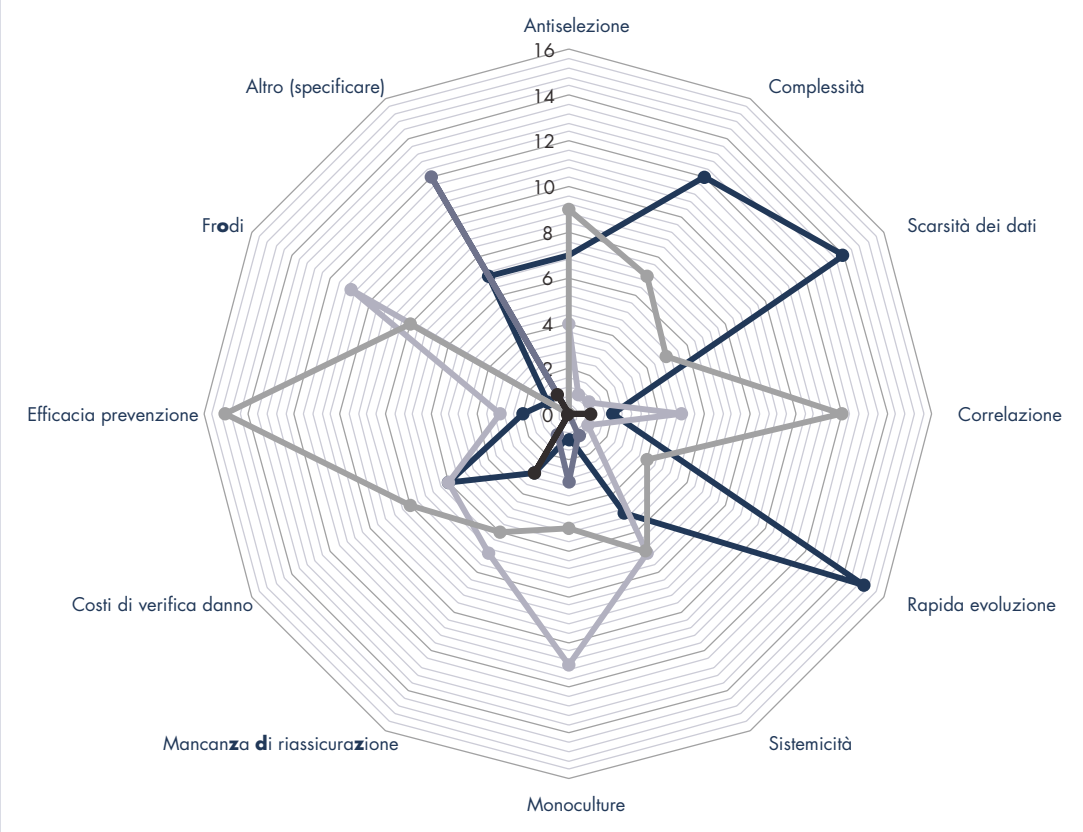
Figura 1
La percezione del rischio cyber nell'economia



Fonte: ANIA

Vi è accordo tra gli analisti che le caratteristiche peculiari al rischio cyber rendono la sua assicurabilità più complessa. Ciò è emerso con chiarezza anche dall'indagine. Alla domanda relativa agli elementi che possono ostacolare l'assunzione del rischio, il campione ha segnalato la rapidità con la quale questi si evolvono e la scarsità di basi dati affidabili. Non sono considerati altrettanto importanti, invece, fattori quali la vulnerabilità alle frodi e la caratteristica monoculturale delle piattaforme informatiche, come ad esempio la poca varietà dei sistemi operativi adottati globalmente (figura 2).

Figura 2
Gli ostacoli all'assicurabilità del rischio cyber



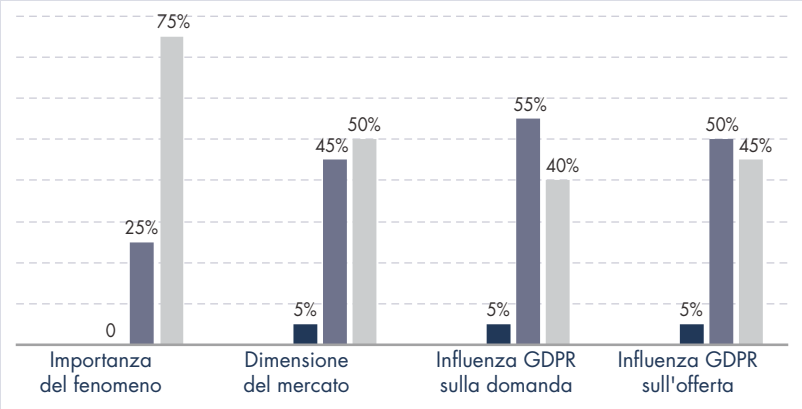
Fonte: ANIA

Dall'indagine emerge che la maggioranza dei rispondenti è d'accordo con l'idea che la crescente digitalizzazione e interconnettività dell'economia si accompagnerà con un aumento dell'importanza dei rischi cyber. Il campione si mostra meno concorde sulle opportunità di mercato che questa crescita potrà offrire. La quasi totalità delle imprese partecipanti prevede un'ulteriore crescita del mercato delle polizze cyber, sia dal lato della domanda sia da quello dell'offerta in seguito all'entrata in vigore del regolamento GDPR (figura 3).

Nel sottocampione di imprese che ha risposto alle sezioni riguardanti l'offerta assicurativa cyber, i prodotti più commercializzati forniscono servizi pre- e post-evento, mentre i prodotti a copertura dei danni subiti da terzi sono commercializzati dal 4 imprese su 6 e quelli a copertura dei danni diretti da 3 imprese su 6. Il 50% delle imprese offre prodotti in *bundle* (figura 4).

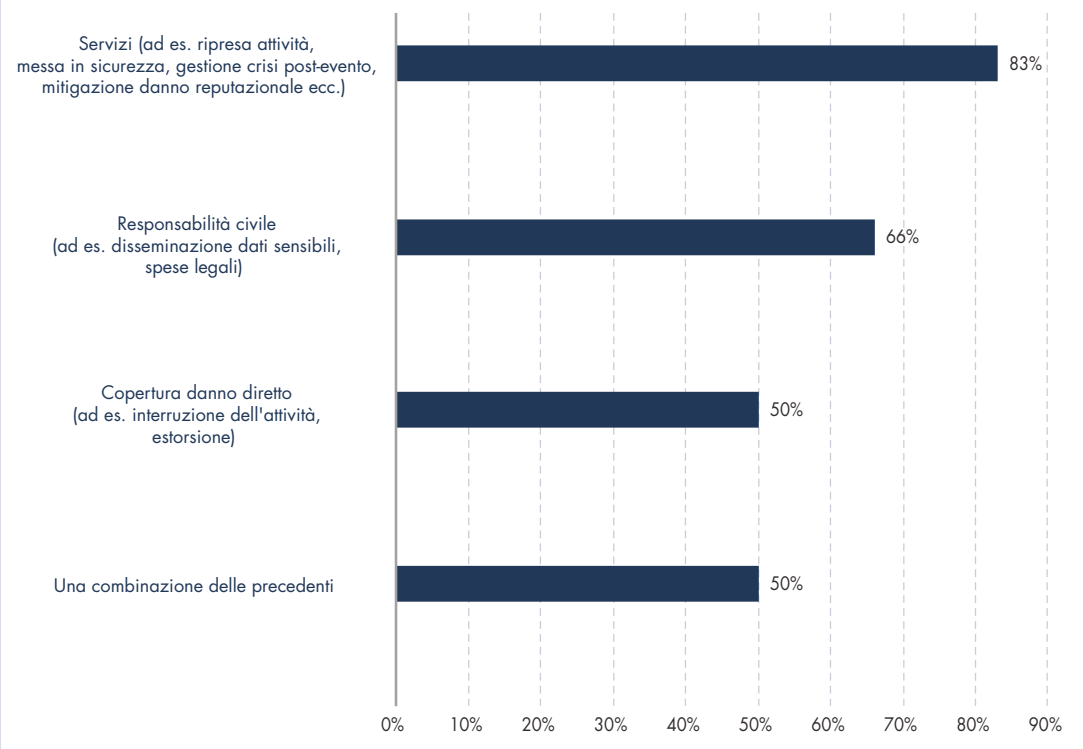
Scendendo nel dettaglio delle garanzie e/o i servizi specifici inclusi in questi prodotti si osserva una certa omogeneità nell'offerta: tutte le compagnie offrono il servizio di gestione

Figura 3
Le prospettive per il mercato delle coperture cyber



Fonte: ANIA

Figura 4
I prodotti commercializzati



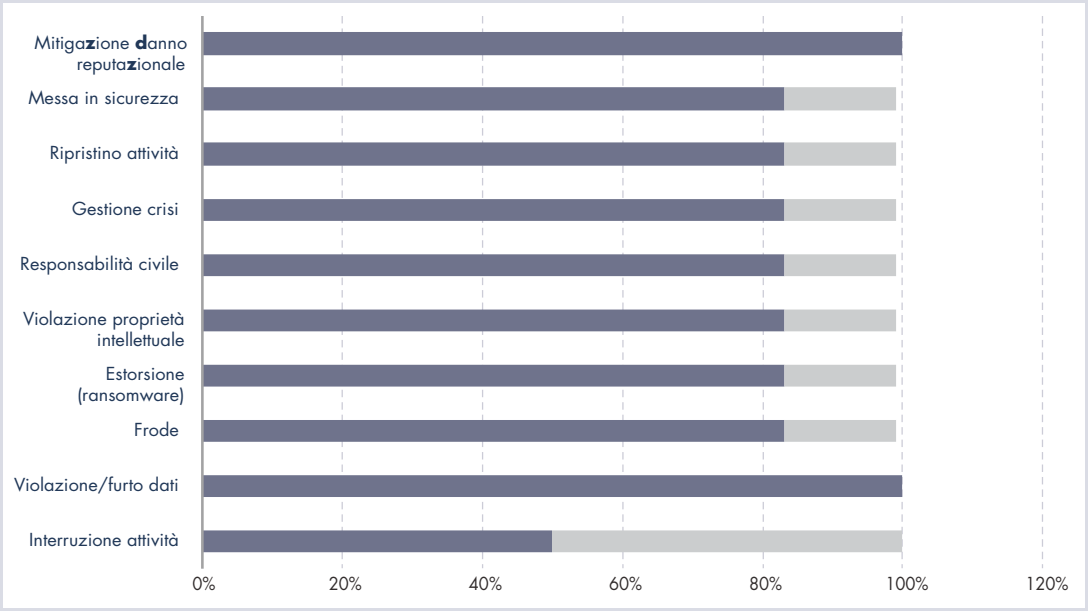
Fonte: ANIA

danno reputazionale e quasi tutte coprono le garanzie e i servizi tipici. Solo la metà del sottocampione offre copertura dei costi diretti dovuti all'interruzione dell'attività produttiva, considerati da molti il rischio più difficile da assicurare (figura 5).

Nel complesso, le compagnie rispondenti al questionario ritengono che la garanzia r.c. generale contenga implicitamente la garanzia cyber. Un minor numero di compagnie, ma non trascurabile, ritiene che la garanzia cyber sia inclusa implicitamente nelle garanzie furto, incendio, interruzione attività e directors & officers. Ciò nonostante, nel complesso le imprese che hanno risposto a questo quesito giudicano la loro esposizione ai rischi silenti complessivamente medio-bassa (figura 6).

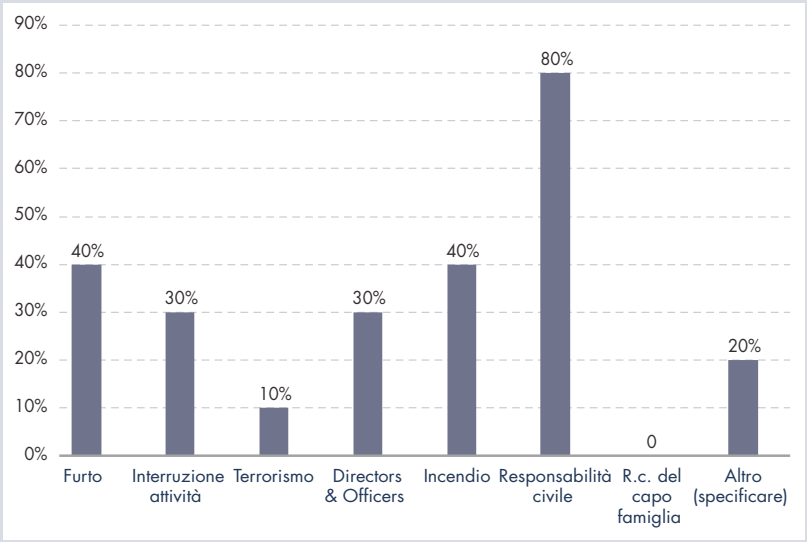
Alla domanda se i prodotti commercializzati nel presente includessero esplicitamente la garanzia cyber la totalità delle imprese ha risposto negativamente (figura 7).

Figura 5
Le garanzie e i servizi inclusi



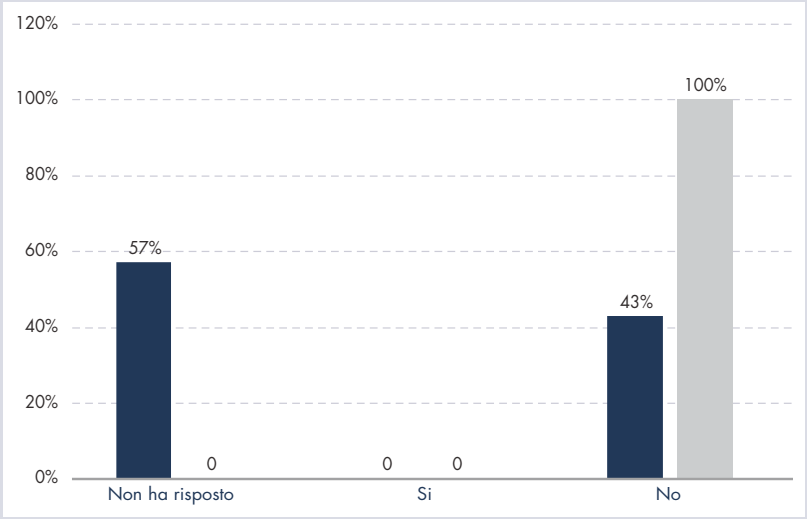
Fonte: ANIA

Figura 6
Inclusione implicita del rischio cyber



Fonte: ANIA

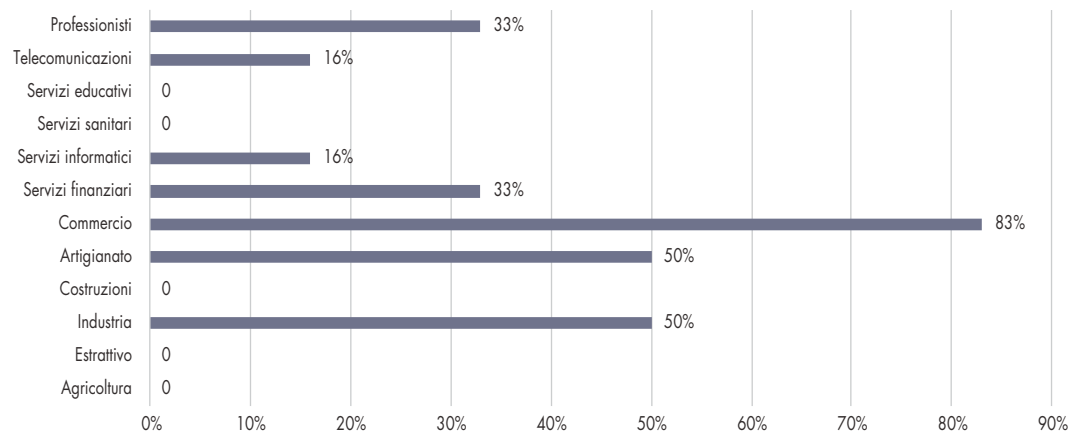
Figura 7
Inclusione esplicita del rischio cyber



Fonte: ANIA

Le imprese che offrono prodotti cyber si rivolgono a un mercato prevalentemente corporate, anche se esistono e sono in crescita soluzioni per il mercato retail. Secondo le risultanze dell'Indagine, i settori che più si rivolgono al settore assicurativo per ottenere coperture cyber sono quelli con forte presenza di piccole e medie imprese: commercio, artigianato e industria (figura 8). Sorprende che i settori di attività considerati più esposti al rischio cyber – servizi finanziari, sanità e servizi informatici – costituiscano una realtà solo marginale nel mercato di queste coperture, ma ciò può essere addebitato al fatto che la maggiore dimensione media delle imprese che operano nei primi due comparti consente loro di rivolgersi al mercato globale (come ad esempio presso i Lloyds di Londra o il settore riassicurativo globale), mentre l'elevato livello di conoscenza della natura della minaccia cibernetica consentirebbe alle imprese che operano nel comparto dei servizi informatici di dotarsi di presidi di sicurezza più efficienti.

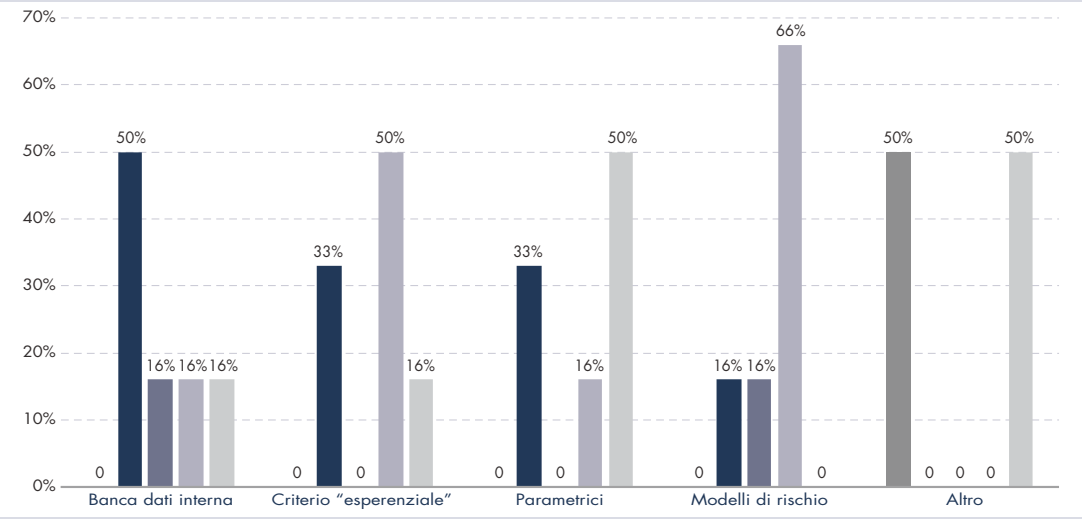
Figura 8
Settori di attività ai quali si rivolge l'offerta cyber



Fonte: ANIA

Tra gli ostacoli che incontrano gli assicuratori al momento di assumere i rischi cyber, uno tra i più rilevanti è certamente dato dalla difficoltà di classificarli e opportunamente prezzarli. Non emerge infatti un quadro netto rispetto a quali criteri sono più frequentemente adottati per determinare le tariffe. Poche imprese fanno affidamento a banche dati interne, probabilmente perché non sono ancora sufficientemente ricche, ricorrendo nella maggioranza dei casi a valutazioni basate su modelli di rischio, esperienze internazionali, parametri generici (fatturato, settore di attività) e il costo della riassicurazione. La maggioranza delle imprese adottano infine pratiche preassuntive nella forma di questionari e ispezioni (figura 9).

Figura 9
Criteri di classificazione dei rischi



Fonte: ANIA

LE NUOVE NORME SULLA ULTRATTIVITÀ PER LE POLIZZE ASSICURATIVE DEI PROFESSIONISTI

In data 14 agosto 2017 è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale la legge 124 del 4 agosto 2017 ossia "Legge annuale per il mercato e la concorrenza". Tra le varie disposizioni di interesse in materia assicurativa è senz'altro da segnalare il comma 26 dell'art. 1, che introduce un regime di ultrattività specifico per le polizze dei professionisti.

Tale norma prevede un'integrazione alla lettera e) del comma 5 dell'art. 3 (Abrogazione delle indebite restrizioni all'accesso e all'esercizio delle professioni e delle attività economiche) del d.l. n. 138/2011 (Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e lo sviluppo), convertito con modificazioni dalla legge n. 148/2011, che aveva introdotto un obbligo assicurativo generalizzato per tutti i professionisti per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, prevedendo altresì l'onere a carico del professionista di rendere noti al cliente gli estremi della polizza assicurativa al momento dell'assunzione dell'incarico.

Alla norma già in vigore è ora aggiunto che "in ogni caso, fatta salva la libertà contrattuale delle parti, le condizioni generali delle polizze assicurative ...prevedono l'offerta di un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori di responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura." La disposizione si applica con effetto immediato anche alle polizze in corso alla data di entrata in vigore della legge, prevedendosi esplicitamente che "... a richiesta del contraente e ferma la libertà contrattuale, le compagnie assicurative propongono la rinegoziazione del contratto al richiedente secondo le nuove condizioni di premio".

Da una prima analisi, la presenza nell'incipit della norma della clausola di salvaguardia "fatta salva la libertà contrattuale delle parti" sembra escludere la sussistenza di un obbligo tout court in capo alle imprese di assicurazione di inserire l'estensione di ultrattività nelle coperture offerte. L'ipotesi più plausibile, anche in linea con quanto previsto dalle relazioni di accompagnamento al disegno di legge, è che la suddetta estensione debba essere "offerta" all'assicurato nel momento in cui, valutando la sua situazione personale al momento della stipula o del rinnovo, vi sia il rischio concreto che in assenza della predetta estensione, quest'ultimo, a causa del meccanismo di denuncia (claims made) previsto per le polizze dei professionisti, possa ritrovarsi esposto al rischio di vuoti di copertura.

Non a caso, proprio al fine di scongiurare tale evenienza, l'estensione obbligatoria è già prevista per alcune categorie professionali (medici, avvocati e notai) dalle normative di settore – leggi o decreti ministeriali attuativi – anche se solo con riguardo all'ipotesi di cessazione di attività, che rappresenta la fattispecie in cui la suddetta situazione di "scopertura" può più facilmente verificarsi.

È evidente che per le professioni per cui l'ultrattività è già regolamentata si pone, altresì, il problema di capire quale sia la norma effettivamente applicabile, ossia se quella prevista dalla "legge sulla concorrenza" o quella "speciale" contenuta nella normativa di settore. A tal riguardo, in attesa di chiarimenti, una possibile lettura è quella di seguire il criterio gerarchico della fonte normativa, prevalente su quello temporale. Pertanto, almeno con riferimento alle categorie dei notai e degli avvocati, per i quali l'obbligo della clausola di ultrattività è previsto non da una normativa primaria ma dal decreto ministeriale attuativo della stessa, la norma di riferimento sarebbe quella di cui al comma 26 della legge sulla concorrenza. Diversamente, per i medici, essendo l'ultrattività disciplinata direttamente dalla normativa primaria della legge 24/2017, il conflitto normativo non sarebbe risolto sulla base del criterio

gerarchico ma secondo un criterio di specialità. Pertanto, in questo secondo caso la clausola di ultrattività applicabile sarebbe quella prevista dall'art. 11 della legge appena richiamata, nella misura in cui quest'ultima è considerata *lex specialis*, prevalente rispetto alla medesima norma prevista dalla legge sulla concorrenza.

In ogni caso, sembra inequivocabile la finalità di individuare le soluzioni più adeguate a perseguire la continuità della copertura del professionista, anche eventualmente attraverso l'inserimento della clausola di ultrattività tra le opzioni facoltative presenti nel fascicolo informativo. L'effettivo ricorso alla clausola per singoli assicurati dipenderà da valutazioni caso per caso, tenuto conto della situazione specifica del cliente e delle verifiche dell'intermediario, che assume un ruolo di particolare rilievo nel determinare l'adeguatezza della clausola, potendo quest'ultima, com'è ovvio, risultare superflua per esempio per un professionista in piena attività che intenda rinnovare la polizza senza soluzione di continuità. Riguardo alle polizze in essere, per le quali la legge prevede che "a richiesta del contraente e ferma la libertà contrattuale, le compagnie assicurative propongono la rinegoziazione del contratto al richiedente secondo le nuove condizioni di premio", si ritiene che sia nuovamente da richiamare la suddetta finalità, che può trovare attuazione attraverso un'accurata analisi della situazione del contratto esistente al fine di valutare la soluzione assicurativa più opportuna da intraprendere, anche eventualmente mediante l'implementazione del testo di polizza con la clausola di ultrattività.

LE NUOVE DISPOSIZIONI SUGLI APPALTI PUBBLICI

Il 10 aprile 2018 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto n. 31/2018, del Ministero dello Sviluppo Economico recante "Regolamento con cui si adottano gli schemi di contratto tipo per le garanzie fideiussorie previste dagli artt. 35, 93, 103, commi 9 e 104, comma 9 del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50".

Come è noto, il provvedimento, pur disciplinando solo le garanzie fideiussorie, all'art. 3 dispone l'abrogazione del D.M. 12 marzo 2004 n. 123 del Ministero delle Attività Produttive che, oltre agli schemi tipo relativi alle suddette garanzie, disciplinava anche quelli delle coperture assicurative di cui agli artt. 17 e 30 della legge Merloni (n. 109 del 1994).

A tal riguardo, sembrerebbe che il MISE, anche in ossequio alle indicazioni fornite dal CdS nel parere (favorevole) richiesto sul provvedimento, intenda emanare a breve un provvedimento di riordino dell'intera materia comprensivo sia degli schemi tipo relativi alle garanzie fideiussorie che di quelli sulle coperture assicurative.

Il Regolamento si compone di un allegato A, che riporta la normativa di riferimento, le definizioni e gli schemi tipo relativi alle sei tipologie di garanzie fideiussorie previste (garanzia per la cauzione provvisoria; garanzia per la cauzione definitiva; garanzia per l'anticipazione; garanzia per la rata di saldo; garanzia per la risoluzione; garanzia di buon adempimento) e di un allegato B, contenente le relative schede tecniche.

Guardando ai contenuti, all'art. 1, rubricato "Oggetto e ambito di applicazione", è espressamente previsto che le suddette garanzie posso essere rilasciate "anche congiuntamente da più garanti".

Alla luce di tale intervento, per ognuna delle garanzie suelencate, accanto allo schema tipo "classico" utilizzato nell'ipotesi di unico garante, molto simile al preesistente, è stato inserito un ulteriore schema specifico per l'ipotesi di copertura rilasciata da più garanti.

In base a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1, i garanti saranno liberi di scegliere se prestare la garanzia con *"atti separati per ciascun garante e per la relativa quota"* o *"all'interno di un unico atto che indichi tutti i garanti e le relative quote"*.

Sempre all'art. 1, comma 2, è precisato che *"la suddivisione per quote opera nei rapporti interni ai garanti medesimi, fermo restando il vincolo di solidarietà nei confronti della stazione appaltante o del soggetto aggiudicatore"*.

Tale ulteriore specificazione è stata inserita a seguito di alcune considerazioni espresse dal Consiglio di Stato nel suddetto parere, che l'ha ritenuta necessaria dopo il ripristino del vincolo di solidarietà, inizialmente eliminato dal decreto appalti e poi reintrodotto, nel 2017, con il Correttivo (d.lgs. 56/2017).

Gli schemi tipo, previsti dal decreto, si applicano solo ed esclusivamente ai settori ordinari, tuttavia, il comma 6 dell'art. 2 prevede, anche un espresso riferimento alla loro possibile applicazione ai settori speciali e nelle concessioni nel caso in cui "i documenti di gara prevedono la prestazione di garanzie della tipologia di cui agli schemi tipo e richiamano il presente decreto".

Infine, l'art. 2 definisce l'ambito di applicazione temporale del decreto che riguarderà solo le procedure e i contratti con bandi o avvisi pubblicati successivamente alla sua entrata in vigore – prevista per il 25 aprile 2018. Per i contratti senza pubblicazione di bandi o di avvisi, le nuove regole si applicheranno nel caso in cui non siano ancora stati inviati gli inviti a presentare le offerte.

RISCHI AGRICOLI: NOVITÀ NORMATIVE

Il 12 ottobre 2017 è stato approvato dal Parlamento europeo il cosiddetto Regolamento Omnibus, che contiene – all'interno di un pacchetto più ampio legato a diversi comparti dell'economia – importanti modifiche alla Politica Agricola Comune 2014 – 2020, volte a dare piena attuazione alla gestione del rischio in agricoltura. Le nuove disposizioni, immediatamente esecutive negli Stati membri, sono entrate in vigore il 1° gennaio 2018.

Le novità di maggior impatto per il settore assicurativo riguardano senz'altro l'aumento dal 65% al 70% del contributo statale previsto per il rimborso agli agricoltori dei premi assicurativi pagati per le polizze agevolate, nonché l'abbassamento dal 30% al 20% della soglia di danno necessaria per attivarle.

Inoltre, il 13 aprile u.s. è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il d.lgs. del 26 marzo 2018 n. 32, che sempre nell'ottica di potenziare la gestione del rischio, apporta significative modifiche al d.lgs. 102/2004 in materia di interventi finanziari a sostegno delle imprese agricole.

Il nuovo impianto normativo rafforza notevolmente il ruolo del Fondo di Solidarietà Nazionale, estendendo in primo luogo la tutela assicurativa agevolata, fino ad oggi accessibile dagli agricoltori solo in caso di calamità naturali o eventi eccezionali, anche a tutta una serie di ulteriori eventi, quali le avversità atmosferiche assimilabili alle calamità naturali, eventi di portata catastrofica, epizoozie, organismi nocivi ai vegetali nonché ai danni causati da fauna selvatica.

Inoltre, per la prima volta viene espressamente promosso il ricorso da parte degli agricoltori a strumenti di gestione del rischio alternativi rispetto alle polizze agevolate, quali fondi di mutualizzazione e polizze sperimentali. L'art. 2, comma 1, infatti, prevede l'erogazione di contributi statali anche per le quote di partecipazione e adesione ai fondi di mutualizzazione, oltre che per i premi assicurativi mentre alle polizze sperimentali. In particolare, il nuovo decreto, dedica l'intero articolo 2-bis, rubricato appunto "polizze sperimentali", a questi innovativi strumenti di copertura, che nel nuovo assetto vengono considerati fondamentali per la piena attuazione della misura di gestione del rischio.

LA RIFORMA DEL CODICE DELLA NAUTICA DA DIPORTO

Il Codice della nautica da diporto è stato riformato con d.lgs. 3 novembre 2017, n. 229, entrato in vigore il 13 febbraio di quest'anno.

La nuova disciplina, finalizzata dopo quasi tre anni di intenso lavoro, ha finalmente risposto alle pressioni e alle aspettative degli operatori del settore volte a ottenere una significativa semplificazione burocratica e l'adozione di disposizioni più moderne e competitive, in linea con quelle dei principali attori europei.

Per la concreta operatività di talune norme si attende in realtà la pubblicazione (nel corso del prossimo mese di agosto) di decreti attuativi i cui contenuti, peraltro, risultano per lo più già ben delineati nelle nuove norme del Codice.

Numerose sono le novità introdotte che daranno un sostegno importante all'industria nautica.

Archivio telematico e Sportello del diportista

È abolito il riferimento ai registri cartacei in vista dell'adozione dell'Archivio telematico centrale della nautica (ATCN), una banca dati destinata a raccogliere in formato digitale tutte le informazioni relative alle navi e alle imbarcazioni da diporto; inizialmente quelle nuove, poi gradatamente quelle iscritte nei 104 registri cartacei delle Capitanerie di Porto che non sempre hanno dialogato tra loro, aprendo il varco talvolta a possibili frodi (più immatricolazioni per unità).

L'interfaccia pubblico dell'ATCN è rappresentato dallo Sportello Telematico del Diportista (STED) operativo presso le Capitanerie di Porto, gli Uffici Circondariali marittimi, gli Uffici di motorizzazione civile e tutte le Agenzie nautiche.

Lo Sportello ha il compito di rilasciare la licenza di navigazione e di curarne i rinnovi e gli aggiornamenti (cambio proprietà, residenza, nomina di armatore, ipoteca, leasing) con specifici tagliandi. Ha inoltre competenza per il rilascio, il rinnovo e la convalida del certificato di sicurezza e del certificato di idoneità al noleggio, per l'autorizzazione alla navigazione temporanea e per il rilascio della licenza provvisoria.

Commercial Yacht

È prevista una notevole semplificazione degli adempimenti amministrativi per la navigazione a fini commerciali, rispondendo in tal modo alle sfide del mercato internazionale e rilanciando le eccellenze del Made in Italy nautico.

In particolare, viene introdotta la dicitura inglese *commercial yacht* e si stabilisce che, per le navi da diporto iscritte al registro internazionale (Superyacht), la disciplina generale è quella del Codice della nautica da diporto; quindi tali navi beneficiano della più snella disciplina del diporto nautico ma, nel contempo, delle agevolazioni di carattere fiscale e contributivo legate all'iscrizione al Registro, una volta appannaggio esclusivo della marina mercantile.

Anche le attività commerciali del diporto sono ampliate con l'inclusione dell'assistenza all'ormeggio nelle strutture della portualità turistica nonché dell'assistenza e traino in mare (che si aggiungono alla locazione/noleggio, all'insegnamento professionale e all'attività di addestramento subacqueo).

Viene meno il limite di 1000 tonnellate per l'iscrizione dei grandi yacht in noleggio al Registro internazionale e si prevedono documenti di navigazione semplificati.

È inoltre prevista l'adozione di un Passenger Yacht Code italiano specifico per le unità da diporto che trasportano più di dodici ma non più di trentasei passeggeri in viaggi internazionali e che non trasportano *cargo*, al fine di rispettare una serie di convenzioni internazionali, assicurando equivalenze ed esenzioni laddove l'applicazione delle previsioni delle convenzioni alle unità da diporto non sia ragionevole o tecnicamente praticabile.

Riforma della patente nautica

I requisiti per il conseguimento della patente nautica, distinta in diverse categorie a seconda della tipologia di unità, sono semplificati ma, nel contempo, maggiormente focalizzati sul profilo psicofisico del soggetto richiedente.

Presso il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti è inoltre istituita l'Anagrafe nazionale delle patenti nautiche, per la sicurezza della navigazione e l'acquisizione dei dati inerenti allo stato degli utenti e ai relativi mutamenti.

Fra i dati acquisibili per ogni titolare di patente nautica – oltre a quelli anagrafici – figurano le violazioni di norme del Codice che determinino l'applicazione della sanzione della sospensione o della revoca della patente, i sinistri marittimi in cui il titolare è stato coinvolto e che abbiano comportato addebito di responsabilità a seguito di procedimento, nonché i dati relativi a eventuali sanzioni irrogate.

Rafforzamento della protezione dell'ambiente marino, della sicurezza della navigazione, della salvaguardia della vita umana in mare

Il Codice prevede in generale un inasprimento delle sanzioni, una disciplina ad hoc per la conduzione di unità da diporto in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di stupefacenti nonché l'introduzione della fattispecie di danno ambientale.

La volontà del legislatore è stata quella di determinare una maggior deterrenza per tutte quelle violazioni che, soprattutto durante la stagione balneare, destano maggiore allarme sociale ed evitare quindi incidenti in mare, specie sotto costa, causati dal mancato rispetto di norme di sicurezza.

Per converso sono stati introdotti criteri di semplificazione delle procedure per il pagamento delle sanzioni amministrative pecuniarie e di razionalizzazione nelle attività di controllo in materia di sicurezza della navigazione. In altre parole il c.d. bollino blu – iniziativa adottata fin dal 2013 dal MIT con apposite direttive per ottimizzare i controlli sugli standard di sicurezza delle unità da diporto e snellire e semplificare, nel contempo, le procedure ispettive evitando il rischio di duplicazione delle verifiche – è diventato legge.

Il diportista potrà anche richiederlo preventivamente agli uffici della Capitaneria locale; e una volta effettuati i controlli, se l'unità da diporto risulterà in regola (documenti, assicurazione, dotazioni), riceverà l'adesivo che sarà valido per tutta la stagione balneare, da giugno a settembre. I Corpi in mare (dopo la recente riforma, Capitaneria di Porto e Guardia di Finanza) disporranno di un'anagrafe telematica delle patenti nautiche (che dialogherà ovviamente con il registro telematico) per essere facilitati nei controlli. Il bollino blu potrà inoltre essere rilasciato, su richiesta, anche alle unità commerciali e per la navigazione in acque interne.

Sono infine previste procedure per l'approvazione e l'installazione di sistemi di alimentazione con GPL, ibrido o elettrico sulle unità da diporto di nuova costruzione o già immesse sul mercato, per favorire l'impiego di motori alimentati con energia e combustibili alternativi. La norma è volta ad adeguare anche il diporto alla riduzione dell'impatto ambientale in favore dello sviluppo sostenibile e dell'uso di energie rinnovabili (green economy).

Educazione marinaresca

È promossa la diffusione tra le nuove generazioni della cultura e dell'educazione marinara, prevedendo, al contempo, interventi per lo sviluppo di un turismo sostenibile e costiero.

In particolare è istituita la Giornata del Mare, l'11 aprile di ogni anno, presso gli istituti scolastici di ogni ordine e grado, in occasione della quale deve essere posto in rilievo il contributo del mare allo sviluppo sociale, economico e culturale del Paese. Specifici progetti formativi possono essere realizzati dalle associazioni nazionali della nautica e da federazioni sportive.

* * *

Ulteriori novità introdotte dal nuovo Codice spaziano

- dall'introduzione delle navi storiche e delle moto d'acqua nella categoria delle unità da diporto;
- alla previsione di due nuove figure professionali: quella del mediatore da diporto e quella dell'istruttore di vela professionale;
- alla regolamentazione (semplificata) del noleggio dei natanti;
- alle tempistiche più stringenti per i procedimenti amministrativi: dal termine di vendita all'estero di unità italiane – la cosiddetta dismissione di bandiera – fissato in 30 giorni, allo spirare dei quali vale il criterio del silenzio assenso, a quello per il rinnovo della licenza ad opera dello Sportello telematico, fissato in 20 giorni;
- alle semplificazioni amministrative relative alla licenza di navigazione (la ricevuta della presentazione dei documenti per l'iscrizione vale come licenza di navigazione sostitutiva, la licenza è necessaria soltanto per le navi e imbarcazioni da diporto comprese le unità da diporto utilizzate a fini commerciali e non più per tutte le unità in generale) e alla navigazione da diporto temporanea e prove tecniche in mare da parte dei cantieri navali, costruttori di motori marini, aziende di assemblaggio e allestitori.

8

LA RIASSICURAZIONE

LA RIASSICURAZIONE

Nel 2017 i premi indiretti complessivi raccolti dalle imprese nazionali e dalle rappresentanze stabilite in Italia di imprese extra-UE, al netto delle retrocessioni, sono stati pari a 2,3 miliardi, in diminuizione del 6% rispetto al 2016. I rami trasporti e credito e cauzione sono quelli che, in percentuale dei premi lordi, fanno ricorso più di altri alla cessione e retrocessione dei propri rischi.

Nel 2017 i premi indiretti totali del lavoro italiano ed estero, al netto della retrocessione, raccolti dalle imprese nazionali e dalle rappresentanze stabilite in Italia di imprese extra-UE, sono stati pari a 2.330 milioni, in diminuzione del 5,9% rispetto al 2016. Questi premi escludono i premi indiretti afferenti alle imprese esercenti la sola riassicurazione.

I premi indiretti delle assicurazioni danni sono stati pari a 1.467 milioni (+14,3%) mentre quelli del comparto vita 863 milioni (-27,6%).

Premi del portafoglio indiretto italiano al netto delle retrocessioni
Valori in milioni di euro

	Premi indiretti netti lavoro ITALIANO					Variazioni %			
Ramo di attività**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017***	**2014/2013**	**2015/2014**	**2016/2015**	**2017/2016**
Auto	46	33	22	14	15	-27,9	-33,5	-35,0	5,3
Infortuni e malattia	67	88	149	178	168	30,9	69,0	19,6	-5,6
Trasporti	8	11	14	9	10	43,4	23,0	-32,7	1,4
Property	83	39	54	39	26	-52,8	38,0	-26,9	-32,8
Credito e cauzione	4	3	4	3	4	-7,5	24,6	-26,5	30,0
RC Generale	27	20	28	23	19	-23,7	39,1	-18,4	-17,1
Perdite pecuniarie	7	3	1	14	19	-53,5	-57,7	945,5	36,8
Tutela legale	25	28	29	29	38	13,5	1,2	2,7	29,0
Assistenza	148	152	171	201	209	2,8	12,6	17,5	4,1
Totale rami Danni	413	378	472	511	508	-8,4	24,8	8,3	-0,7
Ramo I e V	459	396	339	293	258	-13,7	-14,5	-13,5	-11,9
Ramo III	0	0	0	0	0	-47,5	20,5	-35,3	-40,2
Totale rami Vita	460	397	339	293	258	-13,7	-14,5	-13,5	-12,0
TOTALE DANNI E VITA	873	775	811	805	766	-11,2	4,7	-0,8	-4,8
	Premi indiretti netti lavoro ESTERO					**Variazioni %**			
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2014/2013**	**2015/2014**	**2016/2015**	**2017/2016**
Totale rami Danni	605	578	591	772	959	-4,5	2,4	30,5	24,3
Totale rami Vita	982	783	819	900	605	-20,3	4,6	9,8	-32,7
TOTALE DANNI E VITA	1.587	1.360	1.410	1.671	1.564	-14,3	3,7	18,5	-6,4
	Premi indiretti netti lavoro ITALIANO ED ESTERO					**Variazioni %**			
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2014/2013**	**2015/2014**	**2016/2015**	**2017/2016**
Totale rami Danni	1.018	956	1.063	1.283	1.467	-6,1	11,2	20,7	14,3
Totale rami Vita	1.441	1.179	1.158	1.193	863	-18,2	-1,8	3,0	-27,6
TOTALE DANNI E VITA	2.459	2.135	2.222	2.476	2.330	-13,2	4,0	11,4	-5,9

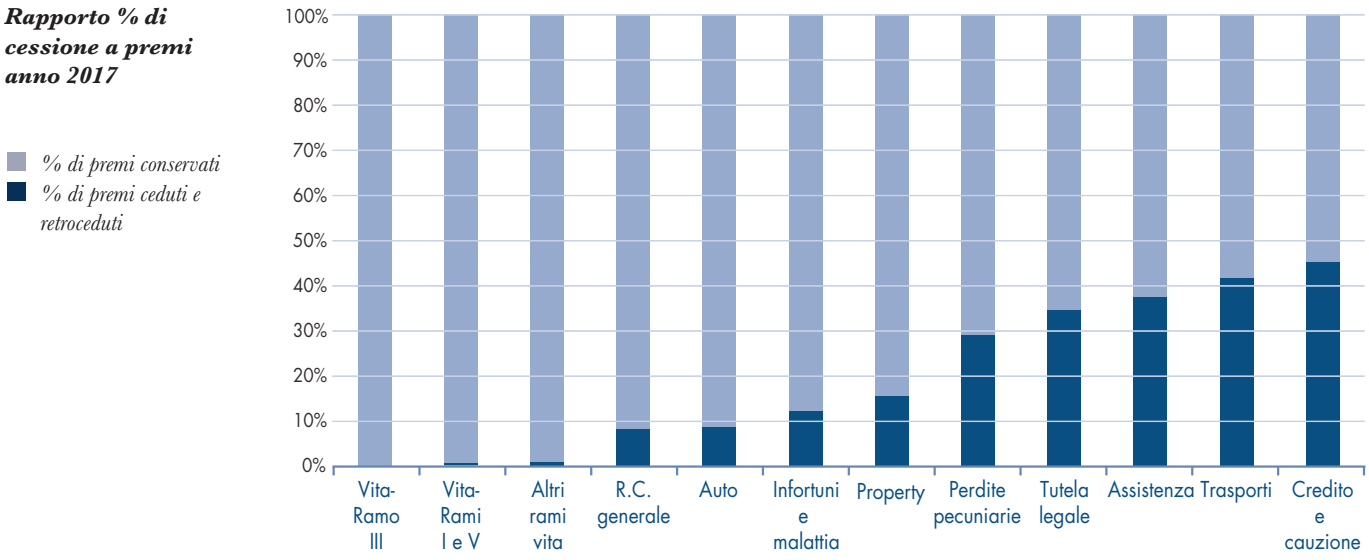
** Stima ANIA*
*** Auto comprende i rami corpi veicoli terrestri, r.c. auto e natanti; property comprende i rami incendio e altri danni ai beni*

Il lavoro indiretto estero vita e danni è molto significativo per le imprese italiane. Nel 2017 i premi di questo settore, pari a 1.564 milioni, sono diminuiti rispetto all'anno di oltre il 6% e la relativa incidenza sul lavoro indiretto complessivo è stata pari a circa il 70%. I premi indiretti esteri del vita sono stati circa il 40% del totale, per un importo di 605 milioni, mentre quelli danni, per 959 milioni, costituiscono la quota rimanente (60%).

Informazioni relative ai singoli rami (vita e danni) sono disponibili soltanto per i premi indiretti del lavoro italiano e non per quello estero. Nel 2017 i rami che raccolgono la più ampia quota di premi indiretti nel settore danni sono l'assistenza (209 milioni) e i rami infortuni e malattia (168 milioni); nel comparto vita la totalità dei premi indiretti (258 milioni) è relativa ai rami I e V.

Il dettaglio dei premi indiretti per singolo ramo di attività consente anche di analizzare la riassicurazione passiva del settore assicurativo attraverso il cosiddetto rapporto di cessione a premi. Questo rapporto esprime la percentuale dei premi ceduti e retroceduti del lavoro italiano rispetto al totale dei premi diretti e indiretti: più elevato è il rapporto, più ampio è il ricorso allo strumento riassicurativo. I rami in cui è maggiormente diffusa la cessione in riassicurazione sono il settore credito e cauzione (45%), il settore trasporti (43%), l'assistenza (37%) e il ramo tutela legale (35%).

Rapporto % di cessione a premi anno 2017

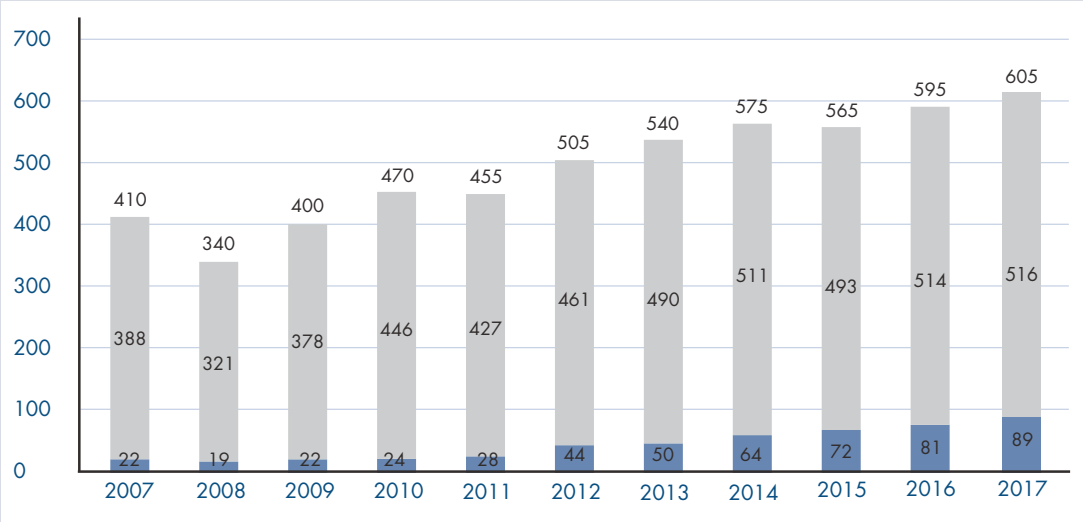


LA RIASSICURAZIONE E IL MERCATO DEI CAT BOND NEL 2017

In base alle stime del broker Aon Benfield, aggiornate alle informazioni disponibili ad aprile 2018, il capitale a disposizione del settore riassicurativo mondiale alla fine del 2017 ammontava a 605 miliardi di dollari (+1,7% rispetto alla fine del 2016) (figura 1).

Alla fine del 2017, il capitale riassicurativo tradizionale era pari a 516 miliardi, in crescita dello 0,4% rispetto all'anno precedente. Le significative perdite derivanti da catastrofi naturali – stimate in oltre 130 miliardi di dollari – che si sono verificate soprattutto nella seconda metà del 2017 non hanno intaccato la disponibilità della capacità del settore, che è invece aumentata.

Figura 1
Il capitale riassicurativo tradizionale e alternativo
Valori in miliardi di dollari



Fonte: Elaborazione ANIA su dati Aon Benfield

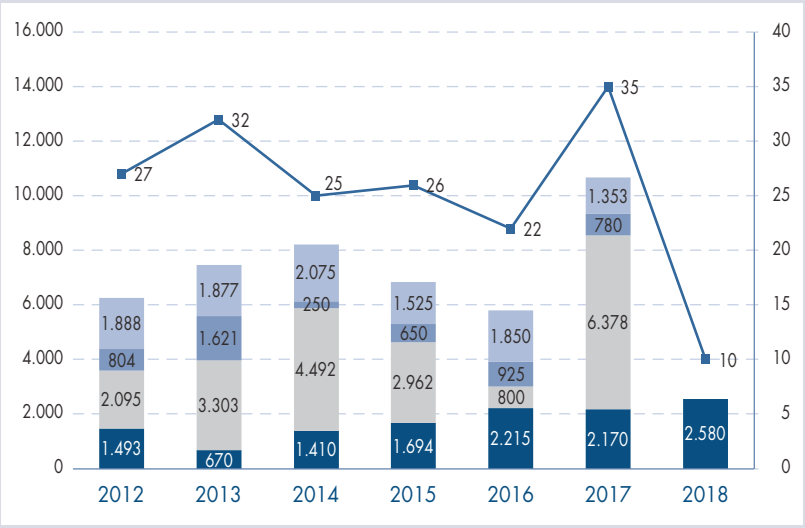
Ciò è da attribuirsi, secondo il broker, ai seguenti fattori.

1. la presa in carico da parte di varie agenzie governative di buona parte delle perdite occorse negli Stati Uniti;
2. l'alto tasso di *retention* dei rischi da parte degli assicuratori primari che ha fatto gravare su di loro la maggior parte delle perdite;
3. lo sviluppo favorevole delle riserve dell'anno precedente e il miglioramento dei rendimenti attesi;
4. infine, l'indebolimento della valuta americana rispetto ai principali paesi.

È continuata ad aumentare anche la quota di forme alternative di capitale riassicurativo, arrivata alla fine dello scorso anno a quasi 90 miliardi di dollari, in crescita del 10% circa rispetto al 2016. La crescita sembrerebbe derivare proprio dalle perdite sopracitate che hanno portato a un maggiore interesse da parte degli investitori istituzionali verso questa tipologia di strumenti.

In particolare, l'emissione di *cat bond* nel 2017 ha raggiunto livelli significativamente superiori rispetto a quelli dell'ultimo record registrato nel 2014. Le 35 emissioni effettuate nel 2017 hanno consentito una raccolta di 10,7 miliardi di dollari (8,2 miliardi di dollari nel 2014), oltre l'84% in più rispetto alla raccolta del 2016 (5,8 miliardi) (figura 2).

Figura 2
Le emissioni di cat bond
Valori in milioni di dollari



Fonte: Elaborazione ANIA su dati Aon Benfield

Alla fine del 2017 il capitale assicurato con questa classe di strumenti era pari a 25,7 miliardi (22,5 miliardi il 31 dicembre 2016).

La crescita del mercato dei *cat bond* ha comportato anche un ampliamento del range di aree geografiche e rischi coperti e un numero crescente di giurisdizioni propense all'emissione di *Insurance-Linked Securities*.

I dati preliminari relativi al primo trimestre del 2018 – con una raccolta di oltre 3,5 miliardi di dollari in 10 emissioni – confermano l'outlook positivo delineato dagli osservatori nel 2017, che prevedono ulteriori sviluppi positivi anche nel resto dell'anno in corso.

9

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

I LAVORATORI DIPENDENTI E IL COSTO DEL LAVORO

Indagine statistica sulla composizione e sui costi del personale

Alla fine del 2017 il numero dei dipendenti del settore assicurativo (non dirigenti e dirigenti) era nel complesso pari a 46.558 unità, in lieve decremento (-0,6%) rispetto al 2016, quando i dipendenti erano 46.850. Tale risultato è in parte dovuto a importanti processi di ristrutturazione e organizzazione attuati nel corso del 2017 da parte delle imprese del settore.

La stima dei dati riguardanti il personale per l'intero mercato – che comprende anche i circa 3.500 dipendenti di società controllate da imprese di assicurazione ai quali è applicato il contratto collettivo nazionale assicurativo – è stata effettuata utilizzando i dati di un campione di imprese con una rappresentatività, misurata rispetto al personale dipendente del settore assicurativo, pari a circa l'85%.

Il sopracitato numero dei dipendenti comprende il personale amministrativo (37.747 unità), il personale addetto all'organizzazione produttiva e alla produzione (5.156 unità), il personale addetto al contact center (2.346 unità) ([1]) e il personale dirigente (1.309 unità).

Nel 2017 sono risultati in lieve diminuzione gli amministrativi (-0,4%, corrispondente a -162 unità), mentre il personale del contact center e quello addetto all'organizzazione produttiva e alla produzione hanno registrato un calo anche più marcato pari, rispettivamente, a -2,4% e -1,8% in confronto con l'anno precedente. Al contrario, invece, il personale dirigente ha registrato un incremento dell'1,9% (corrispondente a +24 unità).

Avuto riguardo all'intero personale del settore assicurativo, l'occupazione maschile ha registrato una lieve decremento (-0,8%), analogamente a quella femminile che evidenzia una riduzione dello 0,5%. Complessivamente, alla fine del 2017, il personale femminile rappresentava il 46,7% del totale dei dipendenti, dato sostanzialmente stabile rispetto al 2016. Relativamente ai titoli di studio, il 46% circa del personale del settore è in possesso di laurea, mentre quasi il 50% ha un diploma di scuola media superiore; anche questi dati sono in linea con quelli del 2016.

Nel 2017 il costo complessivo del personale dipendente (che comprende il personale amministrativo, il personale addetto ai contact center e il personale dirigente, ed esclude quello relativo ai produttori) è stato pari a 3.857 milioni, registrando un incremento dello 0,6% rispetto all'analogo dato dell'anno precedente. Si precisa che l'incremento derivante dagli aumenti retributivi previsti per l'anno 2017 in sede di rinnovo del CCNL applicabile ai dipendenti non dirigenti del settore è stato in parte compensato dalla diminuzione del numero degli occupati, nonché dai minori costi sostenuti dalle imprese rispetto all'anno precedente per ciò che attiene alle operazioni di incentivazione all'esodo. Sempre con riferimento al personale di cui sopra, il costo

([1]) Il personale addetto al contact center si suddivide in personale addetto al *contact center operations* – ex call center sezione prima – (pari a 1.456 unità) e personale addetto al *contact center vendita* – ex call center sezione seconda – (pari a 890 unità).

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO

Numero di dipendenti

Anno	Amministrativi (*)	Produttori	Totale
2007 (**)	*41.121*	*5.157*	*46.278*
2008	41.479	5.352	46.831
2009	41.881	5.488	47.369
2010	41.730	5.456	47.185
2011	42.193	5.284	47.477
2012	42.498	5.214	47.712
2013	42.747	5.189	47.936
2014	42.199	5.253	47.452
2015	41.536	5.218	46.754
2016	41.598	5.252	46.850
2017	41.402	5.156	46.558

Costo del personale
Valori in milioni

Anno	Amministrativi (*)	Produttori	Totale
2007 (**)	*2.972*	*277*	*3.249*
2008	3.118	273	3.390
2009	3.142	261	3.403
2010	3.192	263	3.456
2011	3.284	267	3.551
2012	3.478	262	3.740
2013	3.635	262	3.897
2014	3.742	274	4.016
2015	3.735	292	4.027
2016	3.832	287	4.119
2017	3.857	285	4.142

Variazione % del costo complessivo

Anno	Amministrativi (*)	Produttori	Totale
2008	4,9%	-1,6%	4,3%
2009	0,8%	-4,2%	0,4%
2010	1,6%	0,7%	1,6%
2011	2,9%	1,5%	2,7%
2012	5,9%	-1,7%	5,3%
2013	4,5%	0,0%	4,2%
2014	3,0%	4,3%	3,0%
2015	-0,2%	6,6%	0,3%
2016	2,6%	-1,7%	2,3%
2017	0,6%	-0,6%	0,6%

Variazione % del costo unitario del personale

Anno	Amministrativi (*)	Produttori	Totale
2008	4,6%	-3,8%	3,8%
2009	-0,1%	-7,2%	-0,8%
2010	1,3%	-0,2%	1,2%
2011	2,5%	3,4%	2,6%
2012	5,0%	0,5%	4,8%
2013	3,8%	0,9%	3,7%
2014	3,3%	3,9%	3,3%
2015	1,3%	6,3%	1,5%
2016	3,3%	-1,7%	2,9%
2017	0,8%	0,0%	0,8%

(*) Nella voce è compreso il personale amministrativo, il personale addetto al call center e il personale dirigente
(**) Per la prima volta dal 2007 il totale include i dipendenti di società controllate da imprese di assicurazione e i produttori che a seguito di un'importante ristrutturazione societaria sono stati inseriti nella statistica associativa

per addetto ([2]) è risultato mediamente pari a circa 92.930 euro, con un aumento rispetto al 2016 dello 0,8%.

Il costo complessivo del personale addetto all'organizzazione produttiva e alla produzione (pari a 285 milioni) ha invece registrato un decremento dello 0,6% rispetto al 2016 e tale riduzione è da attribuirsi soprattutto all'andamento dei compensi provvigionali che ha registrato nello stesso periodo un decremento di circa il 4%.

Il relativo costo per addetto (che per il 2017 è risultato pari a 54.767 euro) è risultato invece invariato rispetto all'anno precedente.

A livello generale (vale a dire con riferimento al personale amministrativo, al personale addetto ai contact center, e al personale addetto all'organizzazione produttiva e alla produzione e al personale dirigente) si osserva che il costo complessivo del personale dipendente delle imprese assicuratrici (pari nel 2017 a 4.142 milioni) è aumentato rispetto al 2016 dello 0,6%, mentre il costo per addetto (pari nel 2017 a circa 88.675) evidenzia un incremento dello 0,8% rispetto al 2016.

NORMATIVA DEL LAVORO E FONDI DI SOLIDARIETÀ DEL SETTORE

Legge di bilancio 2018 – Provvedimenti in materia di lavoro

Nel corso del 2017 l'Associazione ha proseguito la propria attività di supporto e consulenza alle imprese anche per ciò che riguarda le problematiche del lavoro, con la costante illustrazione dei provvedimenti di legge via via emanati in materia. Come noto, tali disposizioni hanno avuto per lo più l'obiettivo di attuare le norme contenute nel *Jobs Act* e di promuovere stabilmente l'occupazione, soprattutto quella giovanile. Rispondono a tale ultima finalità le previsioni contenute nella Legge di bilancio 2018, emanata a fine anno, con le quali sono state stabilite importanti agevolazioni contributive in caso di assunzione di lavoratori a tempo indeterminato effettuate a partire dall'anno 2018 (con incentivi strutturali all'occupazione giovanile e agevolazioni per le assunzioni a tempo indeterminato nel Mezzogiorno), nonché disposizioni in materia pensionistica per agevolare l'uscita anticipata per i lavoratori prossimi al raggiungimento dei requisiti pensionistici.

Per quanto concerne gli incentivi strutturali all'occupazione giovanile, la legge in questione ha previsto che i datori di lavoro privati potranno assumere lavoratori con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, con uno sgravio contributivo pari al 50% per un periodo massimo di 36 mesi e nel limite individuale di 3.000 euro su base annua. Lo sgravio spetta solo qualora l'azienda assuma soggetti che, alla data della prima assunzione incentivata, non abbiano compiuto il trentacinque-

([2]) Come da prassi, per garantire una maggiore significatività statistica dei dati, i costi unitari del personale sono stati ottenuti con il metodo della semisomma, ossia rapportando il costo complessivo di uno specifico anno alla media aritmetica dei dipendenti in servizio nell'anno considerato e nell'anno precedente.

simo anno di età e non siano stati occupati a tempo indeterminato con il medesimo datore di lavoro o con altro datore di lavoro.

A decorrere dal 1° gennaio 2019, detta agevolazione potrà invece riguardare esclusivamente i soggetti che non abbiano compiuto il trentesimo anno di età alla data della prima assunzione incentivata.

Al fine di favorire l'uscita anticipata dei lavoratori prossimi al raggiungimento dei requisiti per il pensionamento, la Legge di bilancio ha invece ampliato – limitatamente al periodo 2018-2020 – la durata massima (portandola da 4 a 7 anni) del periodo per il quale ci si può avvalere dello strumento contrattuale introdotto dalla c.d. Legge Fornero, finalizzato a incentivare l'esodo dei dipendenti in esubero nelle aziende con almeno 15 occupati, mediante il versamento di una prestazione pari all'importo della pensione "teorica" spettante sino al raggiungimento dei requisiti minimi per la pensione di vecchiaia e/o anticipata.

Fondo Intersettoriale di Solidarietà per il sostegno del reddito, dell'occupazione, della riconversione e riqualificazione professionale del personale dipendente di imprese assicuratrici e di società di assistenza (Fondo ANIA/AISA)

Sull'argomento va segnalata l'attività svolta dal Servizio Relazioni Industriali con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e con la Direzione Generale INPS al fine di chiarire l'ambito di applicazione del Decreto interministeriale istitutivo del Fondo Intersettoriale di Solidarietà ANIA/AISA. A tal riguardo, le Autorità ministeriali hanno confermato – con apposito parere e in linea con quanto osservato dai predetti Uffici dell'Associazione – che anche ANIA deve rientrare tra i soggetti cui si applicano le specifiche disposizioni del predetto Fondo di Solidarietà, con conseguente applicazione delle più ridotte aliquote di contribuzione. Sulla base di tale indicazione ministeriale, l'Associazione ha fatto richiesta di adesione al predetto Fondo Intersettoriale ANIA/AISA, richiesta che è stata poi accolta dal Comitato Amministratore del Fondo medesimo, con apposite delibere del 6 luglio e del 5 ottobre 2017.

Si tratta di un risultato importante perché consente all'Associazione di disporre, al pari di tutte le imprese assicuratrici e delle società di assistenza, di un ammortizzatore sociale utilizzabile (ove ne ricorrano i motivi) per tutto il personale dipendente non dirigente, versando la stessa contribuzione prevista per le imprese del nostro comparto che, come noto, è ridotta rispetto al contributo dovuto da quelle imprese/associazioni che, non essendosi dotate di un proprio fondo di settore, rientrano nel campo di applicazione del Fondo di integrazione salariale (ex Fondo residuale).

Quanto alle attività del Fondo intersettoriale in questione, va ricordato che anche nel corso del 2017 talune imprese e gruppi del settore assicurativo coinvolti in importanti processi di riorganizzazione aziendale e/o interaziendale, con possibili effetti sui propri livelli occupazionali, hanno fatto ricorso – previ appositi accordi sindacali – alle c.d. "prestazioni straordinarie", risolvendo così in modo non traumatico delicate situazioni sul piano gestionale.

Sul monitoraggio e sulla gestione amministrativa riguardanti le operazioni propedeutiche all'accesso alle prestazioni, effettuate dai competenti uffici INPS, si è concentrata l'attività del Comitato Amministratore del Fondo e a tal riguardo è stata utile l'attività svolta dall'Associazione, anche a supporto degli adempimenti posti in proposito a carico delle imprese.

Segnaliamo che, nell'ambito di alcuni dei suddetti accordi sindacali, sono state anche concordate modalità di accesso alle c.d. "prestazioni ordinarie del Fondo", vale a dire quelle prestazioni che consentono ai lavoratori interessati di fruire dell'assegno ordinario in caso di riduzione/sospensione dell'attività lavorativa e/o di finanziare programmi di riqualificazione professionale conseguenti a processi di ristrutturazione aziendale.

RELAZIONI SINDACALI E CONTRATTAZIONE COLLETTIVA, NAZIONALE E AZIENDALE

Accordo con le OO.SS. di settore per il rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) applicabile al personale dipendente non dirigente delle imprese di assicurazione e Testo coordinato del CCNL

Con la sottoscrizione del nuovo CCNL (22 febbraio 2017) applicabile al personale dipendente non dirigente delle imprese assicuratrici sono state apportate significative novità sul piano normativo, volte a rendere concretamente più flessibile l'organizzazione e la gestione delle attività all'interno delle compagnie, soprattutto per quanto attiene all'orario di lavoro, all'inquadramento contrattuale dei funzionari e allo svolgimento delle attività nei contact center.

Il successivo 3 luglio è stata raggiunta con le Organizzazioni Sindacali Nazionali di settore l'intesa su alcuni temi contrattuali che le Parti avevano concordato di esaminare in un momento successivo alla stipula del menzionato rinnovo contrattuale e riguardanti:

- la definizione di nuove disposizioni in ordine alla disciplina delle tipologie contrattuali c.d. flessibili, maggiormente utilizzate dalle imprese del settore (contratto a tempo determinato, contratto di somministrazione a termine e contratto di apprendistato);
- la determinazione dei nuovi importi/limiti e plafond di rimborso relativamente all'assistenza sanitaria dei funzionari delle imprese di assicurazione;
- la sottoscrizione di una Dichiarazione congiunta in tema di adempimenti (e tempistica) posti a carico dei lavoratori per l'attestazione di malattia.

Per quanto concerne, in particolare, le tipologie contrattuali c.d. flessibili, il nuovo articolato attua, in via generale e pressoché integralmente, i rinvii alla contrattazione collettiva previsti in materia dalle norme del *Jobs Act*.

Alla luce di tale intesa – con la quale si è conclusa la fase di discussione e negoziazione sindacale riguardante il rinnovo del CCNL – le Parti si sono successivamente incon-

trate per pervenire, in data 15 dicembre 2017, alla stesura del c.d. Testo coordinato del CCNL e relativi Allegati. Nel testo in questione sono state inserite due Dichiarazioni inerenti al Telelavoro e allo s*mart working*, istituto contrattuale, quest'ultimo, di particolare attualità e concreto utilizzo da parte anche delle imprese assicuratrici che hanno in proposito avviato utili sperimentazioni.

Sempre in tema di relazioni sindacali, le Parti sottoscrittrici del contratto collettivo hanno avuto modo, in occasione dei suddetti incontri e nel corso di alcuni congressi organizzati dalle OO.SS., di confrontarsi anche sul tema riguardante le connessioni tra il settore assicurativo e quello finanziario in genere e sulla eventualità di pervenire a un "unico contratto collettivo" da applicarsi ai lavoratori delle imprese interessate. In proposito, tutte le segreterie sindacali nazionali e le compagnie del settore assicurativo hanno innanzitutto confermato la solidità delle relazioni industriali del nostro settore e la capacità delle sue Parti sociali di pervenire ad accordi anche innovativi, contemperando le rispettive esigenze con competenza ed equilibrio.

Sulla base di tale considerazione e in relazione anche alle specificità che tuttora caratterizzano i sopra menzionati settori di attività sul piano normativo, economico e gestionale, hanno quindi espresso l'avviso che non sussistono, al momento, le condizioni per intraprendere iniziative di tal genere sul piano contrattuale.

Regolamento per l'attuazione dell'Accordo sulle misure di sostegno all'occupazione per il personale già dipendente di imprese poste in LCA

Con tale Regolamento, che forma parte integrante del CCNL siglato il 22 febbraio 2017, le imprese assicuratrici (indipendentemente dal ramo assicurativo esercitato) si sono impegnate a riservare – mediante contratti di lavoro a tempo determinato – il 3% delle proprie assunzioni annue del personale dipendente non dirigente al personale licenziato dalle imprese poste in liquidazione coatta amministrativa (LCA) dal 22 febbraio 2017, nonché al personale licenziato da tale data, e tuttora non occupato, dalle società Progress, Faro e Novit.

Ciò premesso e atteso che ai fini attuativi si è resa necessaria l'acquisizione, in modo ufficiale, di tutta una serie di dati da parte delle compagnie assicuratrici, dei competenti uffici IVASS e dei Commissari liquidatori delle società interessate, le Parti sottoscrittrici del Contratto hanno concordato, con un'intesa sindacale siglata il 14 marzo 2018, che il menzionato Regolamento e i conseguenti obblighi assuntivi posti a carico delle imprese troveranno applicazione dal 1° ottobre 2018.

Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) applicabile al personale dipendente non dirigente delle imprese di assicurazione/assistenza

Come è noto, le principali imprese del settore specializzate nell'esercizio del ramo assistenza, che raggruppano circa 2.000 dipendenti, benché associate ad ANIA

hanno, sino a oggi, applicato nell'ambito dei rapporti di lavoro con i propri dipendenti uno specifico CCNL stipulato in seno ad AISA, Associazione costituita a suo tempo fra dette imprese. Nel corso del 2017, da parte di alcune di esse, è stata peraltro sottoposta all'esame dei nostri Organi Consiliari la richiesta di poter provvedere, in ambito ANIA, alla stipula di un apposito CCNL da applicarsi al personale dipendente delle società assicuratrici nel ramo assistenza. Tutto ciò in considerazione, non solo, delle strumentazioni ed esperienze disponibili in seno all'Associazione sul piano delle relazioni industriali, bensì anche della circostanza, non secondaria, che le Organizzazioni Sindacali di riferimento sono le medesime del settore assicurativo.

ANIA, sul presupposto che tale nuovo contratto dovrà continuare a caratterizzarsi per le specificità riguardanti l'attività svolta da dette società (garantendo, quindi, sia i necessari livelli di flessibilità in ambito operativo, organizzativo e gestionale, sia le dovute compatibilità sul piano economico/retributivo) si è espressa a favore di tale iniziativa che consente, tra l'altro, di ampliare il proprio ambito di attività e di occuparsi più da vicino anche delle vicende sindacali e contrattuali che attengono ai rapporti di lavoro dei dipendenti di tali imprese associate.

In relazione a quanto precede, è stato quindi dato incarico alla Delegazione di Trattativa di ANIA di svolgere i necessari approfondimenti con le società di assicurazione operanti nel ramo assistenza interessate e di avviare con le Segreterie nazionali delle OO.SS. di settore, ogni utile contatto in proposito. Al termine degli incontri tenutisi nei primi mesi dell'anno le Parti, con la partecipazione anche di taluni rappresentanti delle suddette aziende, sono pervenute, in data 17 aprile 2018, alla sottoscrizione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicabile al personale dipendente delle società in questione che scadrà, al pari del CCNL applicabile ai dipendenti non dirigenti delle imprese assicuratrici, il 31 dicembre 2019.

Detto contratto che, per tutte le tematiche trattate, va di fatto a sostituire la regolamentazione collettiva di lavoro finora applicata dalle società di assicurazione/assistenza, si caratterizza – per quanto attiene alla parte normativa – per le nuove procedure da adottarsi per il rinnovo del contratto collettivo nazionale e dei contratti integrativi aziendali; per le novità introdotte in ordine alle disposizioni riguardanti il Fondo di previdenza complementare e l'assistenza sanitaria integrativa; per la nuova impostazione contrattuale relativa ai contratti di lavoro a tempo determinato (in linea con quanto disposto dal *Jobs Act*) e per l'introduzione di nuove disposizioni afferenti allo svolgimento del "tentativo di conciliazione" in caso di controversie individuali che, d'ora in poi, potranno essere risolte, anche per le suddette società, in sede ANIA.

Per quanto concerne la parte economica, sono stati riconosciuti incrementi retributivi inferiori a quelli stabiliti in sede di rinnovo del CCNL ANIA del 22 febbraio 2017, in linea con le specifiche compatibilità economiche delle società del comparto assistenza. In particolare, e pur considerando che il predetto contratto AISA era scaduto a settembre del 2014, il nuovo CCNL in questione ha stabilito un incremento medio a regime di 80 euro lordi mensili, che sarà scaglionato in 4 tranche decorrenti dal 1° gennaio 2017 al 1° luglio 2020.

Alla sottoscrizione del predetto Accordo dovrà ora far seguito la predisposizione, a cura delle medesime Parti, di un documento di "raccordo" atto a definire le altre disposizioni di carattere normativo da applicarsi in proposito.

Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) applicabile al personale dirigente delle imprese di assicurazione

Con riferimento al CCNL per il personale dirigente delle imprese di assicurazione, si ricorda che il 30 novembre 2017 è stata inviata a FIDIA, quale unico sindacato firmatario del predetto CCNL e degli accordi sindacali nazionali riguardanti il personale dirigente, formale disdetta del contratto, in scadenza al 30 giugno 2018.

Successivamente, la Commissione Permanente Relazioni Industriali e la Delegazione di Trattativa ANIA hanno avviato, sulla base delle esigenze emerse in proposito, un approfondimento degli argomenti che dovrebbero formare oggetto di riesame in sede di possibile rinnovo contrattuale. Alla luce di tali approfondimenti e delle indicazioni formulate al riguardo dagli organi consiliari dell'Associazione, sono stati presi contatti con il predetto sindacato nazionale e avviati, nel mese di maggio, i conseguenti incontri per il negoziato.

Accordi sindacali per riorganizzazioni e ristrutturazioni aziendali

Particolarmente importante è stata anche l'attività di supporto prestata dall'Associazione alle imprese del settore in relazione alle varie operazioni di riorganizzazione e ristrutturazione aziendale/interaziendale dalle stesse poste in essere nel corso dell'anno, soprattutto al fine di assisterle in sede di attuazione delle procedure di confronto sindacale previste a tal riguardo dalle disposizioni del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro. Come sopra accennato, detti confronti hanno, in molti casi, dato luogo ad accordi sindacali propedeutici all'utilizzo delle prestazioni erogabili dal Fondo intersettoriale di solidarietà ANIA/AISA.

IL DIALOGO SOCIALE

Insurance Sectoral Social Dialogue Committee

Nel corso del 2017 le Parti Sociali di settore a livello europeo, nel dar seguito a quanto previsto dalla Dichiarazione Congiunta sugli effetti sociali della digitalizzazione nel mercato del lavoro assicurativo sottoscritta a ottobre 2016, hanno proseguito gli approfondimenti riguardanti il suddetto tema mediante studi e relazioni effettuati da imprese degli Stati membri, afferenti anche alle figure professionali emergenti nel mercato assicurativo.

In tale contesto, le Parti Sociali italiane hanno altresì provveduto a portare testimonianze di buone pratiche aziendali riguardanti tematiche che concernono la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro quali, ad esempio, lo *smart working* e la flessibilità degli orari di lavoro.

LA FORMAZIONE – FONDI PARITETICI INTERPROFESSIONALI

Fondo Banche Assicurazioni (FBA)

L'attività di promozione della formazione attraverso il Fondo Banche Assicurazioni è continuata anche nel 2017 con la pubblicazione di quattro distinti Avvisi per la realizzazione di piani aziendali, settoriali, territoriali, individuali e di piani di formazione rivolti alle aziende di dimensioni minori.

Si riportano di seguito i dati relativi ai finanziamenti approvati da FBA in favore delle imprese del settore assicurativo.

Finanziamenti in favore delle imprese assicuratrici per l'anno 2017

Avviso	N. delle imprese richiedenti il finanziamento	Dotazione finanziaria complessiva	Finanziamento FBA	N. delle lavoratrici e dei lavoratori del settore coinvolti	Tematica
Avviso 1/2017 (In fase di attuazione)	23	€ 40.000.000	€ 6.286.800,00	32.281	Generale
Avviso 2/2017 (Avviso aperto)	19 (1)	€ 7.000.000	€ 510.617,91 (1)	Dati disponibili a consuntivo (2)	Piani Individuali
Avviso 3/2017 (In fase di attuazione)	36	€ 10.700.000	€ 4.264.545,00	15.621	Generale
Avviso 4/2017 (Avviso aperto)	2 (1)	€ 5.000.000	€ 104.400,00 (1)	8 (1)	Alta Formazione Individuale

Fonte: FBA – Area Valutazione e Monitoraggio Piani – dati aggiornati al 26 marzo 2018

(1) Dati relativi alle domande di finanziamento presentate al 26 marzo 2018. La cifra potrebbe aumentare entro la chiusura dell'Avviso
(2) I dati relativi ai lavoratori e alle lavoratrici saranno disponibili in seguito alla gestione e rendicontazione dei Piani individuali da parte delle imprese

Fondo Paritetico Interprofessionale per la Formazione Continua (Fondir)

Anche Fondir, nel corso del 2017, attraverso l'Annualità 2017 e l'Avviso 2017, ha organizzato le proprie attività al fine di migliorare le competenze dei dirigenti del terziario.

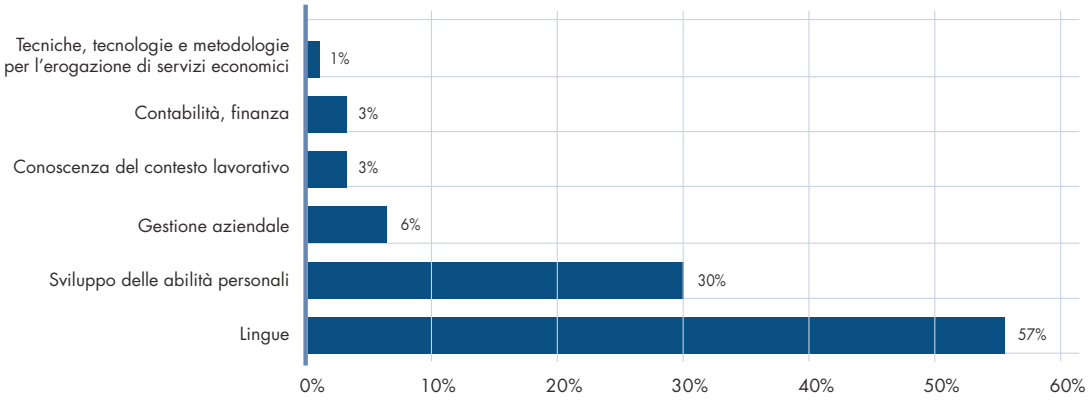
L'importo stanziato per l'Annualità 2017 del comparto assicurativo è stato di quasi 600 mila euro per finanziare Piani aziendali e individuali; di questi sono stati richiesti e finanziati oltre 160 mila euro. Nel 2017 le imprese coinvolte sono state 19; dei piani formativi avviati vi sono stati 8 progetti aziendali e 18 progetti individuali.

L'importo stanziato per l'Avviso 2017 del comparto assicurativo è stato di quasi 550 mila euro per finanziare attività formative presenti nella Bacheca Fondir; di questi ne sono stati richiesti oltre 50 mila euro.

Dei piani aziendali e individuali riferibili al settore assicurativo, l'89% ha trovato attuazione attraverso corsi svolti in aula, il 5,5% attraverso la formazione a distanza sincrona, il 2,5% attraverso la formazione a distanza asincrona e il 3% con altre modalità.

Quasi il 60% dei piani finanziati è stato indirizzato all'apprendimento delle lingue, il 30% allo sviluppo delle abilità personali, il 6% alla gestione aziendale, il 3% sia alla conoscenza del contesto lavorativo sia alla contabilità e finanza.

Piani aziendali e individuali del settore assicurativo – Tematiche formative



Fonte: dati elaborati da Fondir alla data del 29 marzo 2018

Per l'accesso alla Bacheca Fondir si riporta di seguito la ripartizione delle diverse tipologie di piani formativi selezionati dal settore assicurativo.

Avviso 2017 Bacheca Fondir – Settore assicurativo

Tipologia One-to-one	Tipologia Seminari Workshop Convegni	Tipologia Alta formazione Master
40% di piani presentati	40% di piani presentati	20% di piani presentati

Fonte: dati elaborati da Fondir alla data 29 marzo 2018

PROGETTO EUROPEAN QUALIFICATIONS FRAMEWORK (EQF)

Pubblicazione del Manuale di certificazione delle qualifiche delle compagnie assicurative

Nel maggio 2017 ANIA, in collaborazione con FBA (Fondo Banche Assicurazioni), ha pubblicato il Manuale di certificazione delle qualifiche delle compagnie assicurative redatto secondo i principi dello *European Qualifications Framework* (EQF) e del D.M. 30 giugno 2015. Il Manuale, che vede raccolti e descritti in un unico volume tutti i profili professionali elaborati nell'ambito del Repertorio delle qualificazioni del settore

assicurativo, ha rappresentato il frutto di un lungo e articolato processo, avviato a metà del 2013 e concluso nella primavera del 2017, che ha direttamente coinvolto esperti di ANIA e FBA nonché rappresentanti delle compagnie di assicurazione e delle organizzazioni sindacali di categoria.

L'EQF rappresenta uno strumento comune europeo di riferimento per facilitare la lettura e la comparazione delle diverse qualificazioni esistenti nei paesi UE. Per la sua attuazione, la normativa comunitaria ha richiesto la definizione in ogni Stato membro di un Repertorio Nazionale delle qualificazioni per la riconoscibilità e l'integrazione dei diversi sistemi nazionali, in funzione della costituzione di uno spazio europeo dell'apprendimento e dello scambio di competenze.

Per la realizzazione del Repertorio di settore si è reso necessario effettuare preventivamente la mappatura dei profili professionali esistenti all'interno del comparto assicurativo, allo scopo di creare un insieme delle professionalità tipiche come base omogenea e condivisa per la creazione del Repertorio medesimo.

Sulla base di tale attività, e dopo un attento lavoro di razionalizzazione dei risultati dell'indagine, sono stati raccolti nel Manuale:

- 58 profili professionali rappresentativi dell'intero comparto assicurativo, mappati in base ai seguenti criteri: 1) finalità del ruolo; 2) principali responsabilità-attività; 3) profilo di conoscenze e capacità; 4) livello di autonomia; 5) livello EQF (articolato secondo una scala che va dal livello 1, corrispondente al minimo, al livello 8, corrispondente al massimo).
  I profili sono poi stati suddivisi in due sezioni distinte: nella prima sono stati inseriti quelli con forti tipicità assicurative che, proprio in ragione di questa caratteristica, sono strettamente correlati al Repertorio Nazionale delle Qualifiche; nella seconda sezione sono stati invece inseriti i profili mappati ma condivisi con altri settori produttivi che, in quanto tali, non sono correlati al Repertorio;
- la Libreria delle conoscenze relative ai profili professionali, nella quale le conoscenze sono state rappresentate in tassonomie convenzionali; in particolare, per ciascuna di esse è stata inserita una descrizione sintetica con l'evidenziazione dei principali contenuti che la caratterizzano;
- la Libreria delle capacità nella quale, con un procedimento analogo a quello utilizzato per le conoscenze, sono state raccolte le specifiche modalità d'azione comportamentali che facilitano la realizzazione delle attività sulla base di una scala crescente che va dal livello 1 (abilità realizzativa debole/inadeguata) al livello 5 (abilità elevata);
- le sei sequenze di processo tipiche di settore (ideazione e progettazione; distribuzione; assunzione prodotti *taylor-made*; assunzione prodotti standardizzati; gestione; liquidazione sinistri/prestazioni assicurate), suddivise a loro volta in ADA (Aree di Attività) relative a ciascun processo, complete dei Codici ATECO, CP-2011 e ISCO-08 delle singole ADA.

Il Manuale, che è stato presentato alle imprese assicurative nel corso di un workshop tenutosi il 27 giugno 2017, ha rappresentato anche l'occasione per fare il punto della situazione sullo stato della formazione professionale nel nostro Paese e, in particolare, nell'ambito del settore, e sulle sue prospettive di sviluppo alla luce delle dinamiche

del mercato del lavoro e degli orientamenti normativi espressi in sede nazionale e comunitaria.

Dal punto di vista metodologico è stato da più parti sottolineato come il Manuale di certificazione delle qualifiche delle compagnie assicuratrici rappresenti un importante punto di riferimento dal quale le imprese assicuratrici potranno trarre spunto per una gestione più efficiente delle proprie risorse umane, coniugando le esigenze organizzative e di sviluppo del business con quelle di tutela dei lavoratori.

10

LA DISTRIBUZIONE

Nel 2017, nel settore vita, diminuisce lievemente la quota di mercato degli sportelli bancari e postali e degli agenti mentre cresce quella dei consulenti finanziari abilitati e della vendita diretta.
Nel comparto danni il canale agenziale rimane la principale forma di intermediazione pur continuando a diminuire in termini di peso percentuale, favorendo la crescita degli sportelli bancari e postali. I risultati di una nostra analisi condotta sulla base dei dati dell'Associazione Italiana dei Broker (AIBA) mostrano peraltro che i dati delle imprese di assicurazione sottostimano l'importanza di questi intermediari nel comparto danni.

ASSICURAZIONE VITA

Nel 2017, per il secondo anno consecutivo, la raccolta premi del comparto vita è risultata in diminuzione (-3,6%), seppur in modo più contenuto rispetto al 2016 (-11,0%). In particolare, continuano a calare i premi intermediati dagli sportelli bancari e postali e dagli agenti mentre cresce il volume raccolto tramite tutti gli altri canali.

Nel dettaglio, nel 2017 gli sportelli bancari e postali, hanno registrato una diminuzione dei premi contabilizzati pari al -6,0% (-11,8% nel 2016), superiore a quella media di mercato (-3,6%) e per tale ragione, la relativa quota di mercato passa dal 62,9% nel 2016 al 61,3% nel 2017. Rimane comunque positiva la crescita nell'arco temporale dei cinque anni (+4,6%) e gli sportelli bancari e postali si confermano ancora come il principale canale di intermediazione delle polizze vita.

Dopo il brusco arresto (-22,0%) registrato nella raccolta premi del 2016, è risultato in aumento (+3,4%) nel 2017 il volume intermediato dai consulenti finanziari abilitati che recuperano così punti in termini di quota di mercato (da 14,0% a 15,0%) e tornano a essere il secondo canale di vendita delle polizze vita.

Tavola 1 – Analisi dei canali distributivi nel periodo di osservazione 2013-2017 – Rami vita

CANALI	Premi lordi contabilizzati (valori in milioni di euro)					Quota di mercato %					Media	Var. % annua					Var. % media
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	(2013-2017)	2013	2014	2015	2016	2017	(2013-2017)
Sportelli bancari (1)	50.469	68.997	72.929	64.291	60.424	59,3	62,4	63,4	62,9	61,3	***61,9***	49,3	36,7	5,7	-11,8	-6,0	***4,6***
Consulenti finanziari abilitati	14.008	18.066	18.306	14.275	14.759	16,5	16,3	15,9	14,0	15,0	***15,5***	-13,9	29,0	1,3	-22,0	3,4	***1,3***
Agenti	12.274	14.121	14.684	14.668	13.699	14,4	12,8	12,8	14,3	13,9	***13,6***	7,8	15,0	4,0	-0,1	-6,6	***2,8***
Vendita diretta	7.552	8.709	8.434	8.358	8.789	8,9	7,9	7,3	8,2	8,9	***8,2***	1,3	15,3	-3,2	-0,9	5,2	***3,9***
Broker	797	626	594	659	939	0,9	0,6	0,5	0,6	1,0	***0,7***	0,8	-21,5	-5,1	10,9	42,4	***4,2***
TOTALE	85.100	110.518	114.947	102.252	98.610	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	***100,0***	22,1	29,9	4,0	-11,0	-3,6	***3,8***

(1) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali

I premi raccolti dal canale agenziale registrano un calo (-6,6%) superiore alla media di mercato con un effetto negativo sul loro peso percentuale che passa dal 14,3% nel 2016 al 13,9% nel 2017.

La raccolta premi effettuata tramite vendita diretta, che include oltre a internet e telefono anche la vendita tramite gerenze e/o agenzie in economia, ha registrato nel 2017 un aumento (+5,2%) rispetto al 2016 contribuendo all'incremento della quota di mercato che nel 2017 è risultata pari all'8,9% (8,2% nel 2016).

Con un volume premi molto marginale, ma che nel 2017 ha sfiorato un miliardo (in crescita del 42,4%), i broker hanno raccolto l'1% dei premi dell'intero settore vita.

Analizzando la composizione del mercato vita secondo le tipologie di polizze commercializzate (tavole 2 e 3) si nota che, a livello di totale mercato, le polizze di ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana) sono risultate in calo del 14,7% nel 2017 rispetto al 2016 per effetto di una diminuzione nella raccolta fra tutte le principali forme di intermediazione: -16,6% gli sportelli bancari/postali, -17,0% i consulenti finanziari abilitati e -15,0% gli agenti, le cui quote di mercato passano rispettivamente dal 67,4% al 65,9%, dal 7,2% al 7,0% e dal 16,2% al 16,1%. Cala meno della media di mercato la vendita diretta (-1,3%) e per questo vede accresciuta la propria quota di mercato in questo ramo (dall'8,6% nel 2016 al 10,0% nel 2017).

Crescono invece significativamente (+30,1%) le polizze di ramo III (unit e index linked) grazie alla spinta positiva di tutti i canali di vendita. In particolare hanno aumentato il loro peso percentuale gli sportelli bancari e postali (dal 54,4% nel 2016 al 56,9% nel 2017) con un incremento del 36,0% e gli agenti che crescendo del 45,0% vedono il loro peso percentuale passare dal 7,3% all'8,1%.

Per quanto riguarda i premi delle polizze di capitalizzazione (ramo V) si evidenzia nel 2017 una contrazione rispetto al 2016 pari al -7,0%, per effetto del forte calo (-41,0%) dei premi intermediati dagli sportelli bancari e postali che, a causa di tale brusca frenata (la relativa quota di mercato scende al 22,6% dal 35,5% nel 2016), non sono più il primo canale distributivo e vengono superati dalla vendita diretta che, invece, rispetto al 2016 cresce del 9,7% e la cui quota di mercato sale dal 34,7% nel 2016 al 40,9% nel 2017. In crescita anche i premi raccolti in questo ramo da tutti gli altri canali; nel dettaglio i consulenti finanziari abilitati, pur con una quota di mercato di poco superiore all'1%, crescono del 65,0%, seguiti dai broker il cui volume premi aumenta del 28,9% e con un market share del 7,8% (5,6% nel 2016) e, infine, dagli agenti che con una quota mercato del 27,5% nel 2017 (23,5% nel 2016) crescono dell'8,9%.

Per il ramo VI (fondi pensione) si registra una crescita dei premi del 9,8% rispetto al 2016 per effetto di un buon andamento di tutti i canali distributivi. La vendita diretta rimane il primo canale di intermediazione in termini di peso dei premi/contributi (oltre il 40% del totale ramo) e risulta in crescita nel 2017 del 9,7%; aumentano, sia pure meno del mercato, anche i volumi intermediati dagli sportelli bancari e postali

Tavola 2
Composizione % del mercato vita per ramo e canale distributivo

Rami	Agenti	Broker	Sportelli bancari (1)	Consulenti finanziari abilitati	Vendita diretta	Totale
ANNO 2017						
Totale settori						
I - Vita umana	16,1	1,0	65,9	7,0	10,0	100,0
III - Fondi di investimento	8,1	0,1	56,9	32,6	2,2	100,0
IV - Malattia	28,7	43,0	22,6	0,0	5,7	100,0
V - Capitalizzazione	27,5	7,8	22,6	1,3	40,9	100,0
VI - Fondi pensione	16,7	1,6	33,2	7,8	40,7	100,0
Piani ind. pens. (2)	36,1	0,3	30,5	18,3	14,9	100,0
TOTALE RAMI VITA	13,9	1,0	61,3	15,0	8,9	100,0
ANNO 2016						
Totale settori						
I - Vita umana	16,2	0,6	67,4	7,2	8,6	100,0
III - Fondi di investimento	7,3	0,0	54,4	36,8	1,4	100,0
IV - Malattia	26,0	31,8	24,3	0,2	17,7	100,0
V - Capitalizzazione	23,5	5,6	35,5	0,7	34,7	100,0
VI - Fondi pensione	17,3	1,2	33,6	7,1	40,8	100,0
Piani ind. pens. (2)	36,7	0,1	30,6	18,3	14,2	100,0
TOTALE RAMI VITA	14,3	0,6	62,9	14,0	8,2	100,0

Tavola 3
Var. % del mercato vita per ramo e canale distributivo 2017/2016

Rami	Agenti	Broker	Sportelli bancari (1)	Consulenti finanziari abilitati	Vendita diretta	Totale
Totale settori						
I - Vita umana	-15,4	44,1	-16,6	-17,0	-1,3	-14,7
III - Fondi di investimento	45,0	284,3	36,0	15,2	105,3	30,1
IV - Malattia	24,2	52,3	4,9	-93,7	-63,6	13,2
V - Capitalizzazione	8,9	28,9	-41,0	65,0	9,7	-7,0
VI - Fondi pensione	6,0	38,6	8,7	20,1	9,7	9,8
Piani ind. pens. (2)	5,3	112,6	6,9	6,9	12,5	7,3
TOTALE RAMI VITA	-6,6	42,4	-6,0	3,4	5,2	-3,6

(1) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali
(2) I premi relativi ai PIP (contratti ex art. 13, co. 1, lett. b, d.lgs. 252/05) rappresentano un sottoinsieme dei premi relativi a polizze individuali del ramo I - Vita umana e del ramo III - Fondi di investimento

che perciò registrano una lieve flessione nella loro quota di mercato (dal 33,6% nel 2016 al 33,2% nel 2017).

Nel 2017 i premi/contributi delle polizze pensionistiche complementari individuali (PIP) a livello di totale mercato sono cresciuti del 7,3% e vi hanno contribuito tutte le forme di intermediazione. In particolare, gli agenti, principale canale d'intermediazione per queste polizze, crescendo meno della media di ramo (+5,3%) vedono ridursi la quota di mercato (dal 36,7% nel 2016 al 36,1% nel 2017). Gli sportelli bancari e postali per effetto di una crescita (+6,9%) in linea con il totale, mantengono invece invariata la propria quota di mercato (30,5%). In lieve aumento invece il peso della vendita diretta che è passata dal 14,2% al 14,9% per effetto di uno sviluppo (+12,5%) più sostenuto della media del ramo.

ASSICURAZIONE DANNI

Nel 2017, dopo il trend negativo del quinquennio precedente, tornano a crescere (+1,2%) i premi del comparto danni.

Non vi ha contribuito la rete agenziale che, rappresentando il principale canale di raccolta dei premi nei rami danni, è rimasta stazionaria rispetto al 2016 (tavola 4) e che, quindi, vede la propria quota di mercato ridursi, passando dal 77,1% nel 2016 al 76,3% nel 2017 rispetto a una media nel quinquennio pari al 78,3%.

I broker, secondo canale d'intermediazione del settore danni, hanno invece registrato nel 2017 un aumento del volume premi pari al 3,0% superiore alla media di mercato (+1,2%) e quindi registrano una lieve crescita del proprio peso percentuale: dal 9,2% nel 2016 al 9,3% nel 2017.

Si evidenzia inoltre che il peso dei broker è sottostimato, in quanto non tiene conto di una quota importante di premi (stimata in 21,7 punti percentuali) che tali intermediari raccolgono ma che presentano alle agenzie e non direttamente alle imprese. Tenendo conto di questo fenomeno, la raccolta danni intermediata dai broker sarebbe, nel 2017, pari a 10,0 miliardi (3,0 miliardi nelle statistiche ufficiali), con un'incidenza sulla raccolta totale danni del 31,1% (9,3% nelle statistiche ufficiali); conseguentemente la raccolta premi degli agenti sarebbe inferiore, attestandosi a 17,6 miliardi (anziché 24,7 miliardi risultanti dalle statistiche ufficiali) e la relativa incidenza sul totale danni sarebbe del 54,6% (anziché 76,3%). Nel settore auto il peso percentuale dei broker sarebbe nel 2017 pari al 9,1% (4,7% dai dati forniti dalle imprese) e di conseguenza il peso degli agenti si ridurrebbe al 79,4% (83,8% nelle statistiche ufficiali). Ma è significativo, soprattutto, nel settore non auto dove l'incidenza dei broker salirebbe al 52,6% (13,9% nelle statistiche ufficiali) e quella degli agenti scenderebbe al 30,2% (dal 68,9%).

Tavola 4 – Analisi dei canali distributivi nel periodo di osservazione 2013-2017 – Rami danni

CANALI	Premi lordi contabilizzati (valori in milioni di euro)					Quota di mercato %					Media	Var. % annua					Var. % media
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	(2013-2017)	2013 (4)	2014 (4)	2015	2016 (4)	2017	(2013-2017)
Agenti	27.120	26.004	25.147	24.633	24.669	80,5	79,3	78,6	77,1	76,3	***78,3***	-5,4	-4,2	-3,3	-2,7	0,1	**-2,3**
Broker (1)	2.648	2.867	2.694	2.927	3.017	7,9	8,7	8,4	9,2	9,3	***8,7***	-1,6	8,2	-6,0	4,5	3,0	**3,3**
Vendita Diretta	2.663	2.596	2.593	2.570	2.577	7,9 (3)	7,9	8,1	8,0	8,0	***8,0***	-3,3	-2,6	-0,1	-0,9	0,3	**-0,8**
di cui: internet e vendita telefonica	1.603	1.586	1.504	1.407	1.397	4,8 (3)	4,8	4,7	4,4	4,3	***4,6***	2,3	-1,1	-5,2	-6,5	-0,7	**-3,4**
Sportelli Bancari (2)	1.202	1.269	1.497	1.756	1.983	3,6	3,9	4,7	5,5	6,1	***4,8***	7,1	5,5	18,0	17,3	12,9	**13,3**
Consulenti finanziari abilitati	53	64	76	65	92	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	***0,2***	8,5	21,5	18,3	-14,0	39,9	**14,7**
TOTALE	33.687	32.800	32.007	31.954	32.337	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	***100,0***	-4,6	-2,7	-2,4	-1,0	1,2	**-1,0**

(1) L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2017 in 21,7 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese

(2) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali

(3) A seguito dell'uscita di un'impresa nazionale dal portafoglio diretto italiano, avvenuta nel 2013, il cui portafoglio è stato assegnato a una rappresentanza in Italia di un'impresa europea, il dato non è confrontabile con la serie storica. Includendo i dati di tale impresa la quota di mercato della Vendita Diretta sarebbe pari all'8,2% di cui 5,1% quella di internet e telefono

(4) Le variazioni % sono calcolate a perimetro di imprese omogeneo

La stima della quota di premi afferente al canale dei broker viene effettuata da ANIA ricorrendo sia ad alcuni dati disponibili presso AIBA sia utilizzando informazioni aggiuntive raccolte presso i primari broker italiani. In particolare, AIBA non dispone di dati ufficiali circa il volume di premi gestito dai broker ma ne ottiene una stima sulla base dei versamenti effettuati da questi intermediari che obbligatoriamente si devono iscrivere a un particolare Fondo di Garanzia a cui aggiunge una quota di premi derivanti da fee di brokeraggio (non assoggettati al contributo obbligatorio). La stima dei premi gestiti dai broker effettuata da AIBA (pari per il totale settore danni a oltre 12,9 miliardi) risulta superiore a quella di ANIA per effetto, essenzialmente, di una diversa quantificazione dei premi derivanti da fee di brokeraggio e per il fatto che nel volume premi fornito da AIBA si includerebbe anche la raccolta delle imprese UE che sono invece escluse nelle statistiche associative.

Nella tavola 5 si riporta, per completezza, la quota di mercato degli agenti e dei broker a partire dal 2007 dopo aver effettuato le stime sopra descritte. Si nota che negli undici anni analizzati il peso dei broker per il totale danni, è cresciuto di oltre 5 punti percentuali dal 25,8% nel 2007 al 31,1% nel 2017 (meno di due punti percentuali nelle statistiche ufficiali) e che il divario tra i dati ottenuti dalle imprese assicuratrici e quelli stimati da ANIA sui dati AIBA per il totale danni, dopo una crescita continua che era arrivata a quasi 26 punti percentuali nel 2016, si è leggermente ridimensionato ed è sceso a meno di 22 punti percentuali nel 2017.

Tavola 5 – Quota di mercato stimata degli agenti e dei broker

Anno	AUTO				NON AUTO				TOTALE			
	Broker		Agenti		Broker		Agenti		Broker		Agenti	
	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA	% ottenuta dalle imprese assicuratrici	% stimata da ANIA su dati AIBA
2007	2,4	7,5	90,4	85,3	14,0	50,2	76,2	40,0	7,4	25,8	84,3	65,9
2008	2,6	8,3	90,1	84,4	13,9	51,7	75,9	38,1	7,6	27,5	83,8	63,9
2009	3,2	8,7	89,6	84,1	13,8	49,3	75,1	39,6	7,9	27,1	83,0	63,8
2010	3,0	8,7	88,6	82,9	13,5	50,8	74,6	37,3	7,7	27,4	82,4	62,7
2011	3,5	9,9	87,6	81,2	13,0	57,0	74,3	30,3	7,6	30,2	81,8	59,2
2012	3,3	9,8	86,8	80,3	13,3	58,4	73,4	28,3	7,6	30,7	81,0	57,9
2013	3,5	9,8	86,3	80,0	13,3	58,1	73,3	28,5	7,9	31,4	80,5	57,0
2014	3,6	10,8	85,7	78,5	14,7	61,3	71,8	25,2	8,7	34,2	79,3	53,8
2015	3,7	10,9	85,3	78,1	13,6	57,7	71,3	27,2	8,4	33,3	78,6	53,7
2016	4,5	12,2	84,2	76,6	13,9	58,3	69,8	25,5	9,2	35,0	77,1	51,3
2017	4,7	9,1	83,8	79,4	13,9	52,6	68,9	30,2	9,3	31,1	76,3	54,6

Il volume premi raccolto tramite il canale della vendita diretta (che include oltre alla distribuzione tramite il canale internet e telefono anche quella effettuata tramite le Direzioni Generali) nel 2017 è risultato sostanzialmente invariato e anche la relativa quota di mercato è rimasta stabile e pari all'8,0%, in linea con la media dell'ultimo quinquennio. Fa registrare invece una diminuzione (-0,7%) la vendita effettuata esclusivamente tramite internet e telefono il cui peso percentuale con-

tinua progressivamente a decrescere passando dal 4,8% nel 2013 e 2014 al 4,3% nel 2017.

Con un aumento (+12,9%) nel 2017 molto superiore a quello medio di mercato e con una variazione media annua negli ultimi cinque anni del 13,3%, gli sportelli bancari e postali continuano ad acquisire punti percentuali in termini di quota di mercato arrivando al 6,1% nel 2017 dal 3,6% nel 2013.

Rimane molto limitata la quota di mercato afferente ai consulenti finanziari abilitati (0,3% nel 2017).

Nel settore auto (r.c. auto e corpi di veicoli terrestri) calano, sia in termini di variazione di volume premi sia di quota mercato, gli agenti pur confermandosi il principale canale d'intermediazione con una raccolta premi che rappresenta circa l'84% dell'intero comparto. Il calo, infatti, dell'1,3% del volume premi intermediato dagli agenti nel 2017 risulta superiore a quello medio del comparto pari a -0,8% (tavole 6 e 7).

Tavola 6 Composizione % del mercato danni per settore e canale distributivo

Rami	Agenti	Broker (1)	Sportelli bancari (2)	Consulenti finanziari abilitati	Agenzie in economia	ALTRE FORME DI VENDITA DIRETTA		Totale
						Vendita telefonica	Internet	
ANNO 2017								
R.C. Autoveicoli terrestri	85,8	3,1	2,6	0,2	0,4	1,8	6,1	100,0
Corpi di veicoli terrestri	74,1	12,3	3,7	0,1	4,0	1,4	4,4	100,0
Totale Auto	**83,8**	**4,7**	**2,8**	**0,1**	**1,1**	**1,7**	**5,8**	**100,0**
Infortuni e malattia	58,8	13,5	12,3	0,9	13,0	0,6	0,8	100,0
Trasporti (3)	31,1	62,7	0,3	0,0	5,8	0,1	0,1	100,0
Property (4)	74,1	12,0	10,1	0,2	2,0	0,5	1,0	100,0
R.C. Generale	82,1	10,6	4,2	0,1	2,8	0,1	0,1	100,0
Credito e cauzione	71,6	17,5	4,6	0,0	6,3	0,0	0,0	100,0
Totale Non Auto	**68,9**	**13,9**	**9,4**	**0,4**	**6,2**	**0,5**	**0,7**	**100,0**
TOTALE RAMI DANNI	**76,3**	**9,3**	**6,1**	**0,3**	**3,6**	**1,1**	**3,2**	**100,0**
ANNO 2016								
R.C. Autoveicoli terrestri	85,9	3,1	2,6	0,0	0,6	2,2	5,5	100,0
Corpi di veicoli terrestri	75,7	11,8	2,8	0,0	3,2	2,1	4,4	100,0
Totale Auto	**84,2**	**4,5**	**2,7**	**0,0**	**1,0**	**2,2**	**5,3**	**100,0**
Infortuni e malattia	60,7	13,0	11,1	0,9	12,8	0,7	0,8	100,0
Trasporti (3)	29,0	66,6	0,2	0,0	4,0	0,1	0,1	100,0
Property (4)	74,7	12,4	9,0	0,2	2,3	0,6	0,9	100,0
R.C. Generale	82,0	10,2	3,8	0,1	3,6	0,1	0,1	100,0
Credito e cauzione	70,4	17,3	5,2	0,0	7,1	0,0	0,0	100,0
Totale Non Auto	**69,8**	**13,9**	**8,4**	**0,4**	**6,3**	**0,5**	**0,7**	**100,0**
TOTALE RAMI DANNI	**77,1**	**9,2**	**5,5**	**0,2**	**3,6**	**1,4**	**3,0**	**100,0**

(1) L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2017 in 21,7 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese
(2) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali
(3) Il settore Trasporti include: i Corpi Veicoli Ferroviari, i Corpi Veicoli Aerei, i Corpi Veicoli Marittimi, lacustri e fluviali, le Merci Trasportate, la R.C. Aeromobili e la R.C. Veicoli Marittimi
(4) Il settore Property include: l'Incendio e gli Elementi Naturali, gli Altri Danni ai Beni, le Perdite Pecuniarie, la Tutela Legale e l'Assistenza

Tavola 7
Var. % del mercato danni per settore e canale distributivo

ANNO 2017/2016 (1)								
Rami	Agenti	Broker (2)	Sportelli bancari (3)	Consulenti finanziari abilitati	Agenzie in economia	ALTRE FORME DI VENDITA DIRETTA		Totale
						Vendita telefonica	Internet	
R.C. Autoveicoli terrestri	-2,2	-1,9	-3,8	(...)	-29,1	-22,7	8,4	-2,2
Corpi di veicoli terrestri	4,1	11,3	36,6	(...)	32,6	-26,7	5,8	6,3
Totale Auto	-1,3	3,7	3,2	(...)	1,8	-23,3	8,0	-0,8
Infortuni e malattia	2,4	10,3	17,5	3,4	7,2	-8,1	3,3	5,6
Trasporti (4)	5,1	-7,7	11,0	-0,0	41,1	0,8	-1,1	-2,0
Property (5)	2,1	0,2	16,6	11,6	-9,4	-6,2	12,9	3,0
R.C. Generale	1,0	4,5	11,5	3,1	-23,2	1,0	0,6	0,9
Credito e cauzione	0,2	-0,1	-13,2	(...)	-12,8	(...)	(...)	-1,5
Totale Non Auto	1,9	2,8	16,1	4,8	1,4	-6,8	8,5	3,2
TOTALE RAMI DANNI	0,1	3,0	12,9	39,9	1,4	-20,3	8,1	1,2

(1) Le variazioni % sono calcolate a perimetro di imprese omogeneo
(2) L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2017 in 21,7 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese
(3) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali
(4) Il settore Trasporti include: i Corpi Veicoli Ferroviari, i Corpi Veicoli Aerei, i Corpi Veicoli Marittimi, lacustri e fluviali, le Merci Trasportate, la R.C. Aeromobili e la R.C. Veicoli Marittimi
(5) Il settore Property include: l'Incendio e gli Elementi Naturali, gli Altri Danni ai Beni, le Perdite Pecuniarie, la Tutela Legale e l'Assistenza

Nel 2017 la vendita telefonica e internet si sono confermati come il secondo canale d'intermediazione con una quota mercato complessiva del 7,5% stazionaria rispetto a quella del 2016 per l'effetto combinato di un calo (-23,3%) nella vendita telefonica e di un aumento (+8,0%) di quella fatta tramite il canale internet. In aumento (+3,7%) invece la raccolta premi dei broker che crescono lievemente in termini di quota mercato dal 4,5% nel 2016 al 4,7% nel 2017. Stesso andamento si registra per gli sportelli bancari e postali che hanno intermediato nel 2017 un volume premi in crescita del 3,2% rispetto all'anno precedente con una quota di mercato stabile intorno al 2,8%.

DECRETO LEGISLATIVO DI RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA UE 2016/97 (IDD)

È stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 138 del 16 giugno 2018 il decreto legislativo 21 maggio 2018, n. 68, di attuazione della Direttiva (UE) 2016/97 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 gennaio 2016, relativa alla distribuzione assicurativa (IDD). Il decreto entra in vigore a partire dal 1° luglio 2018, e si applica, per quanto riguarda i profili sostanziali (artt. 1 e 2) dal 1° ottobre 2018, conformemente a quanto previsto dalla Direttiva (UE) 2018/411 del Parlamento europeo del Consiglio, che modifica la Direttiva (UE) 2016/97 per quanto riguarda la data di applicazione delle misure di recepimento degli Stati membri.

Il testo del decreto si struttura in 5 articoli:

- art. 1, composto a sua volta, di 67 commi, redatto in forma di novella dell'intero Codice delle assicurazioni private (CAP), con particolare riguardo alla parte relativa al Titolo IX che disciplina la materia dell'intermediazione assicurativa;
- art. 2, comprendente le modifiche da apportare al Testo Unico della Finanza (TUF) e quelle relative alla mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali;
- art. 3, riguardante le disposizioni transitorie concernenti gli adempimenti connessi al Registro degli intermediari;
- art. 4 relativo alle disposizioni transitorie e finali;
- art. 5, sulla nuova disciplina concernente la profilatura della clientela.

Come si evince dalla stessa Relazione illustrativa al decreto di recepimento, *"con tale provvedimento legislativo viene data attuazione ai criteri di delega previsti dalla legge di delegazione europea 2016 (legge n. 163 del 25 ottobre 2017, in vigore dal 21.11.2017), in materia di risoluzione stragiudiziale delle controversie, di organismo di registrazione degli intermediari assicurativi e riassicurativi, di coordinamento delle disposizioni normative e regolamentari in materia di prodotti di investimento al dettaglio e assicurativi pre-assemblati e di modifica dell'impianto sanzionatorio di imprese e distributori".*

Con particolare riguardo all'ambito soggettivo di applicazione della nuova disciplina, l'intervento sul CAP, in coerenza con le previsioni europee, è finalizzato a dare evidenza dell'inclusione delle imprese che esercitino direttamente l'attività di distribuzione.

Pertanto, il nuovo quadro legislativo stabilisce che i requisiti di professionalità e di onorabilità si applicano anche ai dirigenti responsabili dell'attività di distribuzione dell'impresa e ai dipendenti di quest'ultima che partecipano direttamente all'attività di distribuzione; vengono introdotti riferimenti ai requisiti di *governance* delle imprese per garantire il rispetto dei requisiti di professionalità e di onorabilità (adozione, attuazione e riesame di politiche e procedure interne, identificazione di una funzione responsabile dell'attuazione di tali politiche ed eventuale comunicazione del responsabile della funzione a IVASS).

Per i profili concernenti l'iscrizione al Registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi è stato mantenuto l'impianto attualmente recato dal CAP, estendendo, rispetto alle previgenti previsioni, l'obbligo di registrazione anche agli intermediari a titolo accessorio, non esentati. Tali soggetti sono connotati dallo svolgimento di un'attività principale professionale diversa dalla distribuzione, quest'ultima limitata unicamente a prodotti assicurativi complementari rispetto a servizi o prodotti forniti in via principale. Le disposizioni nazionali prevedono, quindi, l'assoggettamento degli accessori alle disposizioni in materia di regole di condotta, all'obbligo di iscrizione previsto per gli altri intermediari in apposita sezione del RUI, nonché la graduazione dei requisiti richiesti per tali soggetti in base all'attività svolta e ai prodotti distribuiti. A tali figure, quando collaborano con le imprese, è inoltre riconosciuto il passaporto comunitario per l'esercizio dell'attività di distribuzione in regime di libera prestazione di servizi o di libero stabilimento in altri Stati membri.

Come previsto anche dalla direttiva, il testo di recepimento individua l'attività accessoria esente dal campo di applicazione delle nuove regole distributive, prevedendo in tal caso che il premio annuale della copertura assicurativa non superi un certo importo – leggermente superiore rispetto a quello previgente – unitamente alla possibilità, prima non prevista, di calcolare il premio pro-rata e per un periodo inferiore all'annualità (tre mesi). Resta fermo che nell'ipotesi di distribuzione tramite *ancillary* esentati, il soggetto – impresa o intermediario principale che se ne avvale – sia responsabile nel garantire l'osservanza degli specifici adempimenti in tema di informativa precontrattuale e trasparenza.

Conformemente alla legge di delegazione europea 2016, viene data attuazione alla costituzione di un Organismo dedicato alla registrazione degli intermediari, posto sotto il controllo IVASS.

Relativamente alle regole di comportamento e all'informativa precontrattuale, il decreto di recepimento ribadisce quanto disposto a livello comunitario.

In particolare, sui conflitti d'interesse è stabilito che il distributore dovrà applicare e mantenere disposizioni organizzative e amministrative efficaci, al fine di evitare che tali conflitti incidano negativamente sugli interessi dei propri clienti. Qualora i presìdi organizzativi e amministrativi adottati non fossero sufficienti per assicurare che sia evitato il rischio di nuocere agli interessi del cliente, il distributore informerà quest'ultimo, della natura o delle fonti di tali conflitti.

Sul fronte della trasparenza remunerativa, il decreto conferma l'importanza della comunicazione al cliente sulla remunerazione dell'attività prestata dall'intermediario o dal dipendente dell'impresa assicurativa. In particolare, è stabilito che il cliente debba essere informato circa la natura del compenso ricevuto, prevedendo inoltre che, nel caso di intermediari che ricevono un compenso corrisposto direttamente dal cliente, l'informazione debba estendersi anche all'importo dell'onorario.

Con riferimento all'informativa precontrattuale vengono introdotti gli obblighi di redazione e consegna:

- della documentazione precontrattuale standardizzata, già prevista dall'IDD (Documento Informativo Precontrattuale);
- di un Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo dedicato alle informazioni eccedenti, per materia o per estensione, il formato "chiuso" dell'*Insurance Product Information Document* (IPID).

L'obbligo di redazione (a cura dell'impresa) e consegna (a cura del distributore) del Documento Informativo Precontrattuale standardizzato viene disposto anche per i prodotti vita non *Insurance Based Investment Products* (IBIPs), mentre si fa rinvio al potere regolamentare dell'IVASS, circa la definizione del formato standardizzato e le modalità di redazione del documento nel caso di contratti di assicurazione con garanzie multirischio (ad esempio PPI).

Al fine di accrescere la tutela del consumatore, il decreto di recepimento, coerentemente con quanto disposto dalla direttiva, prevede una disciplina supplementare in materia di conflitti di interesse, incentivi, valutazione di adeguatezza e appropriatezza del prodotto, più simile a quella contenuta nella Direttiva MiFID II, con esclusivo riferimento ai prodotti di investimento assicurativi (IBIPs). In tale contesto viene stabilito che la vigilanza sulla distribuzione dei prodotti di investimento assicurativi viene esercitata da IVASS, relativamente al collocamento di quei prodotti di investimento assicurativo realizzato da parte delle imprese di assicurazione o per il tramite di agenti e broker, ferma la competenza di CONSOB sul collocamento dei suddetti prodotti da parte di banche, Sim, sportelli postali e intermediari finanziari.

È inoltre prevista l'adozione di un regolamento IVASS, sentita CONSOB, in modo da garantire uniformità alla disciplina applicabile alla vendita dei prodotti di investimento assicurativo a prescindere dal canale distributivo, e far sì che IVASS e CONSOB si accordino sulle modalità di esercizio del potere di vigilanza secondo le rispettive competenze, in modo da ridurre gli oneri a carico dei soggetti vigilati. In particolare, verrà adottato un Protocollo d'Intesa finalizzato a offrire maggiori garanzie al consumatore nell'ottica di un coordinamento operativo tra le due Authority.

La materia dei requisiti in materia di governo e controllo del prodotto (*Product Oversight Governance* (POG) è già oggetto di ampia regolamentazione di dettaglio contenuta nel Regolamento

delegato della Commissione europea n. 2017/2358, che sarà direttamente applicabile a integrazione delle norme del CAP di recepimento della direttiva IDD.

Pertanto, le modifiche al CAP si limitano a recepire le disposizioni di rango primario contenute nella Direttiva IDD, facendo rinvio al necessario rispetto delle disposizioni dell'Unione Europea direttamente applicabili e al potere regolamentare di IVASS per eventuali ulteriori disposizioni di dettaglio.

Al fine di dare attuazione alle disposizioni della direttiva IDD e della legge di delegazione in materia di risoluzione stragiudiziale delle controversie, si prevede un'integrazione del CAP per inserire anche IVASS tra le Autorità competenti in materia di *Alternative Dispute Resolution* (ADR).

Riguardo al sistema sanzionatorio, le nuove disposizioni di recepimento prevedono: la sanzionabilità diretta anche delle persone fisiche (esponenti aziendali e altri soggetti comunque inseriti nell'organizzazione dell'impresa); limiti edittali delle sanzioni pecuniarie più elevati, in stretta aderenza a quanto previsto dalla delega legislativa, e nuovi criteri per la graduazione delle sanzioni; misure di carattere non pecuniario (ad esempio, interdizione temporanea dall'esercizio di funzioni presso le società, applicabile come misura accessoria a quella pecuniaria nei confronti delle persone fisiche per violazioni di particolare gravità).

ANALISI IMPLEMENTATIVA SULLA PRODUCT OVERSIGHT AND GOVERNANCE (POG)

Lo studio sull'analisi implementativa della *Product Oversight and Governance* (POG) è stato realizzato con l'intento di approfondire i nuovi presidi in materia di governo e controllo del prodotto, introdotti dalla Direttiva 2016/97/UE (IDD) in materia di distribuzione assicurativa, che le imprese sono chiamate a elaborare per ideare e collocare sul mercato prodotti assicurativi idonei a soddisfare i bisogni dei consumatori.

Obiettivo dello studio è quello di agevolare il compito delle imprese nella complessa e imminente fase di attuazione delle nuove disposizioni comunitarie in materia di POG previste, oltre che dalla direttiva, dall'apposito Regolamento delegato della Commissione europea n. 2017/2358 e, precedentemente, dalle indicazioni fornite da IVASS con la lettera al mercato del 4 settembre 2017.

Il processo POG coinvolge tutte le fasi del ciclo di vita del prodotto assicurativo, pertanto l'analisi lo esamina in tutta la sua interezza: dalla sua progettazione al collocamento sul mercato attraverso i canali distributivi selezionati dall'impresa, il monitoraggio e il controllo delle attività poste in essere dal produttore e dal distributore fino alla possibile revisione della strategia distributiva adottata, nel caso in cui i presidi di governo e controllo sul prodotto dovessero evidenziare un abbassamento del livello di soddisfazione dei bisogni e delle aspettative della clientela.

Il documento di analisi prevede in premessa una sezione dedicata all'evoluzione normativa della materia sia in ambito comunitario sia nazionale, arricchita da un confronto con le medesime misure adottate dal contiguo comparto finanziario.

Il processo POG è rappresentato attraverso una visione circolare delle diverse fasi che lo caratterizzano. Ha inizio con l'individuazione di un *target market* di riferimento, rappresentato da un gruppo di clienti che a livello astratto e generalizzato condividono caratteristiche comuni e ai quali il produttore deve offrire prodotti che rispondano alle proprie esigenze e richieste. Contestualmente viene individuato il cosiddetto *target market* negativo, cioè le categorie di clienti ai quali il prodotto non potrà essere distribuito.

All'individuazione di un *target* di clientela segue, prima dell'immissione in commercio del prodotto, l'attività di *product testing* che consiste nella verifica fattuale della rispondenza del prodotto alle caratteristiche e agli obiettivi del *target market* individuato. I test da effettuarsi saranno sempre di carattere qualitativo e, all'occorrenza, anche di natura quantitativa, caratterizzati da analisi di scenario particolarmente indicate per i prodotti di investimento assicurativo.

Qualora dall'esito del test dovesse risultare che il prodotto non risponda ai bisogni, agli obiettivi e alle caratteristiche del *target* di clientela, il prodotto non potrà essere commercializzato.

È importante sottolineare che entrambe le fasi sopra descritte (individuazione di un *target market* e *product testing*), sono state declinate per macro-categorie di prodotti assicurativi: auto, danni non auto, vita e prodotti di investimento assicurativi.

Successivamente alle fasi di ideazione e testing, il produttore dovrà selezionare i canali distributivi da lui ritenuti più idonei per il collocamento del prodotto presso la clientela di riferimento. Tale scelta dovrà tenere in particolare evidenza le conoscenze, le esperienze e le competenze necessarie al distributore per comprendere le caratteristiche del prodotto e poterlo offrire nella maniera più adeguata alla clientela individuata.

Al fine di ottimizzare al meglio tale fase del processo, il produttore dovrà pertanto fornire al distributore le informazioni necessarie al fine di:

- comprendere i prodotti assicurativi da distribuire, quali gli elementi e le caratteristiche principali (rischi e costi);
- capire quale mercato di riferimento è stato individuato e quale tipologia di clientela non sia compatibile per caratteristiche, bisogni e obiettivi con quel determinato prodotto;
- identificare qualunque circostanza potenzialmente in grado di causare un conflitto di interessi a discapito della clientela;
- conoscere la strategia distributiva relativa a quel determinato prodotto.

Una volta individuato il canale (o i canali) distributivo ritenuto più adatto, il prodotto può finalmente essere distribuito.

Il processo POG prevede altresì un'attività di monitoraggio da realizzare nella fase post vendita. In tale contesto, il produttore è tenuto a monitorare:

- il corretto collocamento del prodotto effettuato dal distributore;
- la piena rispondenza del prodotto ai bisogni della clientela precedentemente individuata.

Il distributore riveste un ruolo importante in questa fase del processo perché è chiamato a fornire al produttore una serie di informazioni sulle vendite effettuate e sulle eventuali circostanze che potrebbero rivelare che il prodotto assicurativo collocato presso il *target market* non risulti più rispondente agli interessi, obiettivi e caratteristiche della clientela di riferimento.

Il produttore, attraverso i controlli e le informazioni ricevute dal distributore, potrà costantemente verificare il corretto collocamento del prodotto e la relativa rispondenza agli interessi della clientela.

Viceversa, qualora dai controlli effettuati dovessero emergere situazioni suscettibili di arrecare un pregiudizio alla clientela, il produttore dovrà adottare appropriate azioni correttive quali ad esempio: modificare il processo di approvazione del prodotto o il *target market* di riferimento, ovvero lo stesso prodotto fino alla possibilità di offrirne uno nuovo alla clientela, così come decidere di interrompere la commercializzazione dello stesso. Inoltre, nel caso in cui dai controlli effettuati risultasse un collocamento non corretto del prodotto da parte del distributore, il produttore potrebbe intervenire anche adottando in estrema ratio la soluzione di recedere dal rapporto distributivo.

L'analisi implementativa sulla POG si conclude con la sezione dedicata alla *gap analysis*, prevista da IVASS nella sua lettera al mercato di settembre 2017, con la quale l'Istituto intende fornire indicazioni utili a iniziare il processo di adeguamento dei presidi di governo e controllo del prodotto in vista del recepimento della relativa normativa comunitaria. Tale attività consente agli operatori di valutare in concreto, rispetto agli obiettivi finali, le misure da pianificare e adottare nelle diverse fasi del processo al fine di raggiungere la totale *compliance* con quanto recepito dalle norme comunitarie, avendo sempre ben presente l'obiettivo finale di salvaguardare gli interessi degli assicurati.

OSSERVATORIO DELLA DISTRIBUZIONE

Il Cultural Change

Negli ultimi anni gli intermediari assicurativi si sono trovati a dover operare in un mercato in costante evoluzione, nel quale innovazione e liberalizzazioni hanno modificato il panorama concorrenziale. In particolare, le nuove discipline normative, la digitalizzazione e l'avvento delle nuove tecnologie, unitamente al mutato comportamento da parte dei consumatori, pongono nuove sfide e contribuiscono a ridisegnare gli equilibri del mercato della distribuzione assicurativa.

Nell'ambito del recente piano strategico varato dall'Associazione, è stata valorizzata l'importanza dei canali distributivi quali asset strategici delle imprese. Pertanto si è ritenuto, anche nell'ottica di una maggiore tutela del consumatore, di supportarli in questo processo di cambiamento – culturale, normativo e tecnologico – al fine di raggiungere un miglior livello di professionalità a beneficio del servizio offerto al cliente.

La visione di un mercato dove il consumatore diviene soggetto centrale da tutelare costituisce la finalità prioritaria che le nuove direttive in materia di distribuzione assicurativa e finanziaria si prefiggono.

È essenziale che gli attori principali della distribuzione siano in grado, fin da adesso, di anticipare i bisogni dei clienti, comprendendo ed elaborando conseguentemente soluzioni adeguate al soddisfacimento dei loro bisogni. Al contempo, è altrettanto importante per le imprese di assicurazione comprendere i bisogni delle reti distributive unitamente ai mezzi, agli strumenti di supporto e alle azioni da intraprendere al fine di sostenerle in una prospettiva di lungo periodo.

Per questi motivi ANIA ha promosso la costituzione dell'Osservatorio della distribuzione, al quale partecipano le associazioni di categoria dei comparti assicurativo, bancario e finanziario (ABI, ACB, AIBA, AIPB, ANAPA, ANASF, ASSILEA, ASSOFIN, ASSOGESTIONI, ASSORETI, ASSOSIM, FEBAF, SNA e UEA), con la finalità di svolgere un ruolo di riferimento per le reti distributive assicurative e finanziarie, conoscerne il loro stato di salute, i bisogni e le aspettative, approfondendo insieme gli scenari futuri.

L'Osservatorio rappresenta, quindi, un momento di incontro e di cooperazione del mondo assicurativo e della consulenza finanziaria che consentirà al settore di prepararsi adeguatamente al recepimento delle nuove normative e al monitoraggio delle stesse in fase di implementazione.

LA DIRETTIVA MiFID 2014/65/UE E IL NUOVO REGOLAMENTO INTERMEDIARI CONSOB

In data 3 gennaio 2018 è entrata in vigore la nuova direttiva MiFID II (*Markets in Financial Instruments Directive* 2014/65/EU) che, insieme alla MiFIR (*Markets in Financial Instruments Regulation* (regolamento EU n. 600/2014), sostituisce il quadro giuridico già delineato dalla direttiva del 2004 (cd. "MiFID I")

La Direttiva armonizza le regole e le prassi di vigilanza a livello europeo con l'obiettivo di sviluppare un mercato unico dei servizi finanziari, nel quale siano assicurate la trasparenza e la protezione degli investitori. A tal fine, la direttiva rivede e amplia la MiFID I, in materia di prestazione dei servizi di investimento, di tutela degli investitori *retail*, di incentivi e di definizione dei servizi di consulenza indipendente, di adeguatezza dei prodotti finanziari destinati agli investitori, di informative più trasparenti anche sui costi, di requisiti professionali degli intermediari.

Il processo di recepimento nazionale delle disposizioni europee si è concluso, a livello normativo, con l'emanazione del d.lgs. n. 129 del 3 agosto 2017, che ha modificato e integrato il d.lgs. n. 58 del 24 febbraio 1998, recante il Testo Unico delle disposizioni in materia di intermediazione finanziaria (TUF) e, più recentemente, con la delibera CONSOB n. 20307 del 15 febbraio 2018, recante il nuovo Regolamento intermediari, che va ad abrogare la precedente regolamentazione CONSOB adottata con la delibera n. 16190 del 29 ottobre 2007.

Il nuovo Regolamento, che è entrato in vigore dal giorno successivo alla sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (20 febbraio 2018), è stato redatto in base agli esiti delle consultazioni con il mercato avviate nel secondo trimestre del 2017, a cui anche ANIA ha partecipato con un proprio documento.

Il Regolamento contiene in particolare:

- le disposizioni per la tutela degli investitori, inclusi i requisiti di conoscenza e competenza richiesti al personale degli intermediari deputati a fornire informazioni o a offrire servizi di consulenza alla clientela;
- la nuova disciplina dell'attività dei consulenti finanziari, i nuovi poteri di vigilanza e sanzionatori in capo all'Organismo di vigilanza e tenuta dell'albo unico dei consulenti finanziari (OCF);
- le procedure di autorizzazione delle Sim, l'ingresso in Italia delle imprese di investimento UE ed extra-UE e la disciplina di derivazione MiFID II applicabile ai gestori.

Il Regolamento ha confermato l'applicazione delle regole di condotta previste dalla normativa europea, incluse quelle dettate in materia di POG, redatte al fine di tutelare gli investitori sin dalla fase di design del prodotto e rivolte distintamente ai produttori e ai distributori, ciascuno per i rispettivi ruoli di competenza.

La parte del nuovo regolamento che riguarda più da vicino il settore assicurativo è rappresentata dal Libro IX recante la "Realizzazione, offerta e consulenza di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione", che ai sensi dell'art. 25-ter, comma 2, del TUF, individua la disciplina applicabile alle imprese di assicurazione e ai soggetti abilitati all'intermediazione assicurativa nell'attività di realizzazione, offerta e consulenza avente ad oggetto i prodotti finanziari di cui ai rami vita III e V.

In particolare, l'art. 132 estende alla distribuzione di prodotti di ramo III e V alcune disposizioni di derivazione MiFID II in materia di adeguatezza e appropriatezza, incentivi, rendicontazione, *product governance*, procedure interne, promozione e collocamento di prodotti a distanza.

Il quadro normativo è in via di ulteriore definizione con l'imminente entrata in vigore del decreto legislativo di recepimento della direttiva IDD, che apporta modifiche alle norme sul riparto delle competenze tra IVASS e CONSOB nell'ambito della vigilanza sul collocamento dei prodotti di investimento assicurativi.

Il decreto di recepimento stabilisce, infatti, che i poteri di vigilanza in relazione alla distribuzione di prodotti di investimento di ramo III e V – ai quali vanno ormai aggiunti anche quelli di ramo I – collocati direttamente da imprese di assicurazione o per il tramite di agenti, broker e relativi collaboratori, saranno esercitati da IVASS.

CONSOB sarà invece chiamata a regolamentare il collocamento dei suddetti prodotti da parte di banche, Sim, sportelli postali e intermediari finanziari, sentito IVASS e applicando le regole stabilite dal Codice delle assicurazioni private (CAP), così come modificato dal suddetto decreto legislativo di recepimento della direttiva IDD.

L'Istituto di vigilanza, al fine di garantire una disciplina uniforme al collocamento dei prodotti d'investimento, dovrà coordinarsi con CONSOB quanto al contenuto degli emanandi regolamenti di attuazione previsti dallo stesso decreto legislativo di recepimento. Tale coordinamento operativo tra le due Autorità di vigilanza sarà definito attraverso un protocollo di intesa al fine di assicurare l'applicazione di una disciplina che favorisca maggiori garanzie a tutela del consumatore.

FONDO PENSIONE AGENTI

Consolidamento della gestione ordinaria del Fondo

Nel corso dell'ultimo esercizio l'attività del Consiglio di Amministrazione (CdA) – che ha ripreso la gestione ordinaria del Fondo dopo il periodo di Commissariamento – si è rivolta principalmente a: verifica della completa attuazione del Piano di riequilibrio adottato da COVIP; conseguente monitoraggio dell'equilibrio tecnico; modifiche da apportare allo Statuto volte a favorire nuove adesioni; revisione complessiva della struttura e della *governance* del Fondo.

Il Bilancio tecnico al 31 dicembre 2017 ha attestato la tenuta del Piano di riequilibrio di COVIP evidenziando un saldo tecnico positivo pari a 90,9 milioni di euro, al netto dell'accantonamento delle attività supplementari di cui debbono dotarsi tutti i fondi pensione.

Tale risultato è stato conseguito in virtù dei rendimenti realizzati e della mancata ipotesi – pur prevista nel Piano di riequilibrio – del trasferimento volontario di una quota (circa il 27,5%) degli iscritti contribuenti nel corso del primo anno di attuazione del Piano stesso. A tale riguardo, si segnala infatti che il 98% degli aderenti ha rinnovato la fiducia al Fondo confermando l'iscrizione per l'anno 2017, versando il relativo contributo.

Relativamente alle attività poste in essere per favorire nuove iscrizioni al Fondo Pensione Agenti, il CdA ha studiato la fattibilità giuridica e la sostenibilità tecnica di alcune modifiche da apporre allo Statuto, finalizzate all'eliminazione di specifici vincoli previsti dalla stessa normativa all'atto dell'iscrizione al Fondo.

Sono state pertanto proposte alcune ipotesi di modifica dello Statuto, successivamente sottoposte alla delibera dell'Assemblea dei delegati del Fondo, e infine approvate da COVIP con provvedimento del 1° agosto 2017.

In particolare, tali modifiche riguardano l'eliminazione del vincolo di età dei 50 anni previsto all'atto di iscrizione al Fondo, per tenere conto del progressivo aumento dell'età pensionabile. Tutti coloro che all'atto di iscrizione al Fondo Pensione Agenti abbiano compiuto i 50 anni avranno l'onere di regolarizzare, con versamento a loro totale carico, gli anni di attività agenziale pregressa, al fine di poter acquisire il minimo contributivo al raggiungimento dell'età pensionabile, pari a 15 anni.

Sempre con l'intento di favorire le nuove adesioni, è stata abrogata la previsione relativa all'obbligo di versamento, al momento dell'iscrizione, della contribuzione riferita ai periodi di attività pregressa in linea con le previsioni recate dal d.lgs. 252/2002, concernente la disciplina delle forme pensionistiche complementari, che definiscono l'adesione a un fondo pensione "libera e volontaria".

Infine, si segnala che il CdA, per allinearsi alle *best practice* di mercato, ha effettuato un'approfondita *due diligence* finalizzata a formulare un giudizio complessivo sulla conformità dell'ordinamento interno del Fondo alla normativa di settore, sia sul livello di adeguatezza delle principali procedure e dei presidi di controllo sia sull'attività di *assessment* delle competenze della struttura organizzativa.

LO SVILUPPO DELLA BANCASSICURAZIONE

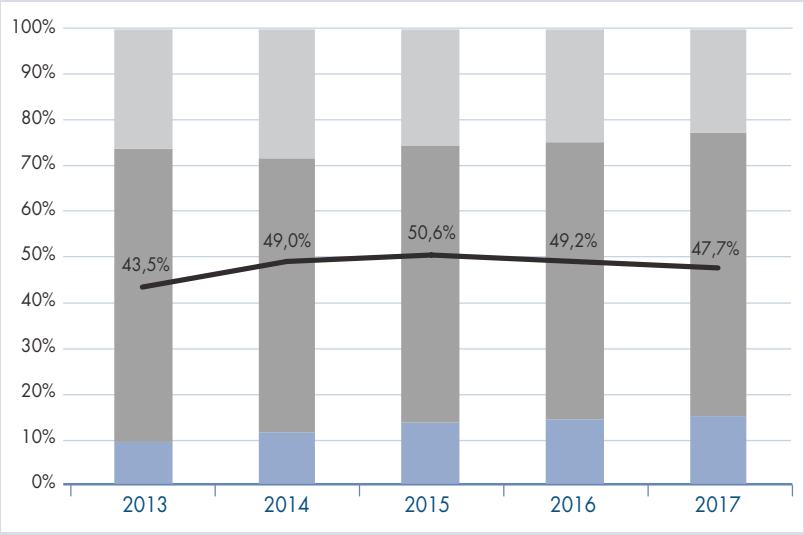
La bancassicurazione, sviluppatasi in Europa a partire dal 1980, è oggi anche in Italia, come in molti paesi europei, il principale modello distributivo nell'ambito delle assicurazioni sulla vita e con prospettive di crescita nelle assicurazioni contro i danni, dove nel nostro

Paese registra ancora livelli contenuti. In paesi come Francia, Spagna e Italia, caratterizzati, quando il modello prese piede, da un tasso di penetrazione assicurativa nell'ambito del risparmio gestito relativamente basso, l'incidenza della raccolta assicurativa tramite sportelli bancari e postali è cresciuta rapidamente e registra oggi una prevalenza consolidata. In altre realtà europee, anche di primaria importanza, come quella tedesca e quella britannica, dove invece erano già sviluppati altri canali distributivi, il fenomeno ha osservato una crescita più moderata.

Sul mercato esistono diversi modelli di bancassicurazione, che possono connotarsi in modo diverso in funzione di contenuti quali la durata dell'accordo distributivo, i rapporti partecipativi tra i partner coinvolti, le modalità di remunerazione della rete distributiva, i prodotti assicurativi interessati, l'esclusiva o meno della partnership, le attività di collaborazione sul *product design* o sull'individuazione del *target market*. Non risulta quindi immediato ricondurre le differenti partnership in essere a classi del tutto omogenee. Tuttavia, assumendo alcune approssimazioni, si è ritenuto utile effettuare un'analisi degli accordi esistenti e, su tali basi, raggruppare i modelli in uso nelle seguenti macro-tipologie:

- ***joint venture***: si tratta di società compartecipate da un'impresa di assicurazione e dall'istituto bancario partner, dove il controllo della società può essere in capo all'uno o all'altro soggetto. In astratto, sono possibili *joint venture* di imprese assicurative con diversi partner bancari, così come singoli gruppi bancari possono avere *joint venture* con più partner assicurativi. In questa tipologia di accordo, l'impresa di assicurazione è essenzialmente un fornitore di capitale nella società compartecipata e di servizi assicurativi tecnico-operativi;
- ***captive***: è un modello che prevede il controllo totale o parziale del soggetto bancario, per il quale l'impresa di assicurazione è la "fabbrica" dei prodotti assicurativi distribuiti e una delle unità di business del gruppo. Il modello è quindi caratterizzato dalla forte integrazione tra distributore e produttore, e può comportare, all'interno del raggruppamento industriale, forme di *transfer pricing* tra le diverse unità;
- **altro tipo di accordo distributivo**: si intende, ai fini del presente approfondimento, qualsiasi altro tipo di accordo commerciale tra banca e impresa di assicurazione, valido per un determinato numero di anni e a determinate condizioni, mediante il quale l'impresa mette a disposizione dell'intermediario bancario – o di più intermediari – uno o più prodotti assicurativi per finalità distributive; tale accordo può prevedere anche forme

Figura 1
Quota dei premi vita e danni distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)



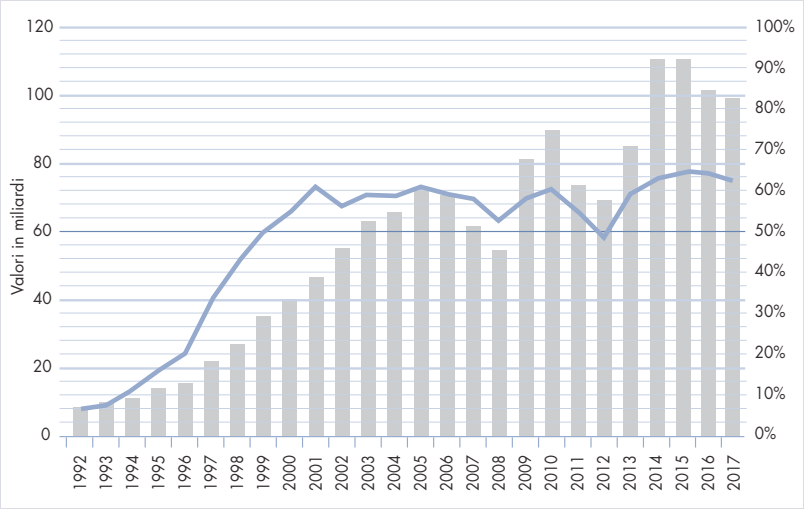
di collaborazione che riguardino aspetti diversi dalla remunerazione della rete, e può essere realizzato senza avere necessariamente carattere di esclusiva o obiettivi di raccolta, contemplando una partecipazione della banca al capitale dell'impresa assicurativa.

Come evidenziato dalla figura 1, in Italia la leadership tra i diversi modelli descritti in termini di volumi raccolti (vita e danni) appartiene almeno negli ultimi anni al modello *captive*, attuato da alcuni dei maggiori player bancari e postali. Nel 2017 i premi vita e danni complessivi distribuiti attraverso il canale bancario e postale sono stati 62,4 miliardi, quasi la metà del totale dei premi raccolti, confermando sostanzialmente l'incidenza sui premi complessivi già registrata negli ultimi anni.

L'evoluzione della bancassicurazione nel settore vita

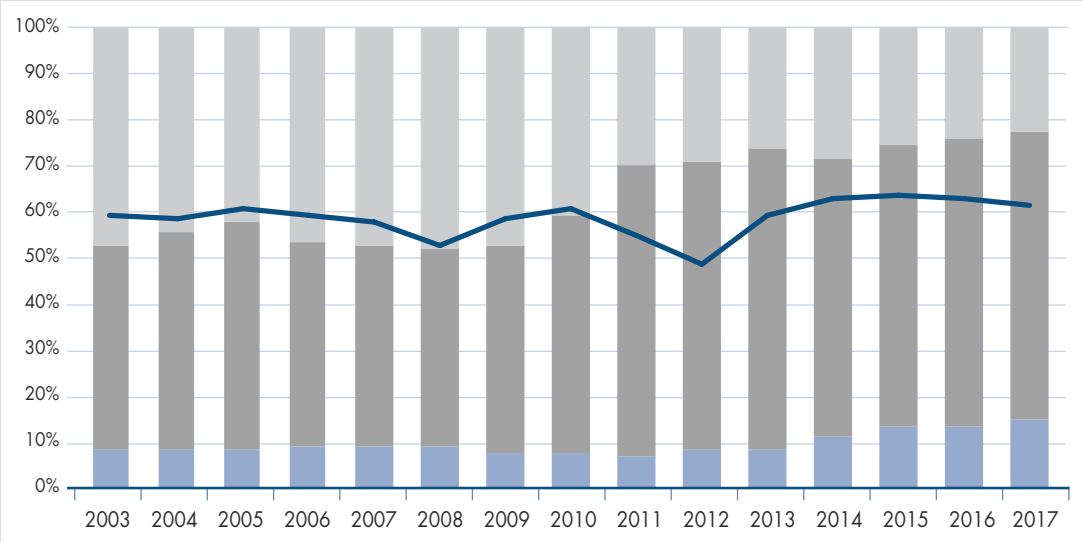
In Italia, la quota della raccolta vita mediante sportelli bancari e postali ha iniziato ad assumere un ruolo di rilievo alla fine del secolo scorso, quando da percentuali intorno al 10% nei primi anni successivi al 1990 si è arrivati a superare stabilmente il 50% a partire dal 2000, e il 60% negli ultimi anni (figura 2). La crescita delle forme assicurative quale strumento di risparmio da parte delle famiglie si può quindi ascrivere allo sviluppo del modello bancassicurativo, pur in presenza di incrementi significativi di volumi della raccolta anche da parte degli altri canali.

Figura 2
Premi vita (mld, scala di sinistra) e quota distribuita dai canali bancari e postali (% scala di destra)



Restringendo ora l'analisi nel periodo degli ultimi 15 anni, si nota come nel 2003 (figura 3) circa il 45% dei premi vita distribuiti tramite il canale bancario e postale facesse riferimento al modello *captive*. Nel tempo la quota è gradualmente cresciuta, pur con qualche oscillazione, fino al 61,0% (45 miliardi) della raccolta nel 2015 di premi vita distribuita dal canale bancario e postale, pari complessivamente a 73 miliardi. Nel 2017 la quota percentuale della raccolta premi afferente al modello *captive* è ulteriormente cresciuta al 63,0% (38 miliardi) della raccolta di premi vita distribuita dal canale, pari complessivamente a oltre 60 miliardi.

Figura 3
Quota dei premi vita distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)

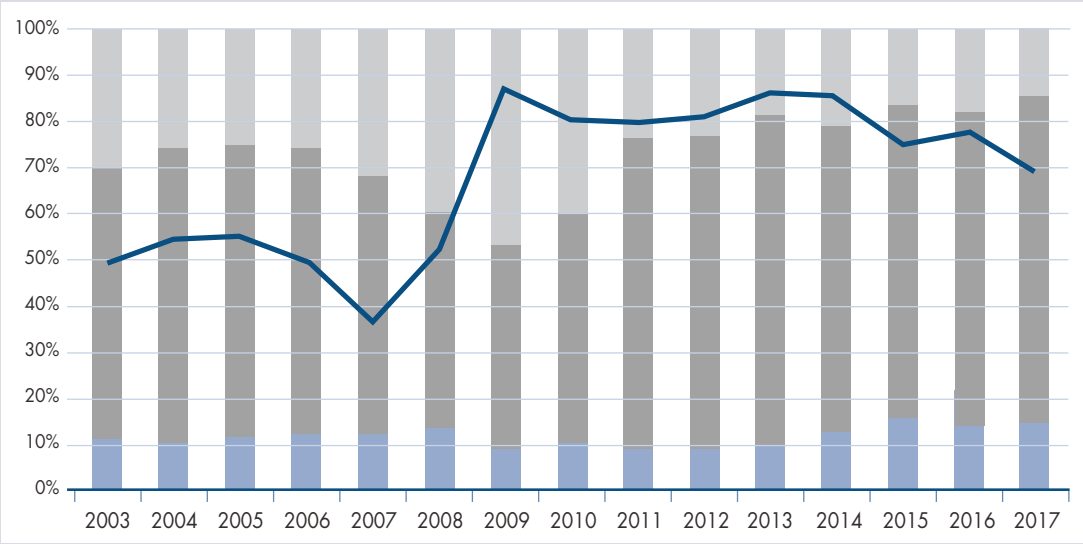


Il modello *joint venture*, che fino a qualche anno fa contendeva al modello *captive* la quota maggiore di raccolta assicurativa vita, negli ultimi anni (a partire dal 2010-2011) ha registrato una diminuzione della sua incidenza, ridotta nel 2017 a circa un quinto della raccolta mediante canali bancari e postali, per un volume pari a quasi 14 miliardi.

Gli accordi commerciali diversi dalla *joint venture* e dal modello *captive*, pur avendo nel settore assicurativo una significativa diffusione in termini di numerosità, hanno sempre registrato una quota di mercato contenuta, che ha oscillato nel corso degli anni intorno al 10%, raggiungendo nel 2017 la massima incidenza, pari al 14,5% della raccolta del canale bancario e postale, equivalente a quasi 9 miliardi.

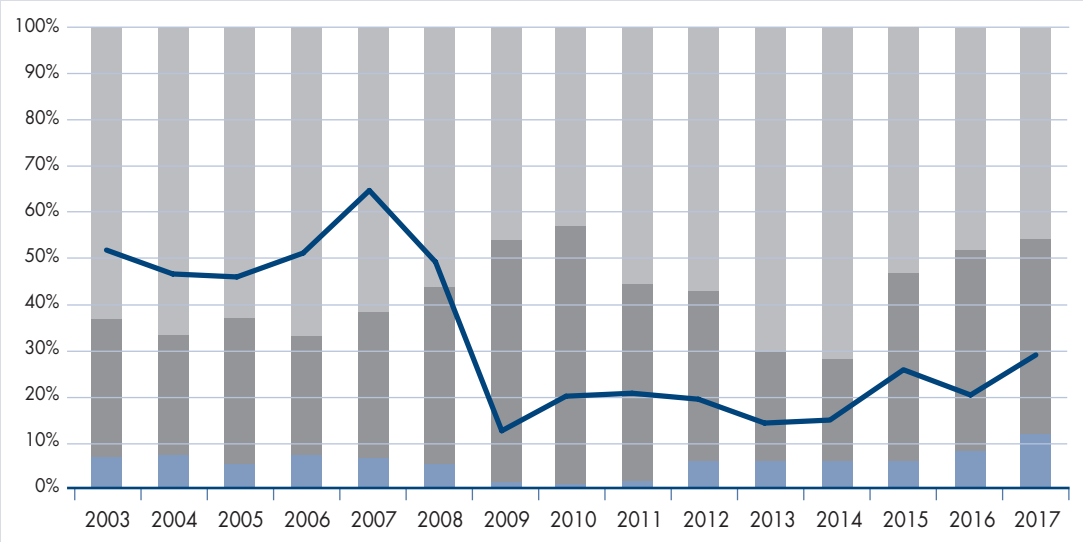
Analizzando la stessa serie storica per i premi dei rami I e V, costituiti essenzialmente da polizze di risparmio assicurativo con partecipazione agli utili di una gestione separata e rendimento minimo garantito, la suddivisione della raccolta in funzione della tipologia di accordo denota una prevalenza ancora più marcata per le imprese *captive*, che sono passate da una quota vicina a metà della raccolta nel primo decennio del 2000 a una quota superiore ai due terzi nel 2017 (figura 4), sfiorando i 30 miliardi.

Figura 4
Quota dei premi di ramo I e V sul totale dei premi vita distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)



Il risultato della stessa analisi con riferimento ai premi di ramo III (figura 5) mostra invece come – a parte anni particolari caratterizzati da crisi dei mercati finanziari, che hanno allontanato i risparmiatori dai prodotti finanziari, anche di tipo assicurativo – la raccolta mediante *joint venture* abbia registrato la quota preponderante, anche se nel 2017 essa si è ridotta a circa il 45% dei premi, pari a quasi 8 miliardi.

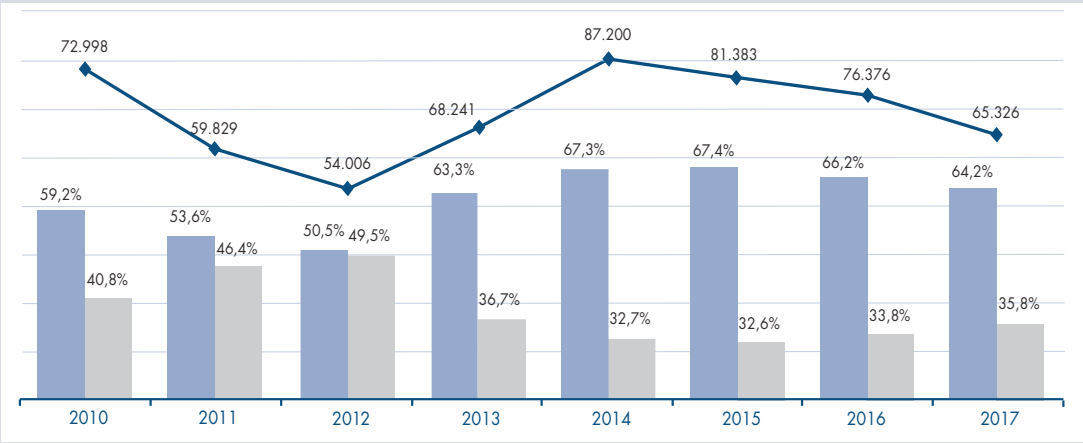
Figura 5
Quota dei premi di ramo III sul totale dei premi vita distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)



L'andamento recente della bancassicurazione vita

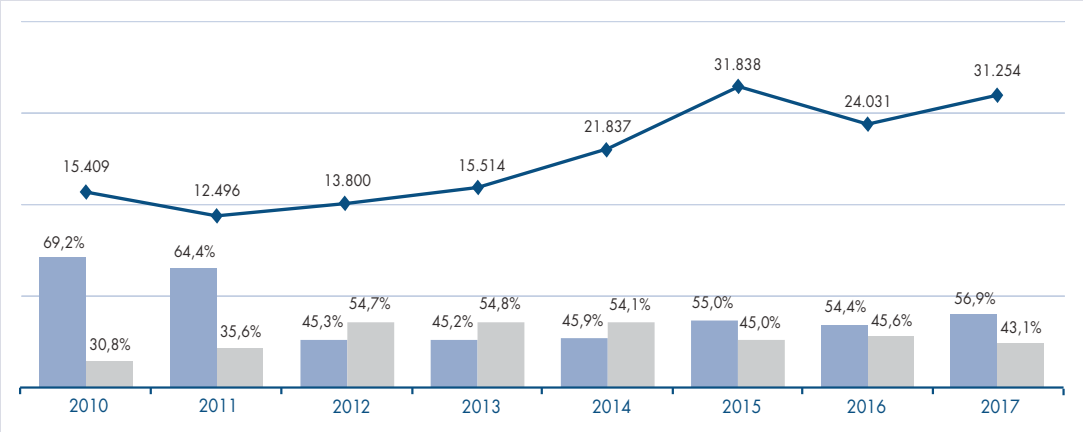
Focalizzando l'analisi dello sviluppo della bancassicurazione nell'ambito delle assicurazioni sulla vita a partire dal 2010, si conferma la prevalenza del modello bancassicurativo rispetto agli altri canali nella distribuzione di prodotti assicurativi tradizionali (ramo I e V) (figura 6), i cui premi sono stati intermediati nel 2017 per quasi due terzi del totale da canali bancari e postali.

Figura 6
Sviluppo dei premi vita di ramo I e V distinti tra sportelli bancari e postali e altri canali
Importi in milioni



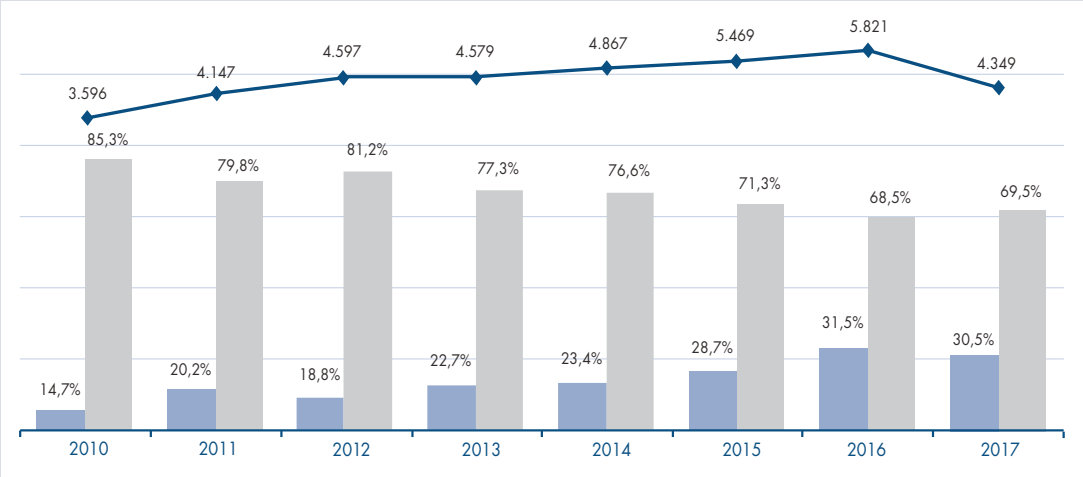
Riguardo al ramo III, a fronte di una raccolta complessiva tendenzialmente crescente in valore assoluto, la quota di premi intermediata dagli sportelli bancari e postali si attesta su valori leggermente inferiori rispetto all'incidenza dei prodotti tradizionali e pari, nel 2017, a poco meno del 60%. Si tratta di un'incidenza che è rimasta sostanzialmente stabile negli ultimi anni (a partire dal 2012) e che è oscillata appunto tra il 55% il 57%.

Figura 7
Sviluppo dei premi vita di ramo III distinti tra sportelli bancari e postali e altri canali
Importi in milioni



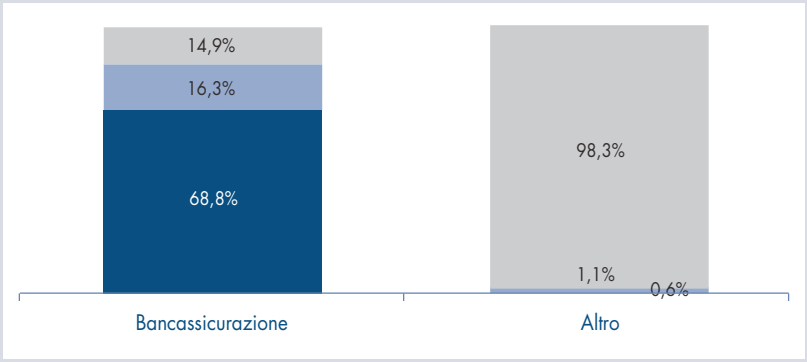
Limitatamente ai prodotti previdenziali (PIP e fondi pensione aperti), che costituiscono una quota contenuta della raccolta vita totale, l'incidenza dei premi intermediati dagli sportelli bancari e postali, in graduale crescita, è ancora nettamente inferiore a quella degli altri canali, che sfiorano nel 2017 il 70% del totale (figura 8).

Figura 8
Sviluppo dei premi vita relativi a prodotti previdenziali distinti tra sportelli bancari e postali e altri canali
Importi in milioni



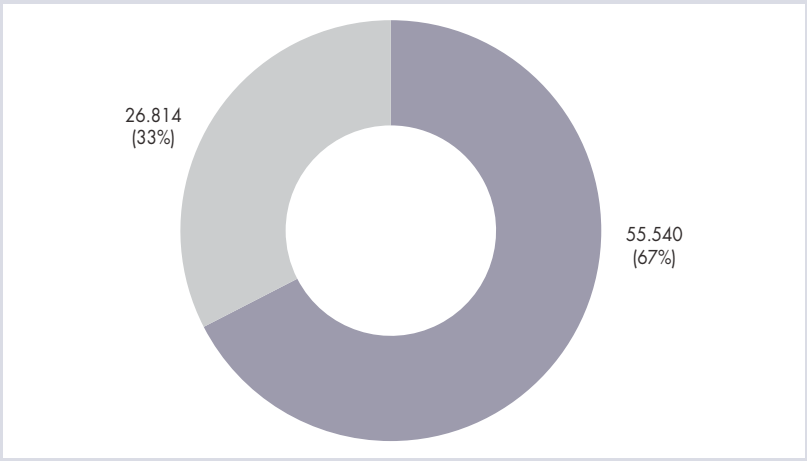
Con riferimento al solo anno 2017, l'analisi del grado di concentrazione nel mercato vita relativamente alle sole imprese classificate in base ai premi raccolti mediante canali bancari e postali, vede le prime cinque imprese del settore detenere una quota dei premi totali pari al 68,8%, le imprese che ricoprono dalla sesta alla decima posizione detenere il 16,3% e le altre imprese il 14,9% (figura 9). Le stesse imprese, in termini di raccolta premi attraverso altri canali, rappresentano rispettivamente lo 0,6%, l'1,1% e il 98,3% del mercato, denotando quindi il fatto che le principali imprese in termini di raccolta mediante canali bancari e postali si avvalgono quasi esclusivamente degli stessi canali.

Figura 9
Market share 2017 delle imprese in base ai premi vita raccolti mediante canali di bancassicurazione e altri canali



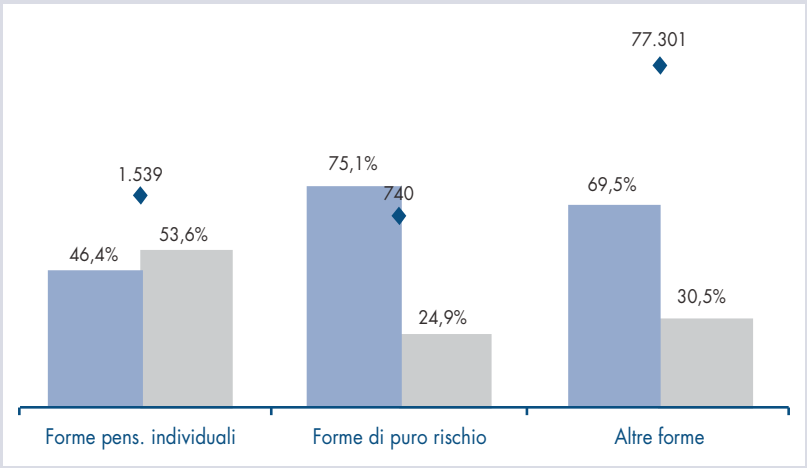
Analizzando il trend della nuova produzione per l'anno 2017 (figure 10-12), alla distribuzione mediante canali bancari e postali corrispondono 55,5 degli 82,4 miliardi di nuovi premi raccolti nei rami vita (polizze individuali e collettive), con un'incidenza pari a circa il 67% (figura 10).

Figura 10
Nuova produzione vita 2017 polizze individuali e collettive distinta tra sportelli bancari e postali e altri canali
Importi in milioni



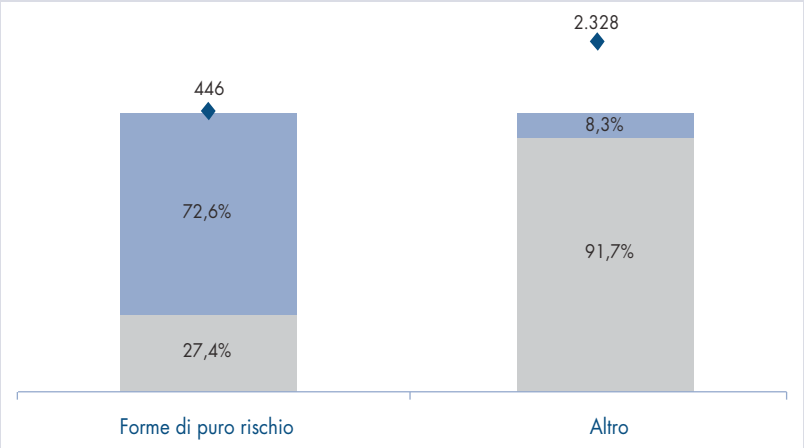
Tale prevalenza è riflessa sia nell'ambito dei prodotti assicurativi d'investimento sia nelle forme di puro rischio mentre, come già evidenziato in precedenza, nella distribuzione dei prodotti previdenziali individuali la quota afferente ai canali bancari e postali risulta minoritaria rispetto ad altre reti (figura 11, dove gli importi della raccolta premi sono riportati in scala logaritmica).

Figura 11
Nuova produzione vita 2017 polizze individuali distinta tra prodotti di puro rischio, previdenziali e altri prodotti nonché tra sportelli bancari e postali e altri canali
Importi in milioni



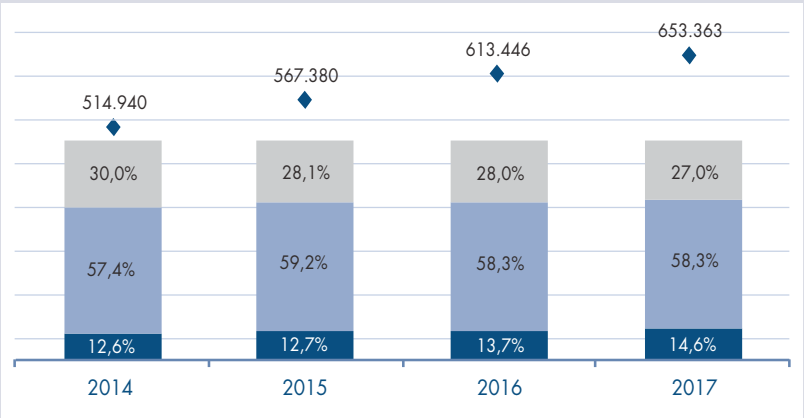
Riguardo alle polizze collettive, invece, i dati evidenziano come la distribuzione mediante reti bancarie e postali si attesti su livelli decisamente contenuti per tutti i prodotti diversi dalle forme di puro rischio, con un'incidenza ferma a circa l'8% del totale (figura 12).

Figura 12
Nuova produzione vita 2017 relativa a polizze collettive distinta tra prodotti di puro rischio e altri prodotti nonché tra sportelli bancari e postali e altri canali
Importi in milioni



Relativamente alle riserve, la quota relativa ai contratti collocati mediante reti bancarie e postali è nettamente prevalente, con oltre 380 dei 653 miliardi dell'intero settore vita (figura 13), pari al 58%. Alla raccolta dei consulenti finanziari corrisponde una quota di riserve pari al 15% mentre agli altri canali, costituiti per lo più dalle reti agenziali, fa riferimento il 27% delle riserve totali.

Figura 13
Riserve relative a contratti distinti per canale distributivo
Importi in milioni



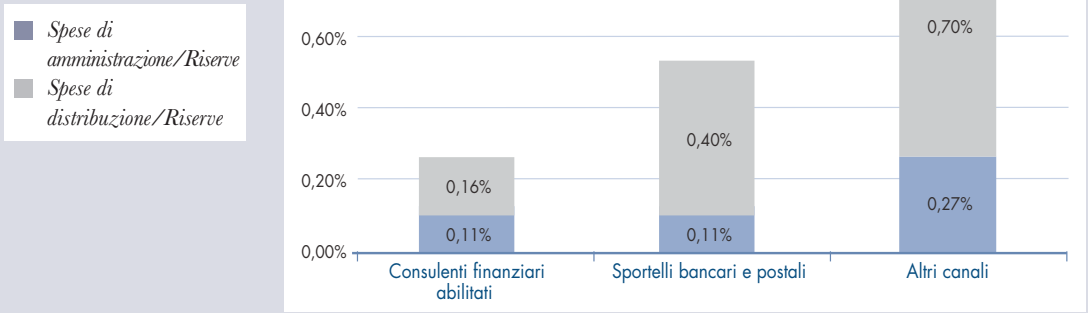
Rapportando le spese di amministrazione che le imprese hanno sostenuto nel 2017 alle riserve, in modo da misurare l'incidenza delle spese gestionali rispetto a un'approssimazione degli attivi gestiti, come da prassi in uso nell'industria del risparmio gestito, risulta evidente come il valore medio dell'indice si distribuisca in maniera diversificata, presentando l'incidenza minima in corrispondenza della rete degli sportelli bancari e postali,

valori intermedi in relazione ai consulenti finanziari e l'incidenza maggiore con riferimento ai canali assicurativi tradizionali, che rappresentano la quasi totalità degli altri canali (figura 14).

Si sottolinea, comunque, che il dato è di natura contabile e può essere influenzato dal differente assetto distributivo, nonché dalle diverse politiche organizzative, dalla tipologia e quantità di prodotti venduti, dalle politiche di investimento e dalle scelte di rappresentazione delle voci di bilancio da parte delle imprese.

L'analogo rapporto tra spese di distribuzione e riserve mostra i valori minimi avuto riguardo alla rete dei consulenti finanziari e a quella degli sportelli bancari e postali, e l'incidenza più elevata in corrispondenza degli altri canali, costituiti in gran parte dai canali assicurativi tradizionali.

Figura 14
Spese di amministrazione e di distribuzione su riserve 2017 distinte per canale

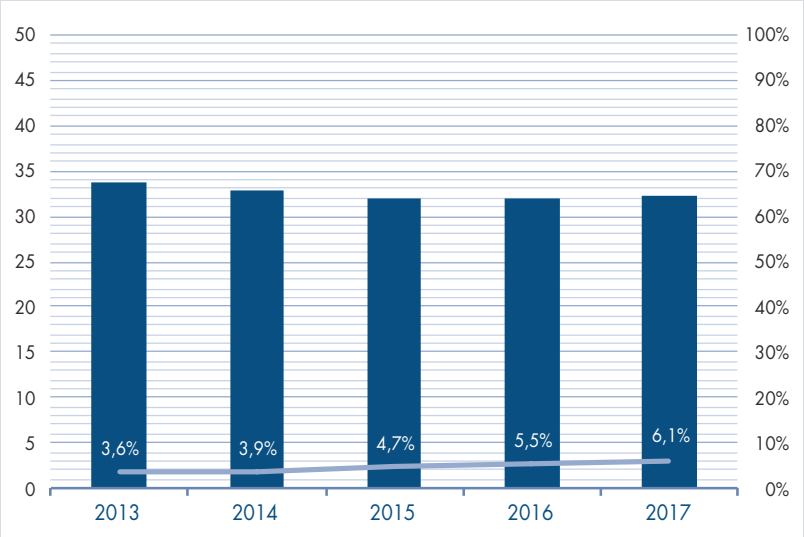


Nel 2017, rispetto al totale delle spese di amministrazione e di distribuzione, si ha l'incidenza più bassa delle spese sostenute rispetto alle riserve in corrispondenza dei volumi intermediati dalla rete dei consulenti finanziari, valori leggermente più alti si registrano in relazione ai canali bancari e postali, mentre nettamente più elevato è l'indicatore medio relativo agli altri canali.

L'evoluzione della bancassicurazione nel settore danni

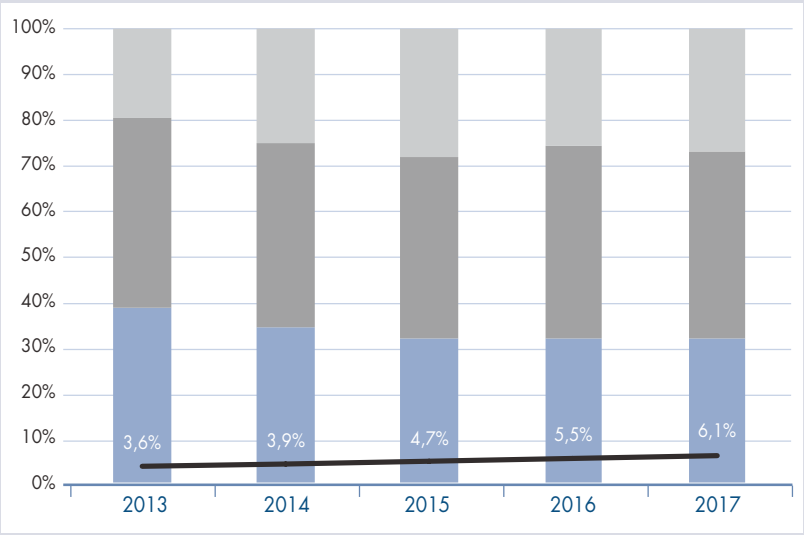
Il modello di bancassicurazione nel settore danni ha iniziato a svilupparsi in maniera graduale e più recente rispetto all'ambito delle assicurazioni sulla vita e registra ancora un'incidenza contenuta rispetto agli altri canali distributivi (agenti, broker, vendita diretta, consulenti finanziari). Tuttavia, dal 2013 ad oggi la quota della raccolta di premi danni mediante sportelli bancari e postali rispetto alla raccolta complessiva di premi danni è passata dal 3,6% al 6,1% (figura 15), con un incremento del 65%. In valori assoluti, per il 2017, i premi danni raccolti mediante canali bancari e postali hanno raggiunto quasi 2,0 miliardi, su un totale di 32,3 miliardi.

Figura 15
Premi danni dal 2013 (mld, scala di sinistra) e quota distribuita dai canali bancari e postali (%, scala di destra)



Come evidenziato dalla figura 16, in Italia tra i diversi modelli di bancassicurazione prevale anche nell'ambito delle assicurazioni danni il modello *captive*, al quale, dal 2013 al 2017, fa riferimento una quota della raccolta premi che oscilla dal 40% al 42% dell'intera raccolta attraverso il canale bancario e postale. In particolare, nel 2017 la quota della raccolta premi afferente al modello *captive* si è attestata al 41% (per 809 milioni) della raccolta danni distribuita dal canale bancario e postale. Nel periodo osservato la quota della raccolta premi afferente al modello *joint venture* è cresciuta, passando dal 20% al 27% (attestandosi nel 2017 a 543 milioni), a discapito della quota raccolta tramite gli altri tipi di accordi distributivi, che è scesa dal 39% al 32% nel 2017, corrispondente a 632 milioni.

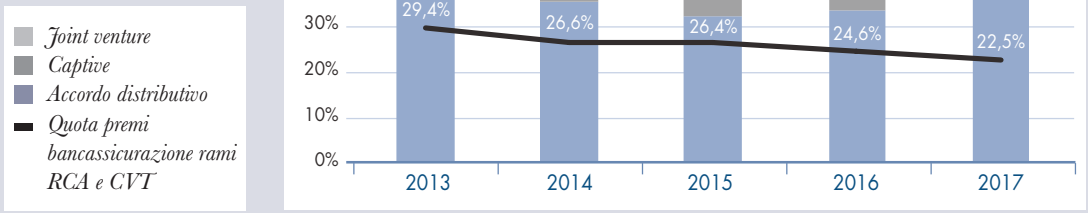
Figura 16
Quota dei premi danni distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)



Nelle figure successive è illustrato l'andamento della raccolta dei premi danni tramite canale bancario e postale nell'ultimo quinquennio, separatamente per i diversi rami e per tipologia di accordo distributivo. Va premesso che i rami trasporti non sono riportati in quanto non registrano premi intermediati da canali bancari e postali.

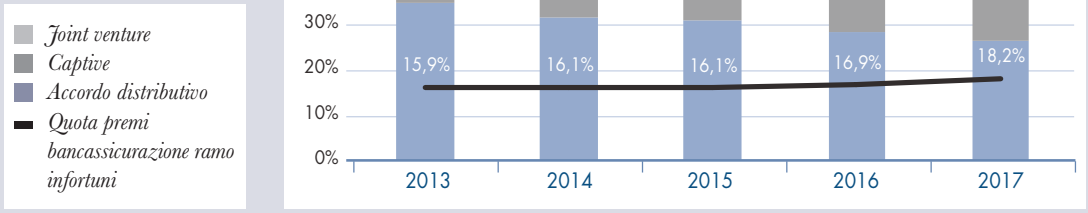
Analizzando i rami di responsabilità civile auto (RCA) e corpi veicoli terrestri (CVT), la suddivisione della raccolta in funzione della tipologia di accordo denota una lieve prevalenza degli accordi commerciali diversi dalla *joint venture* e dal modello *captive*, con una quota del 39,6% nel 2017 (figura 17). Tuttavia, si evidenzia lo sviluppo del modello *joint venture*, la cui raccolta premi è cresciuta dal 16% al 28% della raccolta bancassicurativa totale nel periodo 2013-2017. I premi RCA e CVT sul totale dei premi danni mediante canale bancario e postale hanno perso quota, passando dal 29,4% nel 2013 al 22,5% nel 2017, corrispondente a 337 milioni.

Figura 17
Quota dei premi rami RCA e CVT sul totale dei premi danni distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)



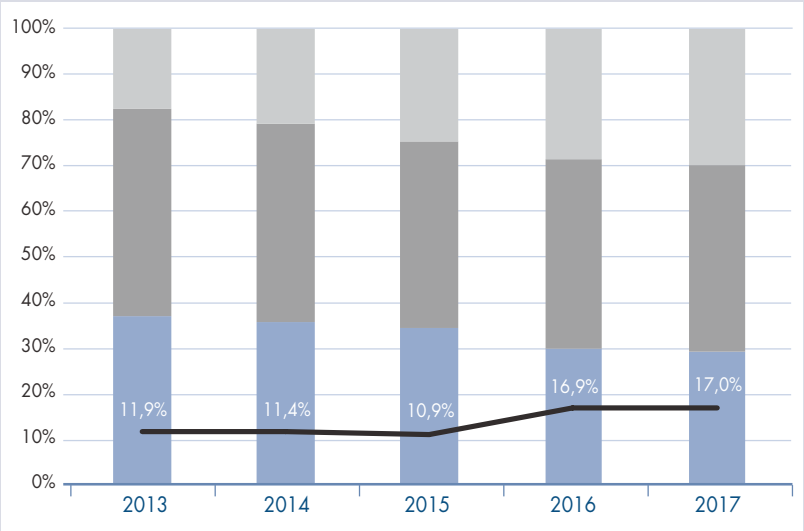
Il risultato dell'analisi con riferimento ai premi del ramo infortuni mostra invece come la raccolta mediante il modello *captive* abbia registrato la quota preponderante, pari, nel 2017, a circa la metà del totale dei premi della bancassicurazione (176 milioni). La quota del ramo infortuni sul totale dei premi raccolti tramite canali bancari e postali, nel periodo di osservazione, è lievemente cresciuta, passando dal 16% al 18% (figura 18).

Figura 18
Quota dei premi ramo infortuni sul totale dei premi danni distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)



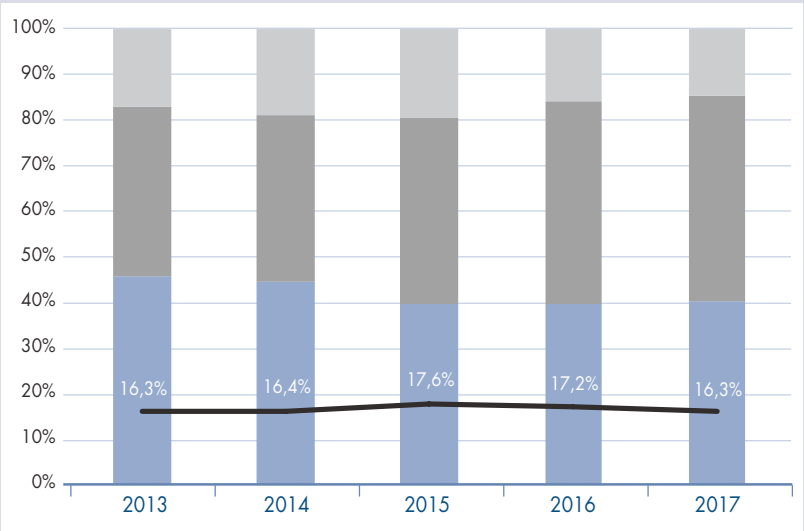
Il ramo malattia (figura 19), come il ramo infortuni, presenta una prevalenza del modello *captive*, che si attesta nel 2017 al 41% della raccolta premi tramite i canali bancari e postali. Nonostante ciò, dal 2013 al 2017 si evidenzia una tendenza alla riduzione della quota relativa al modello *captive* a vantaggio del modello *joint venture*, la cui quota della raccolta complessiva è passata dal 18% al 30% nel periodo osservato. Inoltre, si rileva una crescita significativa del peso del ramo malattia relativamente alla raccolta totale di premi relativi alla bancassicurazione nel comparto danni, che è passata dall'11% del 2015 al 17% del 2017.

Figura 19
Quota dei premi ramo malattia sul totale dei premi danni distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)



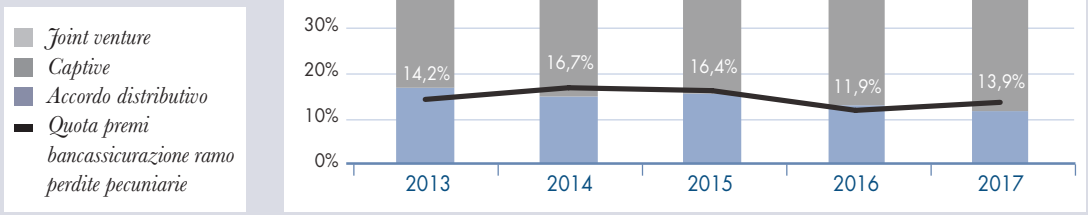
I rami incendio ed altri danni ai beni (figura 20) presentano nel 2017 una prevalenza di tipologie *captive* (45%) e di altri accordi commerciali (41%). In particolare, nell'ultimo anno analizzato, la raccolta premi relativa al modello *captive* ha raggiunto circa 144 milioni. La quota dei premi incendio ed altri danni ai beni sul totale dei premi danni distribuiti tramite canali bancari e postali non ha subito variazioni significative dal 2013 al 2017, oscillando tra il 16% e il 18%.

Figura 20
Quota dei premi rami incendio e altri danni ai beni sul totale dei premi danni distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)



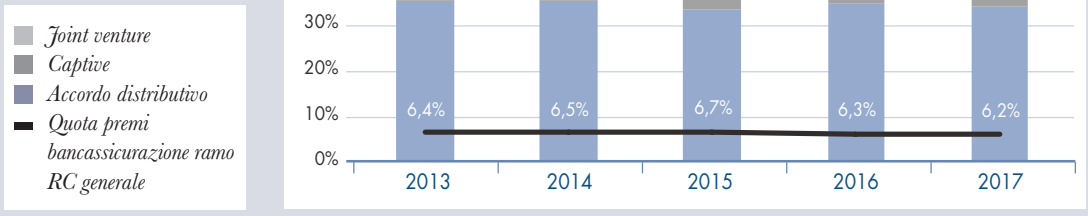
Il ramo perdite pecuniarie (figura 21) è l'unico per il quale si evidenzia una prevalenza del modello *joint venture*, al quale nel 2017 fa riferimento il 50% della raccolta premi mediante il canale bancario e postale, per 139 milioni. Il peso del ramo sul totale della raccolta tramite canali bancari e postali si attesta intorno al 15% nel periodo osservato, senza registrare oscillazioni significative.

Figura 21
Quota dei premi ramo perdite pecuniarie sul totale dei premi danni distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)



Il ramo RC generale (figura 22) presenta una prevalenza del modello *captive* (47% del totale della raccolta bancassicurativa nel 2017, per 57 milioni). Nel periodo osservato non si registrano variazioni nella composizione fra i vari modelli distributivi, così come non presenta oscillazioni la quota che il ramo RC generale rappresenta rispetto al totale della raccolta di premi danni mediante sportelli bancari e postali (intorno al 6%).

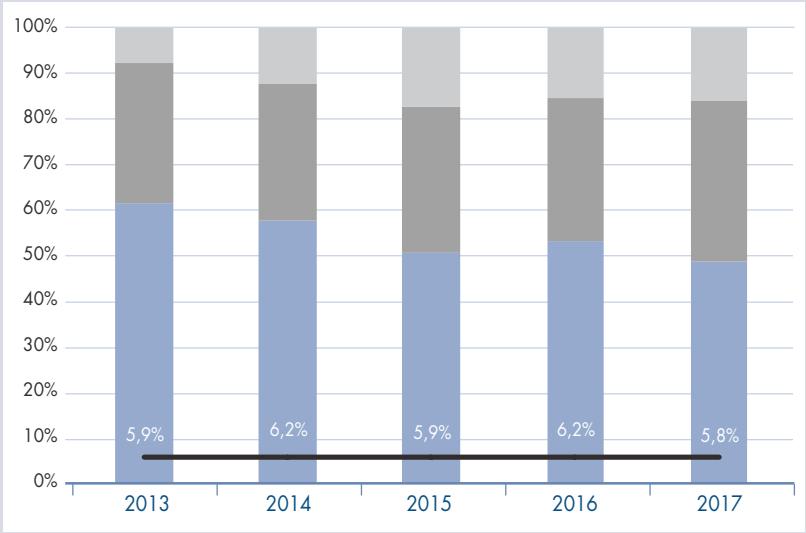
Figura 22
Quota dei premi ramo RC generale sul totale dei premi danni distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)



Da ultimo, la figura 23 rappresenta l'insieme di tutti gli altri rami danni, che costituiscono una quota marginale della raccolta danni tramite canali bancari e postali, pari nel 2017 al

5,8%. I rami in questione, ossia credito e cauzioni, assistenza e tutela legale, presentano una prevalenza di accordi distributivi diversi dai modelli *captive* e *joint venture* (pari a circa il 48% nel 2017).

Figura 23
Quota dei premi di altri rami danni* sul totale dei premi danni distribuiti da canali bancari e postali (linea), distinti per tipologia di accordo distributivo (istogramma)

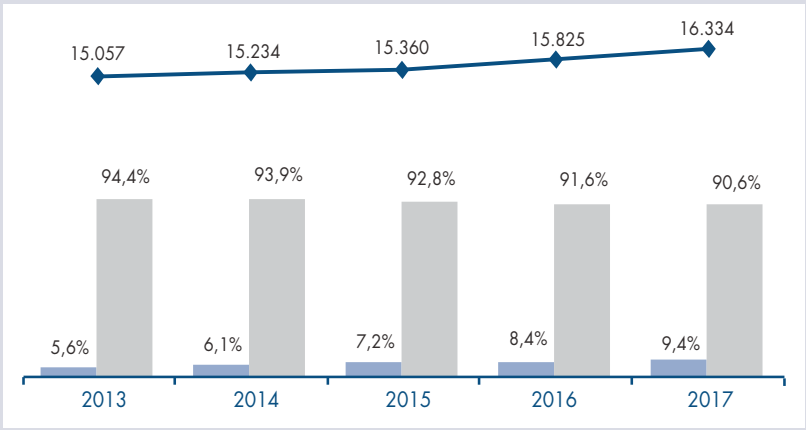


(*) Credito, Cauzione, Tutela legale, Assistenza

Di seguito si riporta una rappresentazione grafica per evidenziare lo sviluppo della bancassicurazione rispetto ad altri canali nell'ultimo quinquennio, sempre secondo la ripartizione tra i diversi rami danni sinora adottata.

I rami danni non auto (ovvero tutti i rami danni tranne RCA e CVT) presentano, nel 2017 un'incidenza della raccolta premi intermediata dai canali bancari e postali pari al 9,4%. Seppure ancora molto contenuta, rispetto ai rami vita, in termini assoluti, la raccolta premi bancassicurazione è cresciuta dal 2013 dell'8,5%, raggiungendo nel 2017 circa 16 miliardi.

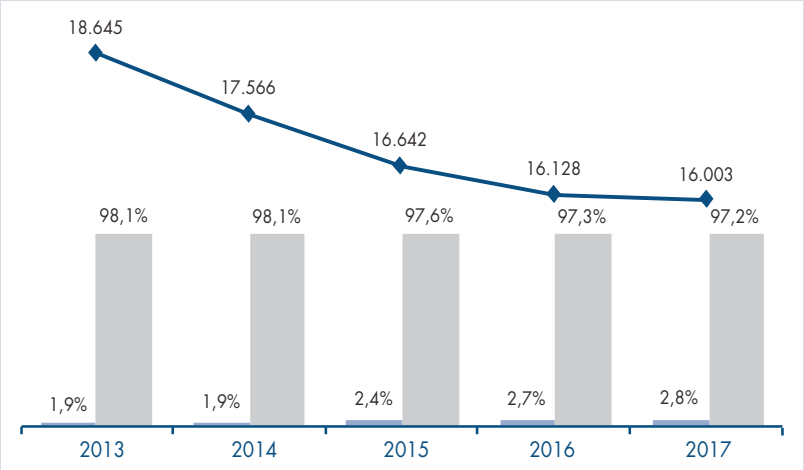
Figura 24
Premi danni non auto* 2013-2017 e scomposizione tra sportelli bancari e postali e altri canali



(*) Totale danni esclusi i rami RCA e CVT

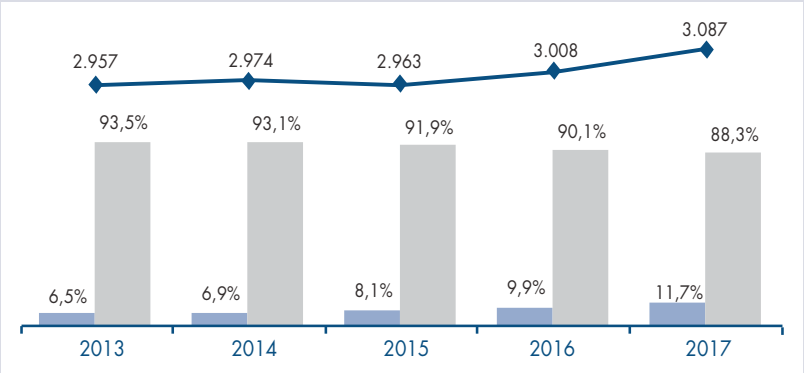
I rami RCA e CVT (figura 25) registrano ancora un'incidenza dei premi dell'intermediazione tramite il canale bancario e postale molto contenuta, benché in lieve crescita nel periodo osservato, pari nel 2017 al 2,8%.

Figura 25
Premi relativi ai rami RCA e CVT 2013-2017 e scomposizione tra sportelli bancari e postali e altri canali



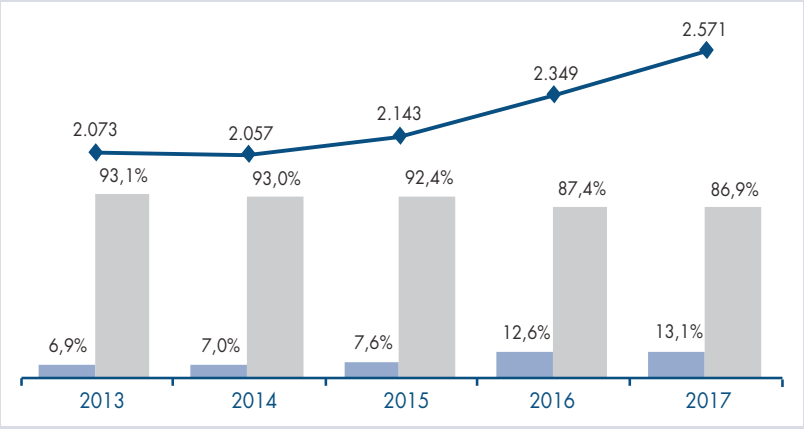
Nei rami infortuni e malattia l'incidenza è più elevata, pari rispettivamente all'11,7% e al 13,1% nel 2017 (figura 26 e figura 27).

Figura 26
Premi relativi al ramo infortuni 2013-2017 e scomposizione tra sportelli bancari e postali e altri canali



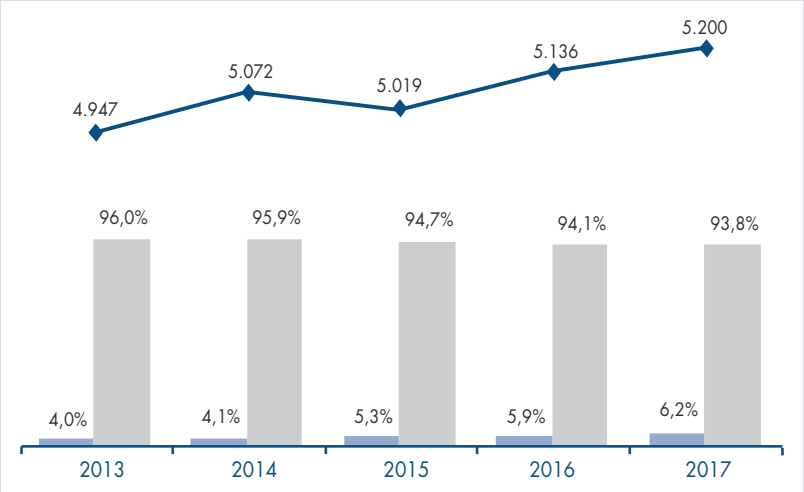
Per il ramo malattia, la crescita registrata nei premi totali degli ultimi due anni deriva prevalentemente proprio dalla crescita dei premi intermediati dagli sportelli bancari e postali.

Figura 27
Premi relativi al ramo malattia 2013-2017 e scomposizione tra sportelli bancari e postali e altri canali



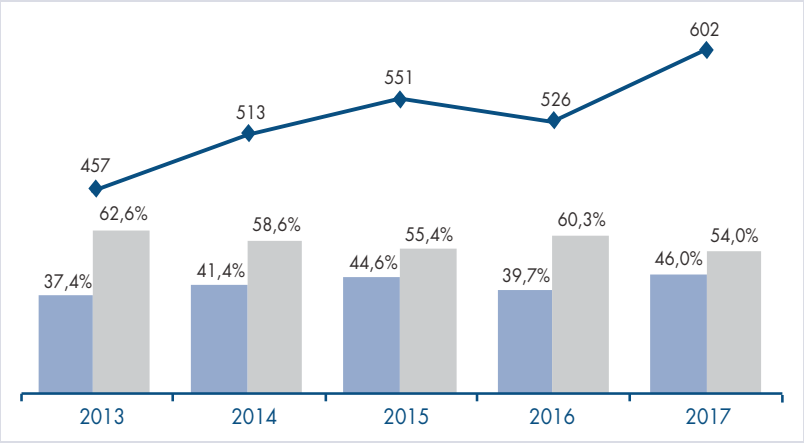
Anche i premi incendio e altri danni ai beni denotano una moderata crescita nel quinquennio osservato, passando dal 4,0% nel 2013 al 6,2% dei premi complessivi nel 2017.

Figura 28
Premi relativi ai rami incendio e altri danni ai beni 2013-2017 e scomposizione tra sportelli bancari e postali e altri canali



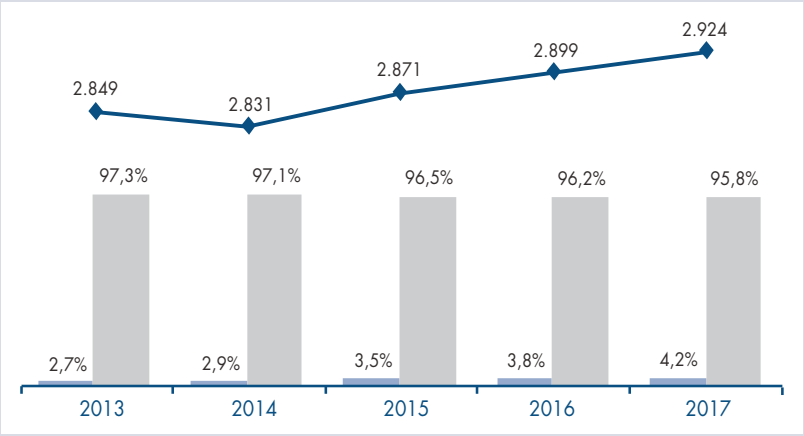
Il ramo perdite pecuniarie (figura 29) registra la più alta incidenza dell'intermediazione tramite il canale bancario e postale, anche conseguenza del fatto che si tratta spesso di coperture presenti nei prodotti connessi a mutui e credito al consumo.

Figura 29
Premi relativi al ramo perdite pecuniarie 2013-2017 e scomposizione tra sportelli bancari e postali e altri canali



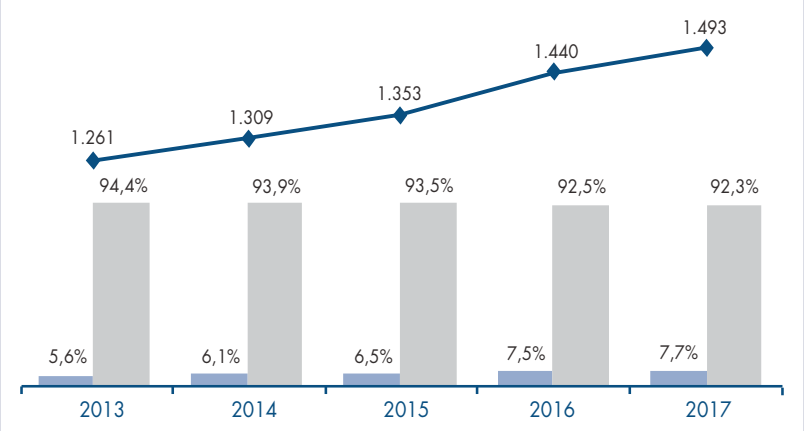
Anche il ramo RC generale (figura 30) registra un andamento analogo ad altri rami nel corso dell'ultimo quinquennio, ossia una graduale crescita, sebbene su livelli di incidenza molto contenuti, che raggiungono il massimo nel 2017 (4,2%).

Figura 30
Premi relativi al ramo RC generale 2013-2017 e scomposizione tra sportelli bancari e postali e altri canali



Lo stesso può dirsi, per i rimanenti rami danni (figura 31), ossia credito, cauzione, tutela legale e assistenza, che crescono dal 5,6% nel 2013 al 7,7% nel 2017.

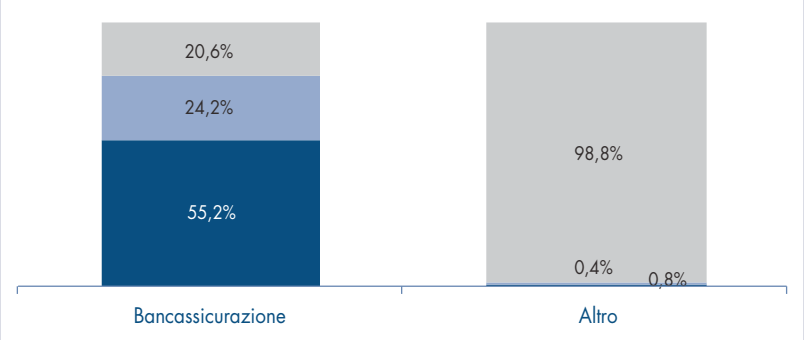
Figura 31
Premi relativi altri rami danni* 2013-2017 e scomposizione tra sportelli bancari e postali e altri canali



(*) Credito, Cauzione, Tutela legale, Assistenza

Infine, con riferimento al solo anno 2017, l'analisi del grado di concentrazione nel mercato danni relativamente alle sole imprese classificate in base ai premi raccolti mediante canali bancari e postali, vede le prime cinque imprese del settore detenere una quota dei premi totali pari al 55,2%; le imprese dalla sesta alla decima posizione detengono il 24,2% e le altre imprese il 20,6% (figura 32). Le stesse imprese, in termini di raccolta premi attraverso altri canali, rappresentano rispettivamente lo 0,8%, lo 0,4% e il 98,8% del mercato, denotando quindi il fatto che, come per i rami vita, le principali imprese in termini di raccolta danni mediante canali bancari e postali si avvalgono quasi esclusivamente di questi ultimi.

Figura 32
Market share 2017 delle imprese in base ai premi danni raccolti mediante canali di bancassicurazione e altri canali



11

LA FONDAZIONE ANIA, IL FORUM ANIA-CONSUMATORI E ANIA SERVIZI

LA FONDAZIONE ANIA

FONDAZIONE ANIA: PROSEGUE IL VIAGGIO TRA NUOVE METE E NUOVI SUCCESSI

Il 2017 è stato il primo anno in cui la Fondazione ANIA ha operato non più soltanto nell'ambito della sicurezza stradale ma ha aperto la propria attività a tutti i comparti assicurativi dopo che dal 2004, seguendo le indicazioni delle compagnie di assicurazione, ha agito per ridurre il numero e la gravità degli incidenti sulle strade italiane. Lo ha fatto con il settore pubblico attraverso la sottoscrizione di protocolli di intesa con amministrazioni centrali e periferiche, ma anche con la creazione, l'ideazione e il finanziamento di attività formative e informative che hanno contribuito in maniera significativa alla diffusione di una nuova cultura del rispetto delle regole della strada. Una progettualità che ha accreditato la Fondazione ANIA tra i soggetti più autorevoli nel campo della sicurezza stradale anche a livello internazionale, come dimostrano le collaborazioni avviate con enti europei come lo *European Transport Safety Council*.

Nel 2017 la missione della Fondazione ANIA è stata poi ampliata, non limitando più il raggio d'azione alla sicurezza stradale, ma allargandolo alla protezione delle famiglie e delle imprese del nostro Paese. In una società dominata dal rischio e dalla incertezza, il settore assicurativo risponde al meglio alla domanda di sicurezza e stabilità della popolazione che chiede un migliore welfare, di invecchiare bene, di proteggersi e di prevenire eventi negativi.

Sono stati studiati una progettualità nuova e un approccio diverso della comunicazione, con la Fondazione che si è confermata un laboratorio in cui sperimentare soluzioni innovative e strategiche per dare un contributo concreto alla prevenzione e alla protezione dei giovani, delle famiglie e degli anziani, diffondendo al tempo stesso una nuova e più completa conoscenza dell'assicurazione nel nostro Paese.

La sicurezza stradale: un cammino consolidato

L'impegno nel campo della sicurezza stradale, avviato nel 2004 e consolidato in 13 anni di attività, resta centrale nella pianificazione della strategia della Fondazione ANIA. I risultati ottenuti nel corso degli anni, grazie soprattutto al lancio di progetti innovativi diventati spesso modello di riferimento, hanno fatto della Fondazione ANIA uno dei soggetti più accreditati a livello nazionale e internazionale nel campo della sicurezza stradale. Uno status che ha portato al coinvolgimento nei più importanti tavoli di lavoro a livello istituzionale, con un impegno concreto e diretto nella strategia nazionale per il raggiungimento dell'obiettivo fissato dalle Nazioni Unite nel 2010, che prevede il dimezzamento delle vittime della strada entro il 2020.

L'incidentalità stradale in Italia e in Europa

Nel 2016, secondo i dati ISTAT, in Italia gli incidenti stradali sono stati 175.791 con 3.283 morti e 249.175 feriti gravi. Rispetto al 2015, le vittime sono in calo del 4,2%,

mentre per la prima volta dal 2001, gli incidenti e i feriti registrano un incremento rispettivamente dello 0,7% e dello 0,9%. Aumentano soprattutto i feriti gravi: sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, sono stati oltre 17 mila contro i 16 mila del 2015 (+9%).

Mediamente, ogni giorno, si sono verificati 480 sinistri, in cui hanno perso la vita 9 persone e 680 sono rimaste ferite.

Tavola 1
Morti e feriti a seguito di incidente stradale in Italia dal 2004 al 2016

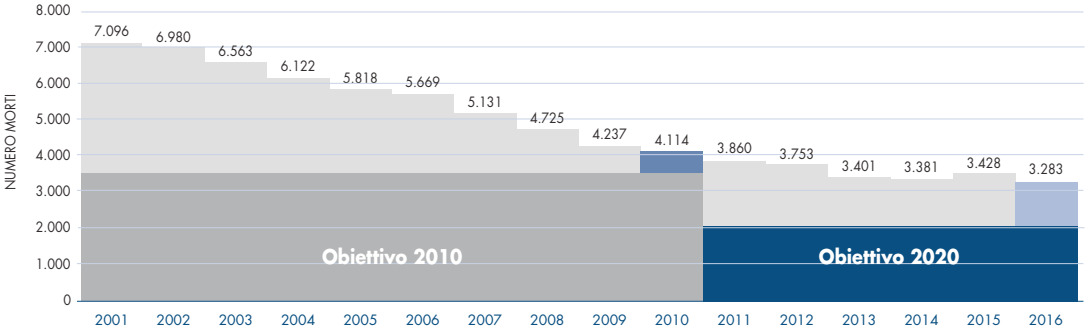
Anno	Morti		Feriti	
	Numero	Variazione % tendenziale	Numero	Variazione % tendenziale
2001	7.096	0,50	373.286	3,7
2002	6.980	-1,63	378.492	1,4
2003	6.563	-5,97	356.475	-5,8
2004	6.122	-6,72	343.179	-3,7
2005	5.818	-4,97	334.858	-2,4
2006	5.669	-2,56	332.955	-0,6
2007	5.131	-9,49	325.850	-2,1
2008	4.725	-7,91	310.745	-4,6
2009	4.237	-10,33	307.258	-1,1
2010	4.114	-2,90	304.720	-0,8
2011	3.860	-6,17	292.019	-4,2
2012	3.753	-2,77	266.864	-8,6
2013	3.401	-9,38	258.093	-3,3
2014	3.381	-0,59	251.147	-2,7
2015	3.428	1,39	246.920	-1,7
2016	3.283	-4,23	249.175	0,9

Fonte: ACI, ISTAT

Dai dati di Tavola 1 si evince che rispetto al 2015, quando si era registrato un aumento nel periodo osservato delle vittime, nel 2016 gli incidenti mortali diminuiscono. Allo stesso tempo però, per la prima volta, aumentano gli incidenti che vedono coinvolte le persone ferite (+0,9%).

Dal 2011, anno di partenza per il lancio del nuovo obiettivo di dimezzamento del numero delle vittime entro il 2020, la riduzione degli eventi mortali sulla strada si è attestata a circa -15%: ancora troppo poco per poter raggiungere il nuovo traguardo nei soli quattro anni rimanenti (figura 1).

Figura 1
Andamento della mortalità per incidente stradale in Italia
(Elaborazione Fondazione ANIA sulla base di dati ISTAT)



Lo scenario sulla riduzione della mortalità in ambito stradale si presenta con analoghe caratteristiche anche nel resto dell'UE dove, nel 2016, con 25.720 vittime si assiste a una diminuzione della mortalità di appena l'1,8% portando così la variazione complessiva dal 2011 al 2016, al -16,2%.

Il tasso di mortalità (morti per milione di abitanti), che permette di standardizzare il livello di mortalità per incidente stradale e consente, quindi, di fare un confronto tra i Paesi dell'UE, colloca l'Italia al 14° posto nella graduatoria con 54,2 morti per milione di abitanti, dato superiore sia alla media UE (50,6), sia ai valori dei principali paesi con i quali viene generalmente paragonata:

- Francia: 53,5 morti per milioni di abitanti (17-esima posizione).
- Spagna: 39,5 morti per milioni di abitanti (23-esima posizione).
- Germania: 39,1 morti per milioni di abitanti (24-esima posizione).
- Regno Unito: 28,7 morti per milioni di abitanti (27-esima posizione).

Tavola 2
Morti in incidente stradale nei Paesi dell'Unione Europea

PAESI UE 28	Valori assoluti			Variazione percentuale		Tasso di mortalità (morti per un milione di abitanti	Posizione in graduatoria 1° posto: paese con indicatore più elevato; 28° posto: paese con indicatore più basso
	2011	2015	2016	2016/2015	2016/2011	2016	2016
Austria	523	479	432	-9,8	-17,4	49,7	19°
Belgio	862	732	640	-12,6	-25,8	56,8	12°
Bulgaria	657	708	708	0	7,8	99	1°
Cipro	71	57	46	-19,3	-35,2	54,2	15°
Croazia	418	348	307	-11,8	-26,6	73,3	6°
Danimarca	220	178	211	18,5	-4,1	37	25°
Estonia	101	67	71	6	-29,7	54	16°
Finlandia	292	270	250	-7,4	-14,4	45,6	20°
Francia	3.963	3.461	3.469	0,2	-12,5	53,5	17°
Germania	4.009	3.459	3.214	-7,1	-19,8	39,1	24°
Grecia	1.141	793	807	1,8	-29,3	74,8	5°
Irlanda	186	162	188	16	1,1	39,5	22°
Italia	**3.860**	**3.428**	**3.283**	**-4,2**	**-14,9**	**54,2**	**14°**
Lettonia	179	188	158	-16	-11,7	80,2	3°
Lituania	296	242	188	-22,3	-36,5	65,1	7°
Lussemburgo	33	36	32	-11,1	-3	55,5	13°
Malta	16	11	22	100	37,5	50,6	18°
Paesi Bassi	546	620	629	1,5	15,2	37	26°
Polonia	4.189	2.938	3.026	3	-27,8	78,7	4°
Portogallo	891	593	565	-4,7	-36,6	57,4	11°
Regno Unito	1.960	1.804	1.878	4,1	-4,2	28,7	27°
Repubblica Ceca	772	737	611	-17,1	-20,9	57,9	10°
Romania	2.018	1.893	1.913	1,1	-5,2	96,8	2°
Slovacchia	328	274	242	-11,7	-26,2	44,6	21°
Slovenia	141	120	130	8,3	-7,8	63	8°
Spagna	2.060	1.688	1.833	8,6	-11	39,5	23°
Svezia	319	259	270	4,2	-15,4	27,4	28°
Ungheria	638	644	597	-7,3	-6,4	60,7	9°
UE (28 Paesi)	30.700	26.190	25.720	-1,8	-16,2	50,6	

Fonte: Community Road Accident Data Base (CARE)

Il quadro presentato evidenzia dunque l'urgenza di mettere in atto politiche strutturali di riduzione dell'incidentalità a livello europeo attraverso programmi mirati e integrati.

IL NUMERO DEGLI INCIDENTI STRADALI CHE HANNO CAUSATO FERITI. CONFRONTI DI FONTI DIVERSE E ASPETTI METODOLOGICI

L'informazione statistica sull'incidentalità stradale e sul numero di morti e feriti, che viene elaborata annualmente dall'ISTAT, è ottenuta mediante una rilevazione degli incidenti stradali verificatisi sull'intero territorio nazionale ed è limitata ai soli incidenti in cui intervengono le Forze dell'Ordine e che hanno causato lesioni alle persone (morti o feriti). La rilevazione avviene tramite la compilazione di un modello da parte di un'autorità di Polizia (Polizia Stradale, Carabinieri, Polizia Provinciale, Polizia Municipale) che è intervenuta sul luogo dell'accadimento. In particolare, l'ISTAT rileva tutti gli incidenti stradali verificatisi nelle vie o piazze aperte alla circolazione, nei quali risultano coinvolti veicoli (o animali) fermi o in movimento e dai quali sono derivate lesioni a persone. Sono esclusi, pertanto, dalla rilevazione i sinistri con soli danni a cose, quelli per i quali non è stato richiesto l'intervento delle Forze dell'Ordine, quelli che non si sono verificati nelle aree pubbliche di circolazione cioè in aree come cortili, stazioni di servizio, depositi di mezzi di trasporto, strade ferrate riservate esclusivamente al trasporto tranviario o ferroviario e i sinistri in cui non risultano coinvolti veicoli (o animali).

Le informazioni provenienti dalla Polizia Stradale sono spesso utilizzate per misurare l'incidentalità sulle strade italiane in corso d'anno. Però, come si può osservare (tavola 3) il numero delle vittime e quello dei feriti è inferiore a quello riportato dall'ISTAT, in quanto la Polizia Stradale è solo una delle autorità che partecipa alla rilevazione dei dati nazionali raccolti dall'Istituto di statistica. Inoltre, i dati si riferiscono esclusivamente agli incidenti avvenuti

Tavola 3
Morti e feriti a seguito di incidente stradale in Italia dal 2001 al 2016

Anni	PANEL A: POLIZIA STRADALE				PANEL B	
	Morti		Feriti		Dati ISTAT	
	Numero	Variazione % tendenziale	Numero	Variazione % tendenziale	N. morti	N. feriti
2001	2.309	n.d.	74.169	n.d.	7.096	373.286
2002	2.520	9,1	84.217	13,5	6.980	378.492
2003	2.187	-13,1	72.342	-14,1	6.563	356.475
2004	1.891	-13,5	66.777	-7,7	6.122	343.179
2005	1.860	-1,6	64.997	-2,7	5.818	334.858
2006	1.889	1,6	66.057	1,6	5.669	332.955
2007	1.682	-10,9	63.763	-3,5	5.131	325.850
2008	1.507	-10,4	57.656	-9,6	4.725	310.745
2009	1.295	-14,1	53.756	-6,8	4.237	307.258
2010	1.213	-6,3	51.163	-4,8	4.090	302.735
2011	1.109	-8,6	47.618	-6,9	3.860	292.019
2012	1.018	-8,2	41.645	-12,5	3.753	266.864
2013	902	-11,4	39.896	-4,2	3.401	258.093
2014	857	-5,5	38.188	-4,3	3.381	251.547
2015	841	-1,9	37.632	-1,5	3.428	246.920
2016	777	-7,6	36.791	-2,2	3.283	249.175

Fonte: Polizia Stradale, ISTAT

sulle autostrade e sulle strade statali, provinciali e comunali: non vengono cioè inclusi gli incidenti avvenuti nei centri urbani.

Secondo i dati rilevati dalla Polizia Stradale, anche nel 2016 sarebbe proseguita la riduzione del numero dei morti, ma con un tasso di variazione (-7,6%), quasi doppio a quello registrato dall'ISTAT (-4,2%). I dati sull'incidentalità rilevati dall'ISTAT (e a maggior ragione quelli parziali della Polizia Stradale) non possono però essere considerati come rappresentativi del complesso della sinistrosità delle strade italiane. In particolare, il numero totale di incidenti di fonte ISTAT (175.791 nel 2016) rappresenta poco meno del 7% del totale dei sinistri per i quali le imprese di assicurazione hanno ricevuto una denuncia da parte degli assicurati (2.582.640 nel 2016).

Entrando nel dettaglio dei dati assicurativi (tavola 4), va segnalato che, sebbene la maggior parte dei quasi 2,6 milioni di sinistri del 2016 abbia riguardato danni ai veicoli o alle cose, una quota significativa di essi (circa 447 mila con un'incidenza del 17,3%) risulta comprendere anche lesioni, più o meno gravi, a persone coinvolte negli incidenti stradali. Se si effettua un confronto a livello europeo risulta che l'Italia è tra i Paesi in cui la percentuale per numero di sinistri assicurativi con danno alla persona è più elevata, con un'incidenza circa doppia rispetto a quella della media europea.

Va evidenziato che, a fronte dei 447 mila sinistri con lesioni personali che sono risultati alle imprese di assicurazione nel 2016 vi sono quasi 560 mila individui risarciti dal momento che in un sinistro rimane coinvolta, mediamente, più di una persona. Dal 2007, anno di arrivo del sistema di indennizzo diretto, le basi informative delle compagnie sono state riorganizzate infatti in modo che, a partire da tale anno, è possibile disporre anche del numero di conducenti non responsabili e dei trasportati che hanno subito una lesione fisica. Ciò consente di stimare in modo più preciso il numero medio di individui coinvolti in un sinistro: nel 2016 tale valore medio era pari a 1,25 (in lieve riduzione rispetto al 2015).

Va inoltre tenuto presente che i numeri relativi ai feriti e ai morti risultanti al settore assicurativo non comprendono tutte quelle persone che, sebbene coinvolte nel sinistro, non hanno diritto ad alcun risarcimento, come ad esempio il conducente del veicolo responsabile, o chi abbia avuto un incidente singolo senza coinvolgere altri mezzi e non tengono conto dei risarcimenti effettuati dal Fondo di Garanzia Vittime della Strada per sinistri causati da veicoli non assicurati o non identificati. La principale spiegazione della differenza fra i dati raccolti dal settore assicurativo e dall'ISTAT deriva dal fatto che non rientrano nella statistica istituzionale tutti quegli incidenti per i quali non è intervenuta un'autorità di forza pubblica e che costituiscono la gran parte dei sinistri. La maggioranza delle lesioni personali risarcite dal settore assicurativo riguarda infatti danni di lieve entità che avvengono soprattutto nei centri urbani e per i quali l'intervento della forza pubblica è richiesto molto raramente. Per avere una quantificazione basti pensare che dei 447 mila sinistri con danni alla persona risultanti all'industria assicurativa nel 2016, circa il 95% (ossia oltre 424 mila sinistri) riguarda inabilità temporanee o invalidità permanenti al di sotto dei 9 punti percentuali e di questi circa il 67% (ovvero 282 mila sinistri) riguarda un'invalidità permanente compresa tra 1 e 2 punti percentuali, corrispondenti a quelli che solitamente vengono riconosciuti come "colpi di frusta". Considerando il numero medio di persone coinvolte in un incidente stradale, tali sinistri corrispondono a oltre 350.000 feriti, che può servire a spiegare l'ampio divario che si registra tra le due fonti.

***Tavola 4 – Morti e feriti a seguito di un incidente stradale in Italia dal 2001 al 2016 – Imprese assicurative* (*)**

Generazione di accadimento	Numero totale dei sinistri pagati e a riserva (**)	Incidenza % numero dei sinistri con lesioni alla persona	Numero dei sinistri con lesioni alla persona	Variazione % tendenziale	Numero medio di persone ferite in un sinistro	Numero totale di persone morte e ferite – ANIA
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2001	4.066.529	18,4%	746.313	-6,9	n.d.	n.d.
2002	3.836.135	17,9%	687.052	-7,9	n.d.	n.d.
2003	3.708.020	18,2%	675.955	-1,6	n.d.	n.d.
2004	3.673.744	19,8%	728.413	7,8	n.d.	n.d.
2005	3.654.072	21,0%	765.953	5,2	n.d.	n.d.
2006	3.661.945	21,0%	768.336	0,3	n.d.	n.d.
2007	3.685.452	21,0%	772.305	0,5	1,25	965.381
2008	3.716.084	21,3%	791.047	2,4	1,30	1.028.362
2009	3.741.283	21,8%	817.467	3,3	1,34	1.092.086
2010	3.535.512	23,1%	816.703	-0,1	1,33	1.088.666
2011	3.109.657	22,4%	696.354	-14,7	1,34	934.027
2012	2.675.840	20,1%	537.743	-22,8	1,31	705.643
2013	2.512.259	19.0%	477.329	-11,2	1.28	610.981
2014	2.455.104	18,5%	454.194	-4,8	1,28	581.449
2015	2.516.869	17,7%	445.486	-1,9	1,26	561.312
2016	2.582.640	17,3%	447.055	0,4	1,25	559.266

(*) Stima basata su tutte le imprese (nazionali e rappresentanze estere) operanti in Italia
(**) Comprensivi della stima dei sinistri I.B.N.R.
Fonte: ANIA

LE LINEE D'AZIONE PER LA SICUREZZA STRADALE

Per migliorare i livelli di sicurezza stradale, la Fondazione ANIA ha eseguito, nel corso degli anni, una specifica linea d'azione basata su:

- prevenzione;
- implementazione di nuove tecnologie;
- comunicazione.

Di seguito vengono illustrate le principali evidenze delle attività svolte e, contestualmente, vengono descritti gli scenari di riferimento dei singoli progetti.

La prevenzione

Il concetto di prevenzione sta ad indicare un'azione diretta a impedire il verificarsi di eventi non desiderati o dannosi; di fatto questa è una *core activity* "dell'assicuratore" che cerca di calcolare i rischi al fine di proteggere gli individui e i loro patrimoni.

La prevenzione degli incidenti stradali richiede un approccio multisettoriale, il coinvolgimento di numerosi strumenti e una spiccata abilità ad intercettare le potenziali

aree critiche. Nel corso degli anni la Fondazione Ania ha saputo orientarsi sul concetto di sicurezza stradale, intervenendo sui principali fattori che contribuiscono a rendere "rischiosa" la strada: l'uomo, il veicolo e le infrastrutture.

Le infrastrutture sono un fattore importante nella strategia della Fondazione ANIA che ha realizzato nel tempo piccole opere, come il protocollo stipulato con il Comune di Ferrara, che ha portato alla realizzazione di un tratto di pista ciclabile.

Il tratto realizzato è limitato ma strategico, in quanto ha consentito di collegare vari percorsi che si concludevano nei pressi di un incrocio pericoloso, che immetteva i ciclisti nella viabilità ordinaria e non più protetta. Ferrara è una delle città più attive sulla mobilità ciclabile, dispone di 170 km di piste ciclabili e ha una disponibilità di percorsi tra le più elevate in Italia pari a 20 metri ogni 1.000 abitanti.

L'intervento nella città emiliana è dovuto all'aumento dei ciclisti morti che si era registrato nella provincia di Ferrara. Nel 2016 i morti per questa particolare tipologia di utenti molto vulnerabile si erano infatti quintuplicati e contemporaneamente si era registrato un aumento anche dei feriti (+6%).

Nel 2017 sono stati portati avanti progetti importanti orientati soprattutto alla diffusione della cultura delle regole sulla strada, finalizzati a migliorare i comportamenti alla guida.

In questo ambito, "Adotta una strada" rappresenta un progetto consolidato che negli anni continua a mostrare significativi risultati. Si basa sulla prevenzione attraverso l'incremento dei controlli su strada e sulla sensibilizzazione delle norme del Codice della strada meno recepite dal cittadino. Il progetto si svolge attraverso la collaborazione della Fondazione ANIA con Carabinieri e Polizia Stradale. Grazie alla nuova edizione del progetto nel 2017 sono stati potenziati i controlli su alcune strade statali ([1]) nell'arco temporale di due mesi (15 marzo – 15 maggio 2017) per scoraggiare, in particolare, la guida in stato di ebbrezza e il trasporto scorretto dei minori in auto. Le pattuglie sono state dotate di etilometri monouso e brochure informative da distribuire alle persone controllate, mettendo così in evidenza le conseguenze dei comportamenti irresponsabili al volante.

Durante l'operazione sono stati controllati 33.122 veicoli e 43.767 persone, mentre sono stati 6.811 i conducenti sottoposti al test con etilometro (388 persone sono risultate positive all'alcool e quindi sanzionate). Sono state, inoltre, 41 le persone trovate alla guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti.

Nei due mesi di attività sulle tratte vigilate sono stati registrati 98 incidenti con 167 veicoli coinvolti che hanno provocato 96 feriti e nessuna vittima. Inoltre, le patenti ritirate sono state 545, con 7.771 punti patente decurtati, 187 i veicoli sottoposti a sequestro e 172 le carte di circolazione ritirate. I benefici osservati da questa operazione congiunta possono essere sintetizzati in:

([1]) SS009 "dell'Emilia, SS016 "Adriatica", SS106 "Jonica", SS131 "Carlo Felice".

- una sensibile diminuzione della sinistralità sulle strade interessate;
- un'efficace attività di sensibilizzazione;
- un miglioramento dell'immagine del settore assicurativo che contribuisce all'informazione e alla diffusione di comportamenti responsabili alla guida, soprattutto a vantaggio degli utenti più deboli (bambini e giovani in generale).

È possibile fare prevenzione in maniera efficace dando voce alle esperienze dirette. È quanto avviene nel progetto con la Comunità di San Patrignano attraverso la partecipazione della Fondazione ANIA ai *We Free Days* che promuovono la sicurezza stradale con le prove dei giovani ai simulatori di guida (all'ultima edizione sono state effettuate 250 prove) e il sostegno alla realizzazione di spettacoli teatrali itineranti (che hanno toccato sei differenti città con il coinvolgimento di 10.000 studenti in tutta Italia) durante i quali si affronta anche il tema del rischio stradale quando si guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti.

Uno degli strumenti più efficaci per prevenire l'incidentalità stradale è imparare a reagire correttamente a eventuali situazioni di pericolo improvviso. Per questo la Fondazione ANIA promuove la partecipazione ai corsi di guida sicura. Dal 2007 al 2017, la Fondazione ha erogato quasi 9.000 corsi gratuiti a neopatentati (età compresa tra 18 e 26 anni) con risultati molto significativi in termini di riduzione dell'incidentalità.

I dati riferiti ai corsi erogati nel 2016 ([2]), mostrano come su 800 ragazzi che hanno partecipato al progetto, solo il 3,8% ha dichiarato di aver avuto un incidente dopo aver partecipato al corso di guida sicura. Il 46,3% dei ragazzi, inoltre, ha ammesso di sentirsi più responsabile alla guida e il 62,7% di essere più reattivo agli imprevisti della strada. In generale, il 90,8% dei partecipanti ha ritenuto che il progetto sia ottimo e completo in ogni sua parte.

Per continuare a fare attività di formazione presso le scuole, la Fondazione ANIA ha realizzato il "TuTour", un tour itinerante in molti istituti italiani. Grazie al coinvolgimento di istruttori professionisti e all'utilizzo di simulatori di guida, gli alunni sono stati coinvolti in attività di formazione teorica e pratica. Complessivamente nelle 10 giornate dedicate sono stati formati 1.500 ragazzi delle classi IV e V della scuola superiore.

La prevenzione rappresenta, dunque, una linea d'azione fondamentale per contrastare l'incidentalità stradale, ma lo è altrettanto nella tutela delle persone in generale.

Porre in essere tutte quelle condotte che permettono di salvaguardare l'individuo e i suoi interessi è fondamentale per evitare di dover far fronte a necessità più gravi, che possono insorgere assumendo comportamenti irresponsabili ai danni della propria salute e del proprio risparmio.

Mutuando dall'esperienza fatta in ambito di sicurezza stradale, per cercare di rispondere alle richieste di protezione e *welfare,* la Fondazione ANIA ha realizzato un impor-

([2]) I dati fanno riferimento ai corsi erogati fino a tutto il 2016 valutati a un anno di distanza dal corso quindi di dicembre 2017.

tante progetto per diffondere la cultura della prevenzione in ambito salute. Per rispondere ai bisogni del cittadino la Fondazione ANIA ha realizzato lo Street Health Tour grazie al quale ha effettuato oltre 6.400 check up ([3]) gratuiti per agevolare le persone che nel corso dell'anno non hanno potuto ricorrere alla sanità pubblica e per sensibilizzarle alla sanità integrativa.

Gli ultimi dati disponibili descrivono uno scenario critico in questo ambito; si stima, infatti, che nel 2017 oltre 3 italiani su 4 abbia dovuto affrontare spese sanitarie di "tasca propria" per l'acquisto di servizi e prestazioni mediche, per una spesa complessiva di quasi 40 miliardi. Di questi solo 5,8 miliardi (poco meno del 14,5%) sono stati 'intermediati' da forme sanitarie integrative lasciando, quindi, i cittadini di fronte alla necessità di dover ricorrere, ove possibile, al proprio reddito o ai propri risparmi ([4]).

A tal proposito Human Foundation ha sviluppato per la Fondazione ANIA ([5]), un modello di monitoraggio e valutazione dei progetti realizzati nel 2017, individuando il "valore generato" attraverso il rapporto tra costi e benefici totali. Per ciascun progetto, sono stati calcolati gli investimenti effettuati dalla Fondazione ANIA e i relativi benefici economici e sociali, analizzando diversi outcome sulla base di specifici indicatori.

Per un progetto come lo Street Health Tour l'analisi ha evidenziato un risparmio economico pari a 500 mila euro per il sistema sanitario nazionale, 800 mila euro per il cittadino e 80 mila euro per le compagnie di assicurazione. È stato stimato che ogni euro speso da parte del settore assicurativo per questa iniziativa ha generato un valore per la comunità pari a 5 euro.

Inoltre, da un esame degli esiti delle visite effettuate si rilevano importanti informazioni sulla salute degli italiani:

- il 35% soffre di pressione alta (di cui il 6% evidenzia una ipertensione molto grave);
- il 60% ha un problema alla tiroide (di cui il 40% non sapeva di soffrire di alcun disturbo per patologie tiroidee);
- il 6% ha registrato un punteggio che evidenza una condizione di malattia neuropsicologica già in fase avanzata;
- il 33% riscontra un problema all'udito;
- il 38% non vede bene e non ha ancora corretto il problema;
- il 74% ha tempi di reazione lenti e inadeguati, caratterizzati da poca rapidità;
- l'11% ha livelli di monossido nei polmoni troppo alti, conseguenza diretta per coloro che fumano assiduamente e/o vivono in un'area eccessivamente inquinata.

Altro aspetto interessante dell'iniziativa ha riguardato il fatto che le persone che si sono recate al truck della Fondazione ANIA, hanno espresso la volontà di effettuare il percorso completo delle visite offerte, nonostante fosse necessaria oltre un'ora di tempo. Ciò dimostra che le persone, di norma effettuano solo le visite mediche più

([3]) È stato attrezzato un truck per effettuare controlli gratuiti su vista, udito, riflessi, concentrazione di monossido nei polmoni, funzioni cardiache, tiroide e nutrizione.
([4]) VIII Rapporto RBM - Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata (2018).
([5]) Human Foundation per Fondazione ANIA: Il valore dei progetti del 2017.

comuni, perché non dispongono di risorse economiche sufficienti per check up medici completi.

Lo Street Health Tour ha toccato 19 città italiane, trasmettendo un grande senso di vicinanza del settore assicurativo alle persone, offrendo non solo visite mediche gratuite, ma favorendo anche la diffusione della cultura del viver sano, grazie agli opuscoli informativi creati ad hoc dalla Fondazione. I *leaflet* esplicativi – scaricabili dal sito della Fondazione nella sezione "opuscoli informativi" ([6]) – rappresentano uno strumento nuovo di comunicazione della Fondazione e favoriscono i corretti stili di vita – come forma di prevenzione dai problemi di salute – in maniera semplice e chiara.

La nuova mission della Fondazione va, quindi, nella direzione di sostenere e aiutare l'individuo a comprendere quali possono essere i rischi attuali e futuri, indirizzandolo verso una gestione corretta delle proprie risorse.

Un altro obiettivo che la Fondazione ANIA sta finalizzando è quello delle problematiche relative alla longevità. Come noto, l'Italia è uno dei Paesi con la più alta percentuale di anziani – nel 2025 si stima che avremo due milioni di anziani in più rispetto a oggi – e questo progressivo allungamento della vita media impone una riflessione importante su come assicurare agli anziani non solo a vivere il più a lungo possibile ma, soprattutto, a farlo in buona salute. Inoltre, nonostante l'Italia abbia questa struttura demografica, non appare sufficientemente attrezzata rispetto alle politiche connesse all'invecchiamento/longevità: dall'assenza di adeguati modelli organizzativi che non possono più essere "ospedalocentrici", fino a tutto ciò che promuove un invecchiamento in salute. Tali politiche produrrebbero sensibili benefici sia sulla spesa pubblica sia sulla creazione di nuovi servizi.

Migliorare la qualità della vita, rendere l'anziano il più possibile autonomo, aumentare gli spazi di autosufficienza, contenere il consumo di farmaci, semplificare le condizioni di vita e, infine, ridurre i costi del Servizio Sanitario Nazionale: sono questi alcuni degli aspetti che la Fondazione ANIA si è proposta di affrontare.

Una conseguenza diretta di questo scenario è certamente l'aumento (almeno in termini assoluti) di quel segmento di anziani con bisogni sanitari e socio-assistenziali che necessitano di assistenza di tipo continuativo (Long-term Care, LTC). Il tasso di non autosufficienza nella popolazione totale aumenterà del 53%, passando dal 4% al 6% circa sul totale della popolazione, innescando enormi problemi finanziari, organizzativi e sociali. Inoltre, è bene sottolineare che i consumi sanitari di un settantenne, secondo le statistiche condotte in merito, sono circa il doppio di quelli di un quarantenne, mentre quelli di un novantenne il triplo ([7]).

Per questo, in accordo con la propria mission, nel 2017 la Fondazione ha assunto un ruolo attivo nella prevenzione dei disturbi neurocognitivi che sembrano essere quelli

([6]) http://www.fondazioneania.it/it/cosafacciamo/attivita/progetti/la_sicurezza_stradale_e_personale/Opuscoli_informativi.html
([7]) M Ferrera, F. Maiono, Il secondo welfare in Italia: sfide e prospettive, 2011.

più impattanti sulle persone anziane, aumentando l'informazione e promuovendo buone pratiche sul tema al fine di ridurre i tempi di intervento e gli oneri della cura. È nato, dunque, il progetto Kant, in collaborazione con la Fondazione Santa Lucia, che ha per obiettivo la messa a punto di un modello di diagnostica precoce e trattamento del decadimento neurocognitivo con particolare riferimento alla malattia di Alzheimer.

Il progetto prevede tre fasi:

- una prima fase di sensibilizzazione promossa in eventi a cui la Fondazione ANIA partecipa attraverso la somministrazione di test diagnostici per valutare il livello di deterioramento cognitivo;
- una seconda fase di prevenzione, in cui viene elaborato un protocollo di psicoeducazione e un nuovo protocollo di training cognitivo (TC);
- la terza fase del trattamento in cui vengono realizzate terapie di stimolazione cognitiva su pazienti con Alzheimer in fase iniziale.

Dai primi risultati elaborati su dati ricavati in due particolari eventi sul territorio organizzati dalla Fondazione ([8]) si evince che su 290 persone esaminate, il 15% circa ha ottenuto un punteggio sotto il limite esterno, classificabile come borderline. Considerando l'estrazione del campione della popolazione di riferimento, la bassa età, l'elevata scolarità non rappresentativa della popolazione italiana media e l'estemporaneità dello screening fuori dall'ambiente ospedaliero, il dato mostra un elevato tasso di risultati sotto la norma. Questo indica che la percezione della patologia cognitiva risulta essere molto sottostimata. Inoltre, 12 persone, pari al 4%, hanno registrato un punteggio che mette in evidenza una condizione patologica già avanzata del soggetto intervistato.

Lo scopo che la Fondazione ANIA si prefigge sarà quello di fornire conoscenze su come invecchiare bene e su come intervenire precocemente quando si rilevano dei cambiamenti rispetto al funzionamento delle proprie attività cognitive.

Un altro modello di prevenzione a cui il settore assicurativo tiene particolarmente, è quello della protezione da eventi catastrofali naturali che mettono a repentaglio non solo la vita, ma anche il patrimonio dell'individuo.

L'Italia è un paese molto esposto alle calamità naturali: il 35% delle abitazioni è situato nelle zone a più alta densità sismica. Inoltre, con riferimento ai terremoti avvenuti negli ultimi dieci anni, si nota che tre eventi sono stati particolarmente violenti ed hanno causato complessivamente 635 vittime e danni per oltre 20 miliardi di euro. Tutto ciò ha contribuito a far aumentare l'attenzione sul tema delle catastrofi naturali. Il settore assicurativo ha dimostrato grande sensibilità in tal senso e, per questo, ha voluto sostenere un progetto del Consiglio Nazionale delle Ricerche, con la collaborazione dell'Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia e dell'Istituto di Geologia Ambientale e Geoingegneria, orientato alla creazione dei cosiddetti precursori sismici.

([8]) Eventi della Fondazione Ania nel 2017: Meeting di Rimini e Inverno Incantato.

L'obiettivo della ricerca è studiare come e se è possibile prevedere i terremoti, progettando e realizzando stazioni idrogeologiche per monitorare le acque sotterranee dell'area degli Appennini, per riscontrare se si verificano eventi naturali ricorrenti nei periodi precedenti al verificarsi di un evento sismico.

Si tratta di uno studio originale, frutto di una ricerca in corso sulle acque di alcune sorgenti nell'area di Sulmona. I ricercatori hanno campionato mensilmente le acque e ne hanno analizzato in dettaglio le caratteristiche geochimiche: dall'analisi è emerso che nei giorni precedenti il terremoto del 24 agosto 2016 ad Amatrice vi erano state delle variazioni nella concentrazione di determinati elementi chimici. Per questo, si è deciso di portare avanti lo studio in altre zone dell'Appenino al fine di utilizzarne i potenziali precursori sismici per l'implementazione di un sistema di *early-warning* da sottoporre a integrazione con le reti sismologiche esistenti.

La Fondazione ANIA ha, inoltre, realizzato un vademecum su come riconoscere, gestire correttamente e fronteggiare eventuali situazioni di crisi, come quelle generate dalle calamità naturali in generale, e dai terremoti in particolare. Imparare a gestire il rischio è la più grande garanzia di sicurezza. La Fondazione ANIA attraverso il *leaflet* sulla gestione del pericolo sismico ha trovato il modo di informare in maniera semplice le persone che hanno così alzato il livello di attenzione su questo delicato tema anche a seguito dei recenti accadimenti che hanno coinvolto la nostra penisola.

Implementazione di nuove tecnologie

L'innovazione tecnologica può essere definita come l'attività deliberata delle imprese e delle istituzioni tesa a introdurre nuovi prodotti e nuovi servizi, nonché nuovi metodi per produrli, distribuirli e usarli.

L'innovazione può avere diversi gradi di novità: può impattare sul perfezionamento di un prodotto, di un processo o di un servizio rispetto al modello esistente e mira al miglioramento della qualità, delle prestazioni, dell'adattabilità dei prodotti, nonché alla riduzione dei costi.

L'innovazione oggi è fondamentale per qualunque settore produttivo, compreso quello delle assicurazioni. La concomitanza di fattori politici, economici, sociali e tecnologici crea un insieme di opportunità, ma anche di sfide importanti per le compagnie assicurative.

In questa ottica la Fondazione ANIA ha investito molto nell'ideazione di nuove iniziative orientate alla sperimentazione di nuove tecnologie coinvolgendo il mondo dei millennials, al quale tutto il settore assicurativo ha l'obbligo di rivolgersi per proseguire e completare il processo di ammodernamento. Seguendo questa filosofia, nel 2017, è stata organizzata la prima edizione di un *hackathon*. Si tratta di una maratona di idee che coinvolge giovani creativi ed esperti del settore delle nuove tecnologie che per ventiquattro ore consecutive si sono sfidati nella progettazione di idee innovative su argomenti proposti da un committente. L'hackathon organizzato dalla Fondazione ANIA è stato dedicato al tema della "Protezione e Sicurezza" e ha coinvolto oltre 70

ragazzi tra i 16 e i 30 anni che si sono confrontati su tre differenti sfide: due erano focalizzate sulla sicurezza stradale, mentre una terza era orientata alla protezione e alla prevenzione in ottica prettamente assicurativa. L'obiettivo principale della manifestazione era quello di realizzare strumenti come "app" o di sviluppare idee tecnologiche dedicate alla sicurezza e che si rivolgessero prima di tutto ai giovani. Un modo per evidenziare come tutto il settore assicurativo sia attento alle esigenze delle nuove generazioni e, al tempo stesso, sappia essere in linea con l'evolversi della società e dei modelli comunicativi. Nel corso dei lavori c'è stato un costante confronto tra i concorrenti e i rappresentanti delle imprese assicurative, che hanno partecipato in qualità di giurati.

La manifestazione ha rappresentato un'importante possibilità per far incontrare giovani e mondo delle imprese. Molti ragazzi che hanno partecipato all'evento sono stati giudicati brillanti e hanno dimostrato di avere le potenzialità per entrare nel settore assicurativo, al punto che alcune aziende li hanno contattati per colloqui e per valutare possibilità di inserimento lavorativo.

Quindi la Fondazione non opera soltanto alla ricerca di nuovi prodotti e nuovi modelli che possano andare a vantaggio del mondo assicurativo, ma si propone anche come facilitatore di occupazione, in un momento in cui il tasso di occupazione, soprattutto quello giovanile, registra livelli davvero critici. Infatti, anche se in Italia la disoccupazione giovanile è calata negli ultimi mesi attestandosi al 31,5%, resta comunque il terzo Paese con il tasso di disoccupazione più elevato dopo Grecia (43,7%) e Spagna (36%) ([9]).

Nell'ambito più circoscritto della sicurezza stradale, innovazione e sicurezza rappresentano un binomio sempre più inscindibile nella prevenzione dell'incidentalità: basti pensare alla tecnologia presente a bordo dei veicoli, dall'assistenza alla frenata, al controllo della velocità e di pre-collisione, solo per citare i più noti. Le scatole nere fanno parte di questa famiglia di dispositivi e la Fondazione ANIA, negli anni, ha sperimentato questi device, soprattutto a favore dei guidatori professionali (autotrasportatori, autisti di bus e taxi), per monitorare i comportamenti di guida, studiare le cause di incidentalità (con particolare riferimento alla distrazione e all'uso del cellulare alla guida) e contrastare il fenomeno delle truffe correlate a incidenti simulati.

Dal 2016 i test con le scatole nere hanno coinvolto per la prima volta anche ciclomotori e motocicli. Quello delle due ruote infatti, rappresenta un segmento di forte criticità per la sicurezza stradale a causa della maggiore vulnerabilità di questa tipologia di guidatori, ma anche per una inadeguata formazione alla guida soprattutto dei più giovani.

Nel 2016 in Italia, secondo i dati ISTAT, gli incidenti che hanno coinvolto i veicoli a due ruote sono stati circa 25.000 e hanno causato la morte di 773 persone con una diminuzione della mortalità del 12% rispetto al 2015. In realtà, disaggregando il dato possiamo verificare che si registra una diminuzione del 15% per i motocicli, ma un aumento del 10% per i ciclomotori, quindi un incremento del numero delle

([9]) Dati Eurostat – aggiornamento gennaio 2018.

vittime per la categoria di veicoli con una cilindrata minore guidata soprattutto dai più giovani.

Il dato pone il nostro Paese in prima posizione nell'Unione Europea per numero di morti sulle due ruote, seguono Francia e Germania rispettivamente con 734 e 604 morti, mentre al quarto posto si trova la Spagna che registra meno della metà delle nostre vittime (397).

Per questo, la Fondazione ANIA ha avviato nel 2016 una sperimentazione con l'utilizzo di tecnologie che ci consentono di comprendere meglio gli errori dei guidatori delle due ruote e le più frequenti dinamiche d'incidente, in modo da poter migliorare, attraverso i dati raccolti, le informazioni da trasferire ai motociclisti per ridurre il rischio potenziale.

La sperimentazione è stata effettuata attraverso l'installazione di 500 scatole nere (250 con telecamera e 250 senza telecamera) che consentono di registrare sia gli stili di guida dei motociclisti che partecipano al progetto, sia gli errori più frequenti, nonché eventuali incidenti subiti e/o provocati.

I dati forniti dai sistemi senza la telecamera evidenziano che nel 2017 i mezzi monitorati hanno percorso 2,2 milioni di km, dei quali il 58,2% su strada urbana, il 28,3% su strada extraurbana, il 13,3% su autostrade, per il 90% durante il giorno e solo il 10% durante le ore notturne. Dei 235 allarmi pervenuti alla centrale, solo 7 hanno riguardato incidenti stradali.

Il monitoraggio segnala un problema di superamento dei limiti di velocità abbastanza diffuso: la percentuale di chilometri percorsi ad almeno 10 km/h sopra il limite è dell'8,7% su strada urbana, del 27,8% su strada extraurbana, del 17% su autostrade.

Tali dati confermano una criticità nota relativa ai guidatori italiani: nel solo 2016 le contravvenzioni elevate dalle Forze dell'ordine per eccesso di velocità sono state oltre 2 milioni e 700 mila, il 14% sul totale di tutte le multe effettuate.

La Fondazione ANIA ha sperimentato anche l'efficacia delle scatole nere con videocamera. Nel corso del 2017 i mezzi monitorati hanno percorso 342 mila km totali, prevalentemente in orario diurno e in area urbana.

Nel periodo invernale la percorrenza in km totali è risultata inferiore del 24% rispetto ai valori registrati nel 2016, probabilmente per le peggiori condizioni meteo.

L'attività monitorata nel corso del 2017 ha visto l'accadimento di 6 incidenti, principalmente dovuti a:

- velocità elevata con perdita di controllo del veicolo;
- sorpasso azzardato che ha causato alcuni incidenti stradali con coinvolgimento di altri veicoli;
- mancato rispetto della distanza di sicurezza;
- distrazione.

Dai filmati analizzati dei sinistri evitati (circa 1.250 video generati dal dispositivo in seguito a una brusca variazione accelerometrica) emerge che:

- il 40% è provocato direttamente dal guidatore del mezzo a due ruote;
- il 15% implica la responsabilità dell'automobilista;
- il 10% non coinvolge altri veicoli;
- il 5 % avviene di notte;
- il 20 % accade con strada bagnata o umida;
- il 10 % avviene con strada asciutta.

Se la velocità media in area urbana risulta essere entro i limiti previsti dal Codice della Strada, a causa del traffico e dei numerosi semafori presenti, il fattore di pericolo principale sono le accelerazioni con la strada sgombra. La velocità media totale in ambito urbano rilevata è 30,1 km/h. Sulle strade extraurbane la velocità sale e si attesta su una media compresa tra gli 80 e i 90 km/h.

Le condizioni meteo hanno una forte influenza sulla probabilità del verificarsi di un incidente. In presenza di pioggia o manto stradale umido le condizioni di aderenza diventano critiche, il rischio aumenta, una frenata brusca o improvvisa può causare una scivolata che spesso coinvolge altri veicoli. Non è un caso che il 20% delle situazioni a rischio sia avvenuto proprio con strada bagnata. Pericolo che cresce ulteriormente se alla pioggia si aggiunge anche il buio.

La Fondazione ANIA, inoltre, ha sviluppato una serie di iniziative rivolte in particolare ai guidatori professionali in quei segmenti di trasporto che, per l'elevato numero di chilometri percorsi quotidianamente, hanno una elevata frequenza di incidenti stradali. I tassisti, in particolare, rappresentano una categoria a rischio particolarmente importante. I dati assicurativi per questa tipologia di veicolo evidenziano infatti una frequenza sinistri di gran lunga superiore alla media di tutti i veicoli (33,06% rispetto a 5,65%).

È stato quindi definito con l'Unione Tassisti Italiani un protocollo di collaborazione che ha previsto l'avvio di un progetto di "risk management" che ha riprodotto il modello già promosso nel trasporto pubblico di linea e merci. Sono state installate 600 telecamere sui taxi per contenere il numero di incidenti stradali, verificando se i mezzi dotati di sistema con telecamera abbiano un minor numero di incidenti.

Sono state selezionate tre flotte di taxi in tre diverse città, in particolare 200 taxi a Milano, 200 a Roma e 200 a Napoli.

Nel capoluogo partenopeo la sperimentazione ha preso il via a fine 2017 attraverso la firma del protocollo di collaborazione tra Fondazione ANIA, Comune di Napoli e le organizzazioni dei tassisti. Nel mese di dicembre 2017 sono state avviate le installazioni su 200 taxi selezionati tra quelli esposti a un maggior livello di rischio.

A Milano il progetto, invece, è iniziato nel 2014 concludendosi a dicembre 2017, al termine dei tre anni di sperimentazione previsti. In questo periodo di monitoraggio sono stati percorsi 11 milioni di km e sono stati registrati 81 incidenti, 45 nel solo

2017 (di cui 58% subiti e 42% causati), la maggior parte (il 94%) avvenuti durante le ore diurne.

Gli incidenti sono stati registrati soprattutto in area urbana e a bassa velocità (79%), il 19% è avvenuto a velocità elevata (superiore a 50 km/h), il 2% a veicolo fermo. Si evidenzia come gli incidenti dovuti a velocità eccessiva siano diminuiti nel corso della sperimentazione, segno di una maggiore responsabilizzazione dei guidatori. Le dinamiche di incidente registrate hanno riguardato per il 33% il tamponamento, per il 29% gli scontri fronto/laterali, per il 18% la perdita di controllo con uscita di carreggiata, per il 12% il mancato rispetto della precedenza, per il 5% l'investimento di pedoni/ciclisti.

La sperimentazione su Roma invece, è stata avviata nel 2015 e i dati raccolti riguardano un periodo di 2 anni. I 200 veicoli monitorati hanno percorso 18 milioni di km. Sono stati registrati 116 incidenti, 45 nel solo 2017 (di cui 67% subiti e 33% causati), il 91% durante le ore diurne.

Anche in questo caso il maggior numero degli incidenti è avvenuto in area urbana e a bassa velocità e anche su Roma si sta evidenziando un trend di diminuzione degli incidenti dovuti a velocità eccessiva (superiore al limite previsto), passati da 56 del 2016 a 24 del 2017.

Le dinamiche di incidente registrate hanno riguardato per il 41% il tamponamento, per il 25% la perdita di controllo con uscita di carreggiata, per il 18% gli scontri fronto/laterali, per l'8% l'investimento di pedoni/ciclisti, per il 7% il mancato rispetto della precedenza.

I sistemi installati sono dotati di doppia telecamera, in particolare la seconda funge da sistema di protezione del tassista in caso di aggressione a bordo, costituendo un deterrente alle rapine e aiutando le Forze dell'ordine nella identificazione dei responsabili. A fine 2017 gli episodi violenti registrati sono stati quattro, 2 rapine a mano armata e 2 furti di oggetti a bordo.

Il settore auto è stato il laboratorio che ha consentito di comprendere l'effettiva potenzialità della tecnologia in chiave di prevenzione.

Il modello applicato in ambito auto è esportabile in altri settori come quelli relativi alla salute, all'invecchiamento e all'assistenza delle persone non autosufficienti. Basti considerare la proliferazione di *device* che aiutano le persone a monitorare il proprio stato di salute e benessere, o tutte quelle applicazioni che riguardano la domotica.

Ma non solo. Le nuove tecnologie possono venire in aiuto nella valutazione dell'adeguatezza dei luoghi in cui si vive e si lavora, nonché nell'accelerare le procedure di valutazione dei danni provocati dalle calamità in modo da rendere più rapidi gli interventi di messa in sicurezza.

La tecnologia e l'innovazione rappresentano il futuro dell'offerta assicurativa; piattaforme di servizi e *device* per profilare e fornire gli strumenti di prevenzione, intercettare

il nuovo modo di dialogare dei millennials e anticiparlo non rappresenta una sfida futura, ma un modello da realizzare nell'immediato.

La Fondazione ANIA sarà il luogo dove sperimentare, dove capire e misurare come e quando innovare. A questo scopo la Fondazione si è rivolta alle principali eccellenze italiane nel campo dell'innovazione tecnologica, della ricerca scientifica e della sperimentazione sui device più innovativi, avviando protocolli di intesa con il Campus Biomedico di Roma e con l'Ospedale Bambino Gesù.

La comunicazione e l'immagine sociale del settore assicurativo

Anche nel 2017 la Fondazione ANIA è stata presente al Meeting di Rimini con uno stand dove si sono proposte diverse aree con attività di sensibilizzazione e formazione sulla sicurezza e prevenzione.

Lo stand è stato diviso in tre "angoli tematici" per cercare di intercettare e rispondere ai bisogni delle varie tipologie di visitatori. In particolare le tre sezioni erano così organizzate:

- area prevenzione e salute: in cui venivano effettuati check up gratuiti su vista, udito, controllo dei riflessi e monossido di carbonio nei polmoni, postazione cardiologica e screening per la valutazione delle malattie neurocognitive;
- area sicurezza stradale: in cui sono stati presentati due simulatori di guida statici, un simulatore di guida dinamico e un tappeto per la simulazione della guida in stato di ebbrezza;
- area previdenza: in cui un esperto presentava il calcolo della propria pensione agli utenti con un particolare software.

Sempre in tema di rischiosità stradale, va detto che una volta che l'incidente si verifica, i traumi conseguenti all'incidente, anche per la gravità delle conseguenze che producono, determinano un forte impatto emotivo che coinvolge le vittime dell'evento e i loro familiari. Ai danni fisici di un incidente si associano spesso conseguenze psicologiche tali da incidere in maniera rilevante e permanente sulla qualità della vita dei soggetti coinvolti e dei loro congiunti. Partendo da queste considerazioni, la Fondazione ANIA, in collaborazione con la Facoltà di Psicologia della Sapienza Università di Roma e con la Polizia stradale, ha avviato ANIA Cares. Un progetto triennale unico al mondo, che si pone l'obiettivo di fornire un supporto psicologico a chi, direttamente o indirettamente, è coinvolto in un incidente stradale grave, riducendo la cosiddetta "vittimizzazione secondaria", ovvero la condizione di abbandono che si vive dopo l'evento.

Il 31 dicembre 2017 si è completato il triennio di sperimentazione con il raggiungimento degli obiettivi prefissati:

- realizzazione del modello scientifico d'intervento;
- formazione di 100 psicologi secondo il nuovo modello definito;
- formazione degli agenti di Polizia Stradale che hanno il compito di intervenire sull'incidente stradale e annunciare l'evento ai familiari;

- attivazione di numero verde (800 893 510) operativo per le aree pilota (Firenze, Milano, Roma, Campobasso);
- conferenze stampa locali di presentazione;
- predisposizione del materiale didattico/informativo (manuali e folder);
- attivazione delle collaborazioni con gli ospedali Niguarda (Milano), Careggi (Firenze), Gemelli (Roma), Cardarelli (Campobasso);
- interventi diretti di pronto soccorso psicologico sulle vittime di incidente stradale e per i loro familiari.

Il servizio di Pronto Soccorso Psicologico, a conclusione del 2017, ha visto l'erogazione di **75** interventi; di questi, su Roma che ha il nucleo di Operatori più numeroso, se ne sono attivati 48 che corrispondono al 64% del totale; Firenze e Milano hanno invece registrato inaspettatamente 14 e 13 interventi.

Per valutare l'efficacia del progetto, sono stati elaborati da parte della Facoltà di Psicologia della Sapienza di Roma dei modelli di valutazione dei soggetti trattati. Per una prima misurazione dell'azione di sostegno psicologico e di terapia sul trauma sono state predisposte delle misurazioni precedenti e successive all'intervento.

I risultati evidenziano il successo del progetto e l'efficacia del modello. L'intervento degli psicologi è stato valutato come molto positivo dalle vittime stesse, dai medici, dagli operatori di Polizia locale e stradale.

Gli aspetti emotivi sono gestiti in maniera migliore tramite l'intervento psicologico; la valutazione clinica mostra effetti di diminuzione di risentimento, rabbia e facilitazione dell'inizio di un percorso di gestione.

Dati i positivi risultati la Polizia stradale ha reso obbligatorie le richieste di intervento ANIA Cares per gli incidenti con persone decedute o macrolese, attivando una procedura con una Processing card a bordo di ogni pattuglia delle città pilota.

Dal 2016, inoltre, ANIA Cares è stato arricchito da un'ulteriore componente: il recupero motorio dei macrolesi. La Fondazione ANIA in collaborazione con la Fondazione Universitaria «Foro Italico» ha messo a disposizione tre Esoscheletri - ReWalk Robotics, per sviluppare nel centro universitario di Roma un percorso riabilitativo triennale rivolto a un campione di 50 persone di età compresa tra i 18 e i 35 anni, vittime di un grave incidente che ha provocato la paralisi degli arti inferiori.

L'iniziativa si pone l'obiettivo di:

- sperimentare l'efficacia riabilitativa di nuovi sistemi tecnologici;
- far conoscere le opportunità fornite da nuovi sistemi tecnologici nella riabilitazione di gravi traumatizzati;
- supportare i grandi invalidi nel tornare a svolgere attività tipiche e elevare gli standard qualitativi della vita quotidiana;
- migliorare i processi di accoglienza nei confronti delle vittime da parte dei propri familiari;
- migliorare la qualità della vita alle persone che non sono più in grado di camminare;
- ridurre la lacuna, oggi esistente, nel rapporto vittima ed assicuratore.

I pazienti mielolesi che hanno aderito ai differenti protocolli sperimentali sono stati 25, di questi 9 hanno interrotto il training dopo alcune settimane, 16 invece lo stanno svolgendo in maniera continuativa e consentono di fare un'analisi più approfondita.

L'obiettivo dell'analisi è quello di valutare quali siano le implicazioni dell'utilizzo dell'esoscheletro sulle rappresentazioni del corpo in pazienti paraplegici, cercando di comprendere se il cervello umano può imparare a trattare protesi rilevanti (esoscheletro) come parte del corpo.

I risultati generali dell'intervento psicologico sui pazienti trattati con esoscheletro sono molto soddisfacenti ed evidenziano:

- un generale miglioramento della qualità della vita
- un generale miglioramento nella comunicazione con gli altri
- un miglioramento del sonno e della qualità del riposo

Lo studio che attualmente risulta essere uno dei più ampi al mondo come numero di casi trattati, proseguirà anche nel 2018 e 2019, consentendo di acquisire un cospicuo numero di dati.

IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

Il Forum ANIA-Consumatori è una fondazione costituita da ANIA a cui partecipano rappresentanti delle imprese assicuratrici, delle associazioni dei consumatori e personalità indipendenti. Fanno parte del Forum e siedono nel suo organo direttivo nove associazioni dei consumatori rappresentative a livello nazionale: Adiconsum, Adoc, Cittadinanzattiva, Codacons, Federconsumatori, Lega Consumatori, Movimento Consumatori, Movimento Difesa del Cittadino, Unione Nazionale Consumatori.

All'interno del Forum, imprese e associazioni dialogano su temi importanti per il settore e la società nel suo complesso e sviluppano attività, studi e progetti su tre principali aree tematiche. In primis sul tema del welfare, approfondendo la situazione attuale e le prospettive dello stato sociale, con l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica sui riflessi che ne derivano per le famiglie italiane e di individuare proposte comuni da presentare agli interlocutori istituzionali. In secondo luogo viene presidiato il campo delle attività di educazione e formazione assicurativa, cercando di incentivare lo sviluppo di una maggiore consapevolezza e informazione sulla gestione dei rischi, la pianificazione previdenziale e la tutela del proprio benessere. Terzo ambito operativo è quello caratterizzato dalle problematiche dell'economia dei rapporti tra consumatori e imprese assicuratrici, nonché la realizzazione delle attività previste da accordi tra ANIA e associazioni dei consumatori.

WELFARE

All'interno del Forum ANIA-Consumatori è proseguito il confronto sull'attuale modello di welfare, sui nuovi assetti che si vanno delineando e sul ruolo sociale dell'assicurazione in questo contesto. In tale ambito, il Forum ha realizzato numerose attività di analisi e studi, in collaborazione con importanti centri di ricerca e istituti accademici.

Nel corso del 2017, in particolare, il Forum ha sviluppato insieme al Censis e alle associazioni dei consumatori numerose iniziative di approfondimento e di comunicazione legate al programma "Gli scenari del welfare", finalizzate alla valorizzazione delle proposte comuni in tema di welfare del Forum ANIA-Consumatori.

Il Forum, inoltre, ha partecipato alla realizzazione del *III Rapporto sul secondo welfare in Italia* nell'ambito del progetto "Percorsi di Secondo Welfare", che è nato su iniziativa del Centro di Ricerca Luigi Einaudi di Torino e a cui partecipano imprese, fondazioni, sindacati ed enti locali.

Programma "Gli scenari del welfare"

Nel 2017 il Forum ANIA-Consumatori ha finalizzato il programma "Gli scenari del welfare", una serie di approfondimenti sui temi delle pensioni, della sanità, dei pro-

blemi dell'invecchiamento e della necessità di assistenza, realizzati dal Censis e dalle associazioni dei consumatori che fanno parte del Forum.

Tale programma è nato con l'obiettivo di valorizzare le *Proposte per un welfare equo e sostenibile* del Forum ANIA-Consumatori: otto proposte condivise da assicuratori e consumatori che mirano a promuovere trasparenza, equità, efficienza e affidabilità del sistema italiano di welfare, nonché a stimolare maggiore attenzione da parte dell'opinione pubblica alla prevenzione e alle conseguenze dell'evoluzione demografica del nostro Paese, come l'esposizione alla perdita di autosufficienza delle classi di età più anziane, sempre più numerose nella struttura della nostra popolazione (per scaricare il documento http://forumaniaconsumatori.it/images/pdf/ott2017_proposte_forum_welfare.pdf).

Nel 2017 le presentazioni dei risultati delle iniziative hanno visto il coinvolgimento – oltre a rappresentanti di ANIA e del Forum ANIA-Consumatori – di personalità delle Istituzioni, del mondo accademico e sociale. Inoltre, hanno raccolto grande interesse da parte della stampa e dell'opinione pubblica.

I DATI PIÙ SIGNIFICATIVI DEL RAPPORTO CENSIS

Il Censis ha realizzato un rapporto dedicato al tema del welfare che, come i precedenti lavori sviluppati per il Forum ANIA-Consumatori, va ad analizzare l'evoluzione della protezione sociale nel nostro Paese e le sue prospettive future. Un racconto che si focalizza su cosa il welfare è destinato a diventare nella società italiana alla luce della situazione economica e dei trend attuali, dal quale emergono dati interessanti e si possono trarre degli spunti di riflessione.

In primo luogo, si evidenzia che il clima attuale è caratterizzato da una lenta ripresa economica e da un diffuso sentimento di incertezza che porta gli italiani ad accumulare liquidità. Infatti, il 35,6% degli italiani dichiara di tenere contanti in casa per affrontare emergenze e per sentirsi tutelato dalle incertezze del futuro. Ci sono segnali di lenta ripresa rispetto agli anni più duri della crisi, ma restano oltre 3,8 milioni di famiglie con difficoltà a far quadrare i conti a fine mese.

Dal rapporto emergono evidenti lacune del welfare pubblico: per il 52,6% degli italiani garantisce infatti solo le prestazioni di base e di conseguenza il resto bisogna pagarselo di tasca propria. Inoltre, secondo il 28% degli intervistati non eroga nemmeno le prestazioni essenziali e solo per il 19,4% garantisce tutte le coperture di cui si ha bisogno.

La percezione di avere minori coperture da parte dello Stato determina una forte insicurezza nella popolazione: il 37,6% dichiara di aver paura di ammalarsi, il 34,2% di perdere il lavoro e delle connesse difficoltà di reddito, il 29,1% è preoccupato per i rischi legati alla casa (esplosioni, incendi, atti vandalici, furti), il 29% teme i rischi determinati dalla non autosufficienza (dati in linea con le precedenti rilevazioni realizzate dal Censis per il Forum).

Anche sul tema delle pensioni, gli italiani mostrano pessimismo. Infatti, sperano di andare in pensione mediamente a 62 anni, ma pensano più realisticamente che la riceveranno quando ne avranno 69. Per i giovani millennials, in particolare, si rivela il gap più alto tra l'età di pensione desiderata (60,2) e quella che invece si aspettano (71,8).

Anche per ovviare alle mancanze del welfare pubblico, nell'ultimo anno gli italiani hanno speso oltre 60 miliardi di euro di tasca propria per prestazioni sanitarie, di assistenza a persone non autosufficienti e per l'istruzione, spesso pagando "in nero". Non sorprende, quindi, che per il 73% degli italiani le spese di welfare pesino molto o abbastanza sul proprio bilancio familiare.

Infine, per quanto concerne la diffusione di strumenti assicurativi, si evidenzia che il 64,6% degli italiani possiede almeno uno strumento assicurativo (escludendo la polizza r.c. auto). Emerge poi che il 49,1% è intenzionato ad acquistare una polizza d'assicurazione come strumento di tutela, con quote più alte tra millennials, laureati, residenti al Sud-Isole, coppie con figli.

FOCUS TERRITORIALI

Una sezione dell'indagine Censis realizzata per il Forum ANIA-Consumatori è stata dedicata all'esame del welfare e della società in specifici contesti territoriali. In particolare, sono stati realizzati dei Focus di ricerca in tre distinte regioni: Lombardia, Toscana e Puglia.

Tradizionalmente, il nostro Paese è stato caratterizzato da differenze territoriali, che si sono poi acuite negli anni portando alla regionalizzazione del welfare come esito evidente della stagione della *devolution* che ha preceduto la fase attuale.

I risultati delle indagini territoriali – presentati a Bari, Firenze e Milano nel corso del 2017 – mostrano la non esistenza di un modello di welfare unico e ideale, ma piuttosto di tanti welfare a livello regionale e territoriale che si confrontano con la concreta dinamica dei bisogni sociali e i relativi determinanti. E, alla luce delle fenomenologie e dei processi in atto sui territori, è possibile avanzare ipotesi e soluzioni capaci di creare una nuova sostenibilità del welfare nazionale a partire dai contesti locali.

VOLUME "PIÙ PILASTRI, UN SOLO SISTEMA"

Nel 2017 è proseguito lo sviluppo della collana di volumi del Forum ANIA-Consumatori *Gli scenari del welfare*, in collaborazione con l'editore Franco Angeli, con la nuova pubblicazione "Più pilastri, un solo sistema".

Nel volume sono pubblicate l'ultima indagine sul tema del welfare realizzata dal Censis per il Forum ANIA-Consumatori e le *Proposte per un welfare equo e sostenibile* condivise da assicuratori e consumatori.

Le precedenti pubblicazioni della collana riguardavano tre indagini, realizzate sempre in collaborazione con il Censis, intitolate "Tra nuovi bisogni e voglia di futuro", "Le nuove tutele oltre la crisi" e "Verso uno stato sociale sostenibile".

CULTURA ASSICURATIVA

Uno degli scopi statutari del Forum è sviluppare iniziative di informazione e di educazione sui temi assicurativi per consentire scelte consapevoli da parte dei consumatori. I rappresentanti delle associazioni dei consumatori e delle imprese assicuratrici che compongono il Forum ritengono infatti indispensabile che i cittadini dispongano delle conoscenze necessarie prima di prendere decisioni finanziarie importanti per loro stessi e per le loro famiglie.

Alcune conoscenze di base sono necessarie, ad esempio, per pianificare i costi dell'istruzione dei figli, per una gestione ponderata del credito, per ottenere una copertura assicurativa adeguata e per prepararsi al meglio alla pensione.

Perseguendo l'obiettivo di educare giovani e adulti a una maggiore consapevolezza rispetto a tali temi, il Forum ANIA-Consumatori si occupa di formazione assicurativa per gli operatori delle associazioni dei consumatori, realizza una collana di guide intitolata "L'assicurazione in chiaro" e sviluppa le iniziative culturali "Gran Premio di Matematica Applicata" e "Io e i rischi", programma educativo finalizzato a diffondere la cultura assicurativa nelle scuole e nelle famiglie italiane.

Nello sviluppo delle sue iniziative, il Forum ANIA-Consumatori ha da sempre adottato una politica inclusiva e si avvale, oltre che del costante contributo delle associazioni dei consumatori, dell'autorevole collaborazione di associazioni di docenti, università, fondazioni culturali.

Nel 2017, a questi partner si sono aggiunti anche due importanti attori della rete distributiva: infatti, il Sindacato Nazionale Agenti (SNA) e l'Associazione Italiana Brokers di Assicurazione e Riassicurazione (AIBA), hanno siglato con il Forum due distinti accordi volti a valorizzare le attività della fondazione in tema di formazione e di educazione assicurativa.

L'assicurazione a scuola con "Io e i rischi"

Il Forum ANIA-Consumatori ha realizzato il programma di educazione assicurativa "Io e i rischi" con l'obiettivo di promuovere nelle nuove generazioni una maggiore consapevolezza del rischio e una cultura della sua prevenzione e gestione nel percorso di vita. Questa iniziativa è realizzata in collaborazione con l'Associazione Europea per l'Educazione Economica (AEEE Italia), la consulenza scientifica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e dell'Università Bocconi di Milano, con il Patrocinio dell'Istituto Nazionale di Documentazione, Innovazione e Ricerca Educativa.

"Io e i rischi" è citato nel rapporto "L'educazione finanziaria in Italia: oggi e domani. Il primo censimento nazionale delle iniziative promosse sul territorio", presentato presso la Banca d'Italia nel 2017, in cui sono illustrati i principali programmi di educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale presenti nel nostro

Paese. Inoltre, attraverso questo programma educativo, il Forum ANIA-Consumatori partecipa – insieme con Banca d'Italia, Anasf, ABI – al tavolo di confronto sulla educazione finanziaria organizzato dall'Ufficio Scolastico Regionale della Lombardia.

Va sottolineato infine che "Io e i rischi" ha meritato l'attenzione del comparto assicurativo anche a livello internazionale ed è inserito da Insurance Europe (IE) tra le *best practices* di educazione finanziaria realizzate dal settore a livello europeo.

Da un punto di vista pratico, si tratta di un percorso formativo per gli studenti delle scuole medie e delle superiori, che si sviluppa attraverso lezioni in classe condotte dai loro stessi docenti, a cui viene consegnato un kit didattico contenente materiali ludico-educativi. I moduli didattici realizzati per i ragazzi delle medie si focalizzano sui concetti di rischio, prevenzione e mutualità, mentre quelli predisposti per le superiori affrontano i temi della gestione del rischio durante il ciclo di vita, della previdenza, della pianificazione del futuro e dell'assicurazione.

L'offerta formativa si articola anche in concorsi a cui possono partecipare le classi e gli studenti coinvolti nell'iniziativa; conferenze didattiche dedicate agli studenti delle scuole superiori; spettacoli teatrali per i giovanissimi, che hanno per oggetto i contenuti presenti nei moduli didattici (rischio, prevenzione e mutualità); materiali diretti alle famiglie con bambini.

In pochi anni di attività, il programma educativo "Io e i rischi" nelle sue diverse declinazioni ha coinvolto oltre 110.000 studenti provenienti da scuole di ogni regione italiana.

Concorso nazionale "Gran Premio di Matematica Applicata"

Il "Gran Premio di Matematica Applicata" è una iniziativa connessa alle attività educative "Io e i rischi" per gli studenti delle superiori, che viene sviluppata dal Forum insieme con la Facoltà di Scienze Bancarie, Finanziarie e Assicurative (corso di laurea in Scienze Statistiche e Attuariali) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, con il patrocinio della Regione Lombardia e del Consiglio Nazionale degli Attuari.

Il "Gran Premio" è una competizione riservata agli studenti che frequentano gli ultimi due anni di scuola media superiore ed è concepita per consentire ai ragazzi di valorizzare le proprie competenze logico-matematiche da spendere nelle diverse situazioni della vita. I quiz propongono, infatti, problemi che si risolvono applicando alla vita reale modelli matematici intuitivi.

Attraverso questa iniziativa, il Forum ANIA-Consumatori si propone di valorizzare le competenze matematiche dei ragazzi e avvicinarli all'aspetto più concreto di questa disciplina, nonché sensibilizzare gli studenti sulle opportunità professionali

che si aprono per chi intraprende un percorso universitario in scienze statistiche e attuariali.

Il "Gran Premio" sta ottenendo un successo sempre maggiore e quest'anno è riuscito a coinvolgere oltre 9.000 studenti (+18% rispetto al 2017), provenienti da 142 istituti superiori di diciotto regioni italiane. I migliori classificati sono stati premiati insieme ai loro docenti con tablet e altri dispositivi multimediali nel corso di una cerimonia di premiazione, che si è tenuta il 24 marzo 2018 in contemporanea presso le sedi di Roma e Milano dell'Università Cattolica, alla presenza di autorevoli rappresentanti del mondo accademico e assicurativo.

COMITATO PER L'EDUCAZIONE FINANZIARIA

Il Comitato per la programmazione e il coordinamento delle attività di educazione finanziaria ha lo scopo di promuovere e coordinare iniziative utili a innalzare tra la popolazione la conoscenza e le competenze finanziarie, assicurative e previdenziali e migliorare per tutti la capacità di fare scelte coerenti con i propri obiettivi e le proprie condizioni.

È stato istituito nel 2017 con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'istruzione, università e ricerca e con quello dello sviluppo economico, in attuazione della legge n. 15/2017, recante "Disposizioni urgenti per la tutela del risparmio nel settore creditizio", il cui articolo 24 bis prevede una serie di "Disposizioni generali concernenti l'educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale".

Il Comitato è composto da undici membri ed è presieduto da un direttore, la Prof.ssa Anna Maria Lusardi, con comprovate competenze ed esperienza nel settore. Gli altri componenti sono stati indicati dal Ministero dell'economia e delle finanze, dell'istruzione, università e della ricerca, dello sviluppo economico, del lavoro e delle politiche sociali, nonché dalla Banca d'Italia, dalla Commissione nazionale per le società e la borsa (CONSOB), dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS), dalla Commissione di vigilanza sui fondi pensione (COVIP), dal Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti e dall'Organismo di vigilanza e tenuta dell'albo unico dei consulenti finanziari (OCF).

La più importante iniziativa avviata dal Comitato è stata quella di mettere a punto una "Strategia Nazionale per l'Educazione Finanziaria", che nel corso del 2018 è stata sottoposta a pubblica consultazione alla quale ANIA ha offerto il proprio contributo.

Inoltre, il 16 aprile 2018 è stato presentato il nuovo portale web di educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale (http://www.quellocheconta.gov.it/it/) che ha l'obiettivo di rappresentare una fonte informativa autorevole nelle materie finanziarie e per i cittadini un'opportunità per accrescere le proprie conoscenze in tale ambito.

Infine, tramite la Banca d'Italia, è stato predisposto un censimento delle iniziative di educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale presenti nel nostro Paese, nel quale sono citati il programma di educazione assicurativa "Io e i rischi" e la collana di guide "L'Assicurazione in chiaro" realizzati dal Forum ANIA-Consumatori.

Collana di guide "l'Assicurazione in chiaro"

Il Forum ANIA-Consumatori ha realizzato una collana di guide intitolata "L'Assicurazione in chiaro", che ha l'obiettivo di illustrare al grande pubblico, con un linguaggio semplice e concreto, i temi assicurativi di maggiore interesse per i consumatori.

La quarta pubblicazione della collana è stata presentata a settembre 2017, si intitola "L'Assicurazione Casa e Famiglia" e cerca di illustrare in maniera chiara ed esaustiva cosa è questa polizza, fornendo al lettore ogni informazione utile a riguardo.

In particolare, nel volume sono descritte le caratteristiche generali di questa copertura e approfondite le diverse garanzie previste nei contratti (es. incendio, furto, responsabilità civile). Inoltre, vengono affrontati temi innovativi e attuali come quello del riflesso delle nuove tecnologie sui prodotti assicurativi dedicati alla casa e le coperture contro i rischi catastrofali.

Le precedenti pubblicazioni della collana "L'Assicurazione in chiaro" riguardavano la r.c. auto – di cui è stata realizzata una seconda edizione aggiornata a maggio 2017, la distribuzione assicurativa e l'assicurazione vita. Tutti i volumi sono disponibili in formato elettronico sui siti internet del Forum ANIA-Consumatori (www.forumaniaconsumatori.it) e del programma educativo "Io e i rischi" (www.ioeirischi.it). Inoltre, sono messi a disposizione del pubblico anche attraverso i siti internet delle associazioni dei consumatori e delle imprese interessate.

Nel 2018, il Forum ANIA-Consumatori realizzerà e pubblicherà una nuova guida dedicata al tema dell'assicurazione sanitaria e un aggiornamento del volume dedicato alla distribuzione.

LA CUSTOMER SATISFACTION NEL MERCATO ASSICURATIVO

ANIA conduce periodiche rilevazioni sulla soddisfazione degli assicurati con l'obiettivo di approfondire il fondamentale tema della relazione cliente/impresa, di seguirne l'evoluzione nel tempo e di consentire alle singole compagnie analisi di posizionamento e benchmarking con le medie di mercato.

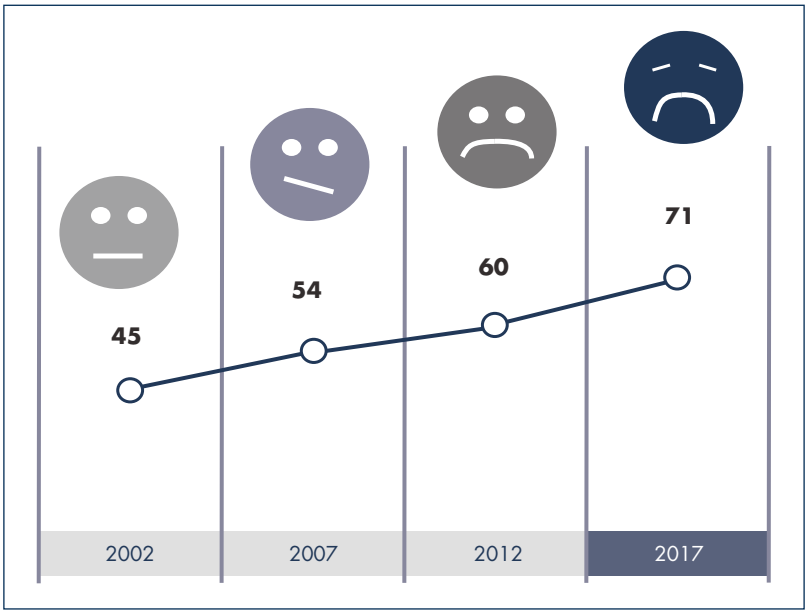
L'Osservatorio ANIA sulla customer satisfaction nel mercato assicurativo italiano integra la misurazione della soddisfazione degli assicurati con il monitoraggio dei climi sociali e degli atteggiamenti presenti nel mercato. Studia l'evoluzione dei valori e delle sensibilità degli italiani verso la gestione dei rischi, la previdenza, la prevenzione, la protezione del benessere proprio e della propria famiglia, i significati, il valore e il ruolo da essi attribuito alla professione, agli attori, alla pratica dell'assicurarsi. Approfondisce, inoltre, i riflessi dell'evoluzione digitale delle famiglie italiane nella relazione tra cliente e impresa. Il punto di vista dei consumatori è rilevato e analizzato dall'istituto di ricerca GFK; tale attività viene integrata da un approfondimento dei fattori strutturali che influiscono, dal lato dell'offerta, sulla relazione con

i clienti, sviluppato dal Centro Baffi Carefin (Centre for Applied Research on International Markets, Banking, Finance and Regulation) dell'Università Bocconi.

I principali risultati

Rispetto all'ultima rilevazione condotta nel 2015, il monitoraggio del 2017 si sviluppa in un contesto sociale caratterizzato da una maggiore presa di coscienza del crescente gap di protezione del nostro stato sociale, che si traduce in una generalizzata preoccupazione per il futuro.

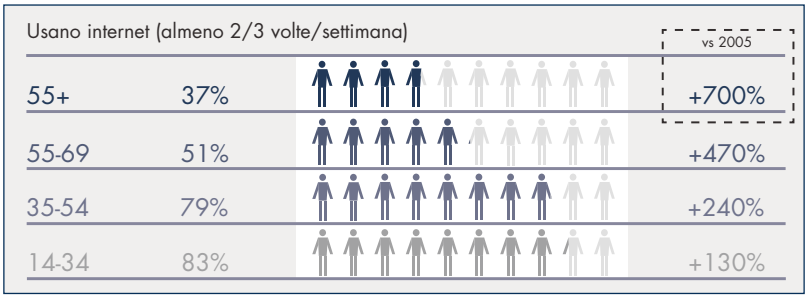
Popolazione 14+ preoccupata per il futuro



Fonte: GfK Sinottica TSSP

Altro aspetto marcante è l'accelerazione della digitalizzazione, che coinvolge tutte le coorti sociali.

Il ricorso a internet nelle generazioni – 2017

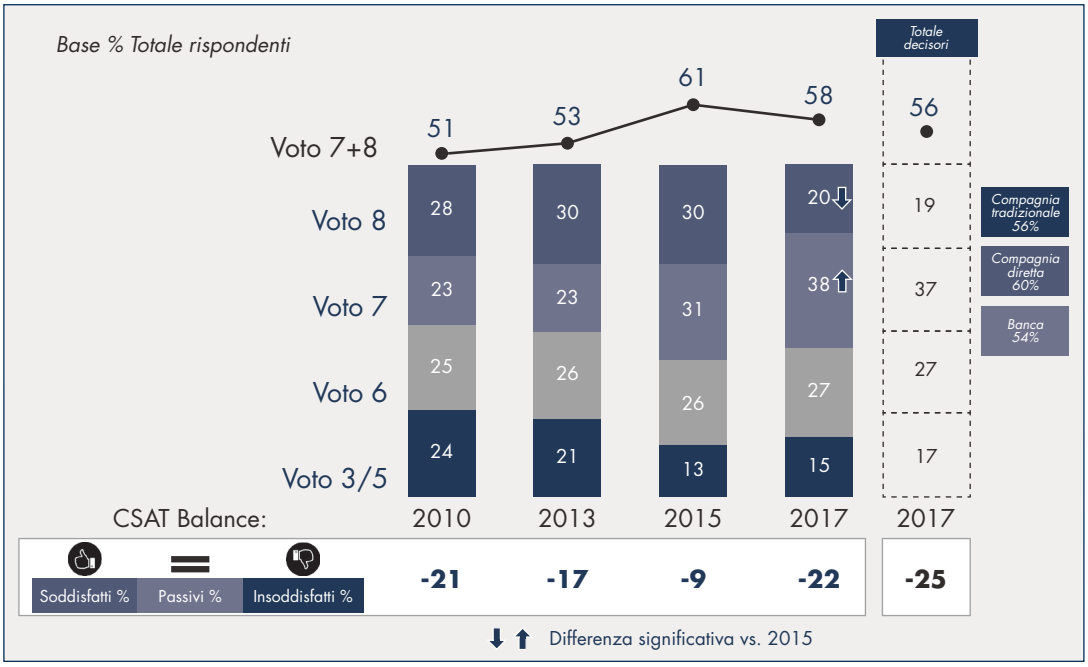


Fonte: GfK Sinottica TSSP

Per quanto concerne la customer satisfaction, la nuova edizione del monitoraggio registra, rispetto alla precedente, un assestamento nella relazione dei clienti con il loro provider assicurativo principale. A livello di sistema la soddisfazione complessiva si attesta, comunque, su livelli elevati: la quota di clienti che assegna una valutazione positiva (voti da 6 a 8) è pari oggi all'83% presso i decisori (85% presso i capifamiglia contro l'87% nel 2015).

I decisori pienamente soddisfatti (voti 7+8) sono in leggero calo: il 56% (58% i capifamiglia contro il 61% nel 2015), con una contrazione significativa delle valutazioni d'eccellenza presso i capifamiglia: infatti, solo il 20% utilizza il voto 8 per indicare la propria soddisfazione (il 30% nel 2015), a favore di valutazioni che denotano una soddisfazione più tiepida.

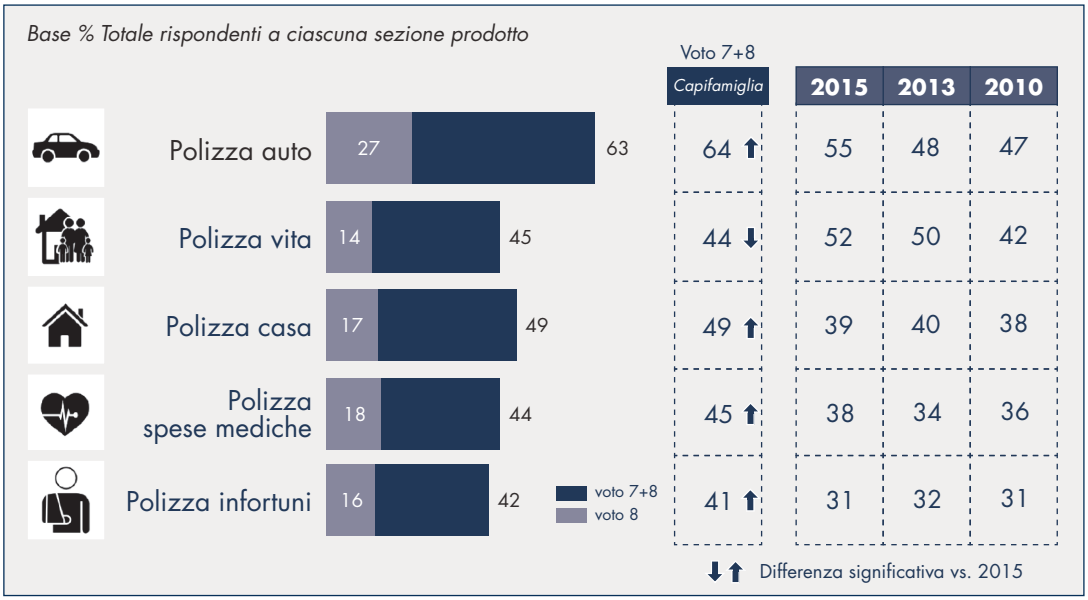
Soddisfazione complessiva per il provider assicurativo principale: trend 2013-2017



Fonte: GfK Sinottica TSSP

La soddisfazione per le diverse tipologie di assicurazione si conferma positiva e in crescita significativa per tutte le polizze, ad eccezione della sola polizza vita che registra un calo dopo la crescita progressiva delle ultime tre edizioni del monitoraggio.

La soddisfazione complessiva per i diversi prodotti in trend



Fonte: GfK Sinottica TSSP

Le aspettative e le preoccupazioni dei millennials

Per quest'ultima edizione, l'Osservatorio ha dedicato uno specifico focus qualitativo ai millennials, con l'obiettivo di evidenziare tendenze e atteggiamenti di questa componente del mercato destinata ad acquisire sempre maggiore centralità.

Per i millennials italiani, il futuro è immediato sinonimo di imprevedibilità e produce senso di incertezza e insicurezza, pur senza piegarsi ad atteggiamenti meramente rinunciatari. In questo contesto, emergono comunque alcuni punti fermi: in primis la famiglia di origine, che costituisce il proprio "personal welfare", è il supporter (morale e spesso finanziario) dei propri progetti. Per chi ne ha già costituita una, la propria famiglia è il progetto e il punto di riferimento più importante, intorno a cui ruotano e acquistano senso tutti gli altri progetti.

Altro aspetto fondante della dimensione vitale di questa componente del mercato è la casa. Possedere un'abitazione contribuisce in modo determinante al sentiment di stabilità del presente. È un traguardo da raggiungere per chi ancora non ce l'ha, un progetto che si desidera prima o poi realizzare. Anche presso i millennials dunque – e in questo confermano la passione italiana per la casa di proprietà – l'acquisto di un'abitazione è prioritario. Grande importanza hanno poi lavoro, relazioni sociali e qualità della vita, sfere in cui viene perseguita la realizzazione personale e la crescita verso l'età matura.

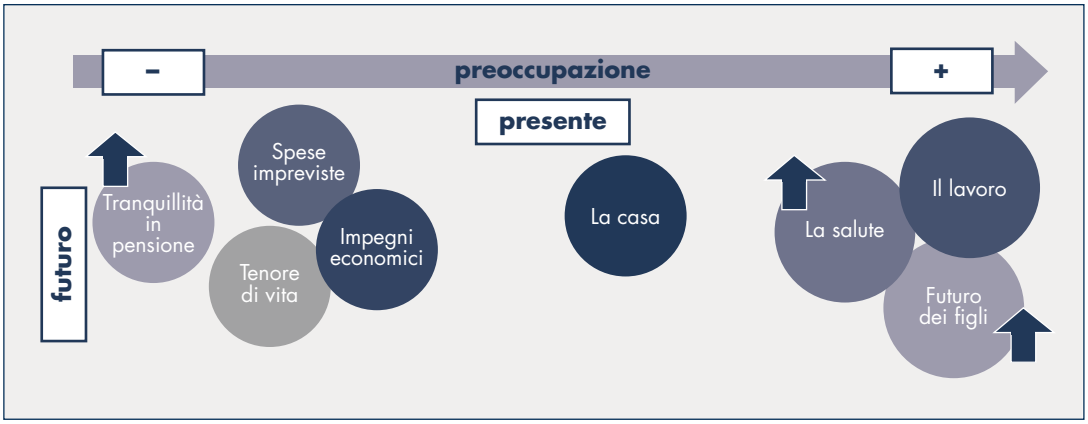
Quanto alla modernità digitale, essa è vista come una fonte di opportunità che ha permesso di cambiare la gestione della quotidianità, rendendola più efficiente e semplice. Un supporto che agevola ulteriormente la qualità della vita. Aspetti questi che tra qualche tempo saranno considerati strutturali, acquisiti, ma che per il momento sono ancora sottolineati come un dato positivo caratterizzante dell'oggi.

In questo contesto, rispetto ai propri punti fermi, non mancano le sfere di preoccupazione in prospettiva futura. In primo luogo quella del lavoro, in cui è avvertita la progressiva erosione delle tutele storiche, della stabilità lavorativa e di un ciclo economico globale incerto. Secondo grande elemento di attenzione è la protezione della salute, un bene preziosissimo per sé e una criticità con riferimento ai propri genitori. Anche se in questa fascia di età si tende a darla per scontata, persiste la consapevolezza che malattie o infortuni gravi potrebbero penalizzare gravemente la qualità di vita e la capacità di far fronte a impegni, lavoro, famiglia.

Tuttavia, ciò che li preoccupa maggiormente è lo stato di salute dei genitori con l'avanzare dell'età. La prefigurazione del ruolo di *care giver*, infatti, è fonte di forte inquietudine per le ripercussioni che potrebbe avere sulla propria capacità di far fronte agli impegni personali e professionali, cui si aggiungerebbero quelli necessari per l'assistenza ai genitori.

Terza sfera di inquietudine è la famiglia. In questo ambito, l'incertezza che pesa sul futuro è strettamente legata ai figli: si potrà dare loro supporto per costruirsi una vita come ha fatto la propria famiglia di origine? Su questo tema è interessante notare che anche i millennials che non sono genitori evidenziano preoccupazione per il futuro dei figli che potrebbero avere in futuro.

Le preoccupazioni dei millennials

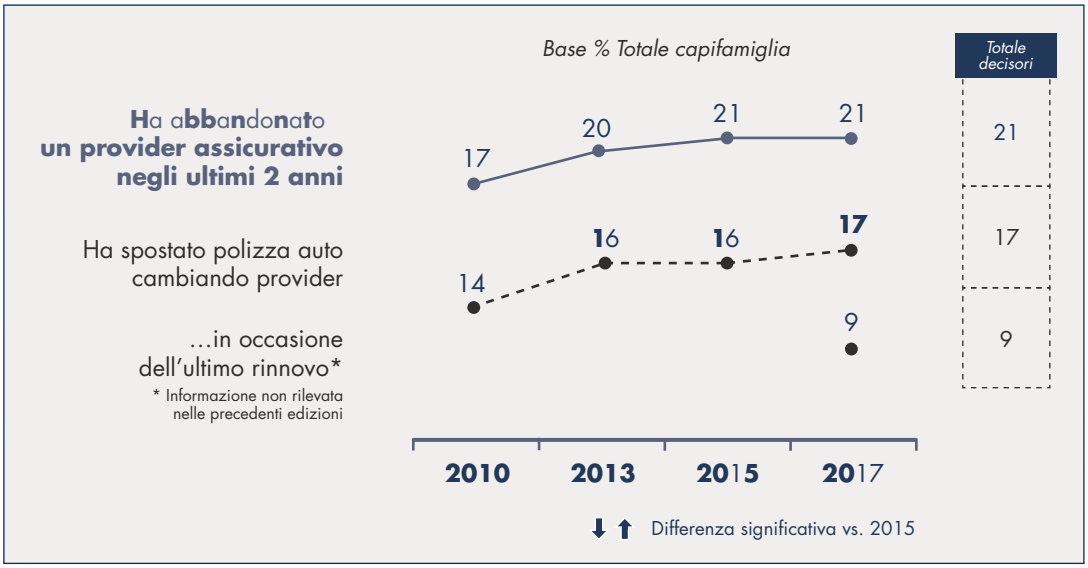


Fonte: GfK Sinottica TSSP

Il dinamismo del mercato e l'orientamento al trade-off

Le ultime edizioni del monitoraggio indicavano un elevato tasso di dinamismo del mercato assicurativo, determinato dalla ragguardevole quota di assicurati che dichiaravano di aver cambiato fornitore assicurativo negli ultimi due anni.

Il dinamismo nel mercato – ultimi due anni



Fonte: GfK Sinottica TSSP

I dati della nuova edizione confermano tale quadro attestando l'esistenza di un bacino stabile, pari al 21% di assicurati indipendentemente dal target considerato, che hanno cambiato provider assicurativo negli ultimi due anni. La quota più consistente di switch ha avuto luogo con riferimento alla polizza auto (17%, 16% nel 2015). In particolare, poco più della metà degli assicurati che hanno preso questa decisione l'ha fatto in occasione dell'ultimo rinnovo.

ANIA SERVIZI

LE ATTIVITÀ RIVOLTE ALLE IMPRESE NEL CORSO DEL 2017

Nel 2017 è stata costituita ANIA Servizi S.r.l. che svolge la propria attività nel settore della promozione, della ricerca e della conoscenza dell'attività assicurativa attraverso la progettazione e la predisposizione di studi, ricerche e indagini, divulgandone i risultati mediante l'organizzazione di eventi e seminari.

ANIA Servizi supporta ANIA, il proprio socio unico, nella progettazione e nella realizzazione di servizi distintivi a sostegno dell'operatività delle imprese.

In questo contesto, la sua mission è quella di offrire alle imprese nuovi servizi che siano motore strategico di sviluppo del mercato, promuovendo l'innovazione e il cambiamento.

Nel corso del 2017 sono state identificate nuove aree di attività, proposte alle imprese di assicurazione e che prevedono una loro adesione volontaria, in diversi ambiti di applicazione dei processi aziendali, suddivise in tre aree principali:

1) Servizi "Data Driven"

L'area principale, quella dei Servizi "Data Driven", ha avuto come output i due seguenti servizi:

A) Mappa Italia 1.0

Il servizio è nato per supportare le imprese di assicurazione nel miglioramento della loro capacità di comprendere e analizzare i rischi di natura catastrofale che insistono sul territorio, attraverso la definizione di un modello in grado di rappresentare il più realisticamente possibile i fenomeni e gli eventi legati a tali rischi.

"Mappa Italia" è uno strumento che impiega *big & open data* istituzionali che, opportunamente correlati da algoritmi certificati da enti scientifici, sono utili alle imprese di assicurazione in fase assuntiva e liquidativa.

A seguito di una prima condivisione con le compagnie, i primi rischi introdotti e mappati sono stati quello idrico e quello idrogeologico, definiti e validati con il supporto del CNR di Milano.

Il sistema informativo geografico, realizzato su tecnologia web, è utilizzabile sia con personal computer sia con dispositivi mobili. La componente informatica utilizzata è ArcGIS for Server Standard Workgroup con la quale è stato realizzato il Geo Portale di ANIA Servizi. Il portale consente la consultazione delle banche dati prodotte sia interrogando in forma diretta le mappe sia imputando indirizzo e numero civico o le coordinate geografiche.

Queste componenti consentono di applicare sofisticati modelli per gestire e analizzare relazioni e tendenze di dati geospaziali. Evidenziano ciò che spesso non è facilmente deducibile da un database, un foglio di calcolo o uno strumento di analisi statistica.

Per la valutazione dei rischi di natura idrica e idrogeologica sono state considerate le seguenti fonti di dati: gli eventi dovuti a frane, le aree del piano di assetto idrogeologico, il modello digitale di elevazione per la valutazione dell'altezza dell'acqua, la direttiva alluvioni, le cartografie delle frane regionali, le cartografie regionali dei corsi d'acqua minori e l'ampia disponibilità di cartografie di base per un'analisi multicriteria.

Il servizio è modulare e in continua evoluzione poiché includerà nel tempo l'analisi di ulteriori rischi (come il rischio sismico o i rischi legati all'attività agricola) in funzione delle esigenze espresse dal mercato assicurativo.

B) Accesso al sistema di informazioni creditizie (SIC) Eurisc

Per dare la possibilità alle compagnie assicurative di accedere a Banche Dati esterne al fine di svolgere in maniera più efficace ed efficiente l'attività assicurativa, ANIA Servizi ha intrapreso un percorso di partnership con la società CRIF S.p.A. che dispone di informazioni provenienti dal Sistema di Informazioni Creditizie, denominato Eurisc.

ANIA Servizi svolge un ruolo di "centro servizi" nei confronti delle compagnie che hanno accesso ai dati di Eurisc transitando informaticamente i dati grazie alla propria rete tecnologica, messa poi a disposizione delle imprese. Le tariffe di interrogazione del database, sono state concordate preventivamente per garantire la miglior offerta possibile sul mercato.

Eurisc è il SIC che raccoglie le informazioni creditizie di tipo positivo e negativo relative alle richieste e i rapporti di credito delle aziende creditizie operanti su tutto il territorio italiano. È rappresentativo del 100% dei prodotti di credito erogati in Italia (mutui, carte, fidi, prestiti, credito revolving, affidamenti small business, leasing).

I benefici derivanti alle imprese di assicurazione dall'utilizzo del servizio CRIF consistono principalmente nell'opportunità di arricchire la propria *customer base* con un patrimonio informativo esterno a supporto dei processi aziendali *core*, nel consentire la valutazione, attraverso metodologie statistiche tradizionali e innovative, della correlazione tra rischiosità creditizia e rischiosità assicurativa e nella possibilità di utilizzare le variabili creditizie anche con finalità di prevenzione e perseguimento delle frodi assicurative e per analisi attuariali.

2) Servizio "ANIA Broker"

Una seconda area su cui ANIA Servizi ha concentrato le attività sono gli strumenti per migliorare l'efficienza delle imprese di assicurazione. In questo contesto è nato il Servizio ANIA Broker.

ANIA Broker è una piattaforma di scambio dati tra imprese assicurative e broker che semplifica l'attività amministrativa quotidiana consentendo di risparmiare tempo e risorse. L'archivio informatico è in grado di contenere qualsiasi tipo di documento agevolando lo scambio di quietanze ed estratti conto, il tutto senza alcuna necessità di modificare i sistemi informatici già in uso da parte delle compagnie assicurative.

ANIA Broker consente uno scambio rapido e puntuale delle informazioni in tempo reale grazie all'automazione dei processi di caricamento e ricezione dei dati, con conseguente riduzione di tempi e costi di gestione, diminuzione dell'impiego di risorse umane in attività a scarso valore aggiunto e agevolazione del *paperless*. Elimina i disallineamenti tra compagnie e broker; favorisce il monitoraggio e il controllo dei flussi e dei documenti e, infine, consente il mantenimento del proprio tracciato record per la trasmissione dati, senza la necessità di doverne realizzare uno ad hoc per il collegamento alla piattaforma.

3) Cyber Security

Infine, una terza area di sviluppo è stata quella relativa alla Cyber Security.

In quest'ottica sono nati 3 servizi:

A) Domain Monitoring

Si tratta di un servizio di monitoraggio online dei domini di interesse del cliente (nel nostro caso le imprese di assicurazione), atto a prevenire azioni fraudolente e lesive che dovessero essere poste in essere nei confronti dello stesso.

L'obiettivo è limitare le casistiche di *spear phishing* (mirato), perpetrato utilizzando brand e domini *fake* afferenti al dominio delle compagnie assicurative monitorate.

Il servizio viene erogato conducendo un'analisi semantica del dominio fornito dalle imprese assicurative aderenti all'iniziativa, associando ad esso delle *keyword*, interrogando tutti i provider di registrazione dei domini, intercettando e analizzando quelli sospetti e, infine, avvisando tempestivamente le imprese assicuratrici interessate.

Viene fornita una reportistica trimestrale delle analisi e dei risultati.

B) User Education

Il servizio di User Education si configura come un servizio volto a valutare lo stato di consapevolezza del rischio cyber dei titolari di indirizzi di posta elettronica facenti parte dell'organizzazione d'impresa, nonché a valutare il grado di robustezza dei sistemi di prevenzione dell'infrastruttura di posta elettronica (filtri antispam, regole di *firewalling*).

Tale servizio prevede l'invio di un certo numero di e-mail dal contenuto sospetto a un target aziendale inconsapevole, previamente definito con il cliente.

C) Protezione da attacchi DDoS per siti web

ZENEDGE è una piattaforma di sicurezza Web per la protezione da attacchi DDoS (*Distributed Denial of Service*) basata su Cloud fornita come servizio gestito 24x7 tramite il SOC (*Security Operation Center*). Lo scudo di sicurezza protegge i siti web da attacchi DDoS garantendo la continuità dei servizi applicativi esposti sulla rete.

Quando il servizio viene attivato, tutto il traffico scorre attraverso la rete dove viene controllato e pulito dai vettori e dal traffico malevolo prima di arrivare all'infrastruttura del server di origine. Il traffico viene indirizzato al più vicino POP tramite un semplice cambio di DNS o l'assegnazione di singoli Virtual IP per la protezione di protocolli non Web.

Il *Security Operation Center* analizza costantemente nuove minacce in tutta la rete mondiale. Una volta identificata una nuova minaccia di attacco, il SOC creerà immediatamente una nuova regola di sicurezza e la stessa verrà inviata a tutte le piattaforme dislocate in tutta la rete internet mondiale.

12

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

BREXIT: ULTIMI SVILUPPI

Il 29 marzo 2017 il Regno Unito aveva presentato la formale richiesta di uscire dall'Unione Europea, invocando l'art. 50 del Trattato sull'Unione Europea.

L'art. 50 prevede quattro fasi: la prima consiste nella notifica dell'intenzione di recedere dall'Unione, la seconda nella definizione del mandato alla Commissione a negoziare l'accordo di recesso in base a orientamenti stabiliti dal Consiglio, la terza nello svolgimento dei negoziati per l'accordo di recesso da parte della Commissione, la quarta nell'approvazione dell'accordo fra le parti. Le prime due fasi sono già compiute, mentre le altre due dovranno terminare entro il 29 marzo 2019.

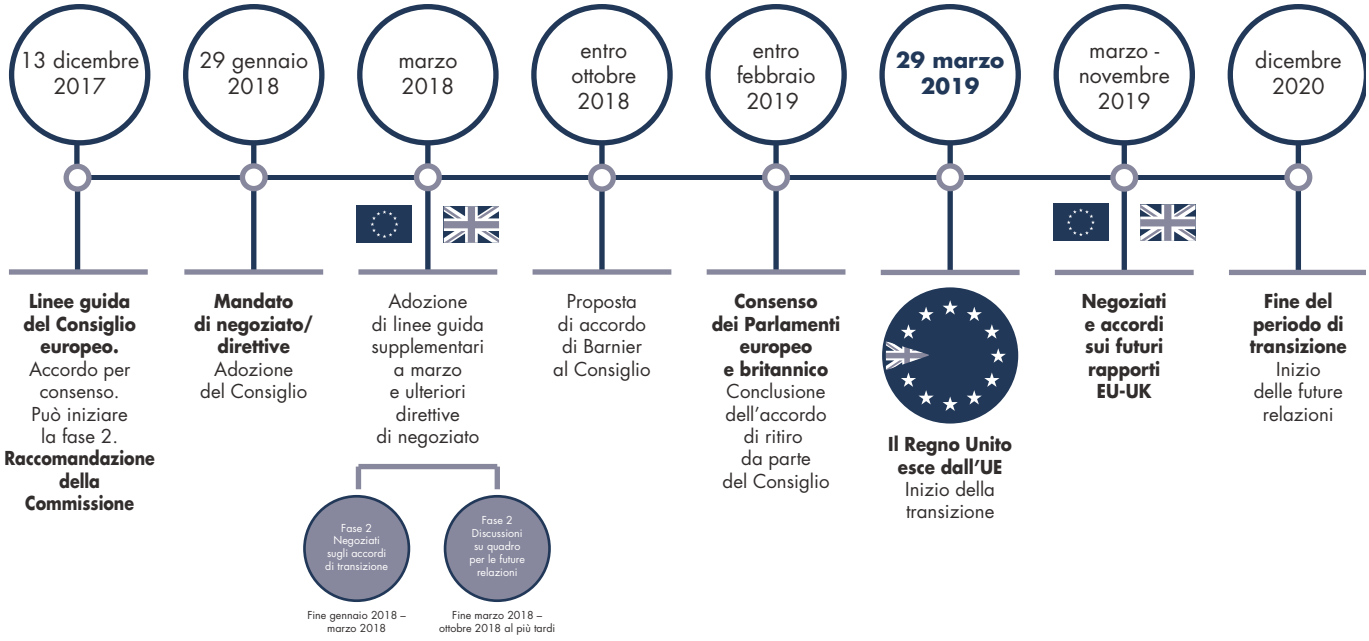
A questo negoziato si affianca, inoltre, un altro negoziato che concerne l'eventuale determinazione di un periodo transitorio e i futuri rapporti commerciali fra Regno Unito e UE. Sul primo punto, anche se dovranno ancora essere risolte le questioni relative ai modi di risoluzione delle controversie e alla frontiera anglo-irlandese, si sta delineando un accordo per cui il periodo transitorio dovrebbe durare fino al 31 dicembre 2020, durante il quale Londra, pur non partecipando alla formazione delle decisioni UE, dovrà rispettare la normativa europea, continuando a beneficiare di tutti i vantaggi del mercato unico e dell'unione doganale. Relativamente alla disciplina dei futuri rapporti economici tra Bruxelles e Londra, è probabile che l'accordo di libero scambio tra UE e Canada (CETA) possa diventare il punto di riferimento dopo che si sarà consumato il "divorzio" sancito dalla Brexit, magari potenziato da qualche annesso che renda più stretta la relazione, come un miglior accesso al mercato unico dei beni e servizi attraverso una stretta collaborazione sul fronte regolamentare.

Il ritiro della Gran Bretagna non rappresenta solo un problema per le istituzioni e le autorità europee e nazionali – per esempio: la preparazione alle conseguenze di Brexit attraverso la predisposizione di piani di contingenza, l'autorizzazione di nuove entità per il processo di riallocazione, l'estensione degli insediamenti già nell'UE; la trasformazione delle filiali britanniche nell'UE in filiali di paesi terzi – ma avrà effetti anche per il settore privato. Tenuto conto delle notevoli incertezze, in particolare per quanto riguarda il contenuto di un eventuale accordo sul ritiro, le imprese di assicurazione/riassicurazione, gli assicurati e altre parti interessate sono chiamati a talune ripercussioni giuridiche che devono essere prese in considerazione quando il Regno Unito diventerà un paese terzo.

In particolare, il settore assicurativo ha individuato tre problematiche che sono state portate all'attenzione delle autorità con la richiesta di trovare una soluzione: (i) la continuità dei contratti, (ii) il trasferimento transfrontaliero di dati e (iii) le misure transitorie. Nel primo caso, i contratti conclusi tra imprese britanniche ed europee in regime di stabilimento o in libera prestazione di servizi nei rispettivi territori, decadendo l'autorizzazione a operare, non potrebbero più essere rispettati (ad esempio pagamento dei sinistri e dei premi), rendendo così necessaria una soluzione a tutela dei diritti dei contraenti (ad esempio: trasferimento di portafoglio, *grandfathering clause*). Nel secondo caso, è stato richiesto il mantenimento del libero flusso di dati attraverso l'adozione di una decisione di adeguatezza considerata dal regolamento sulla protezione dei dati,

con la previsione di una soluzione *ad interim* che permetta il trasferimento di dati fino all'adozione della decisione. Con riferimento al terzo punto, è stato ribadito che un accordo transitorio è cruciale per assicurare la continuità delle operazioni in attesa di un accordo che fornisca la certezza sulle future relazioni fra Regno Unito e UE.

Figura 1 – Processo Brexit



PIANO D'AZIONE DELLA COMMISSIONE SU FINTECH

L'8 marzo 2018, la Commissione europea ha presentato il Piano di azione su come sfruttare le opportunità offerte dall'innovazione nei servizi finanziari resa possibile dalla tecnologia (*FinTech*). Esso fa parte degli sforzi della Commissione volti a creare un'Unione dei mercati dei capitali (CMU) e un vero mercato unico per i servizi finanziari ai consumatori, nonché un mercato unico digitale.

Il piano intende consentire al settore finanziario di sfruttare il rapido sviluppo delle nuove tecnologie (come la *blockchain*, l'intelligenza artificiale e i servizi di *cloud*) e, al tempo stesso, mira a rendere i mercati più sicuri e di più facile accesso per i nuovi operatori. Inoltre, la Commissione propone un marchio paneuropeo per le piattaforme, in modo tale che le piattaforme la cui licenza sia stata rilasciata in un determinato paese possano operare in tutta l'UE.

In particolare, con il Piano la Commissione prevede 23 iniziative con cui intende:

- favorire lo sviluppo di approcci più coordinati sugli standard *FinTech*;
- invitare le Autorità europee di vigilanza (ESA) ad analizzare e identificare le migliori pratiche di "facilitatori *FinTech*", cioé quei dispositivi che aiutano le società a capire se certi modelli di business sono conformi o meno alla legislazione;

- creare un gruppo di esperti che valuti se ci sono ostacoli regolamentari ingiustificati all'innovazione finanziaria;
- invitare gli stakeholder a elaborare codici di autodisciplina per facilitare il passaggio tra fornitori di servizi di *cloud* e clausole contrattuali standard per l'esternalizzazione del *cloud* da parte delle istituzioni finanziarie;
- avviare consultazioni su come promuovere la digitalizzazione delle informazioni pubblicate dalle società quotate in Europa, anche attraverso il ricorso a tecnologie innovative per realizzare l'interconnessione delle banche dati nazionali;
- organizzare un *EU FinTech Laboratory*, in cui le autorità nazionali ed europee possano dialogare con i fornitori di servizi tecnologici;
- organizzare seminari per agevolare la condivisione di informazioni in materia di sicurezza informatica e invitare le ESA a identificare le migliori pratiche in materia di sicurezza delle tecnologie di informazione e comunicazione (ICT).

La Commissione, nel febbraio 2018, ha anche creato l'Osservatorio e forum dell'UE sulla *blockchain*, che riferirà in merito alle sfide e opportunità delle criptovalute nel corso del 2018 e sta lavorando a una strategia globale sulla tecnologia di registro distribuito e sulla *blockchain* per tutti i settori dell'economia.

Contestualmente al Piano d'azione su *FinTech*, la Commissione ha presentato una proposta di regolamento in materia di *crowdfunding*, con lo scopo di sviluppare e garantire un quadro regolamentare adeguato e proporzionato, che permetta alle piattaforme di *crowdfunding* di operare oltre frontiera grazie a un passaporto unico.

IL FINAL REPORT DELL'HIGH LEVEL EXPERT GROUP E IL PIANO DI AZIONE DELLA COMMISSIONE UE SULLA FINANZA SOSTENIBILE E L'ECONOMIA CIRCOLARE

Il 31 gennaio 2018 è stato pubblicato il *Final Report* dell'*High level expert group*, istituito dalla Commissione europea per definire una tabella di marcia da implementare a livello paneuropeo (ma che funga da modello per qualsiasi altro paese) per orientare il flusso di capitali verso gli investimenti sostenibili e identificare i passi che le istituzioni finanziarie e le Autorità di vigilanza dovrebbero adottare per rafforzare il ruolo della finanza nella realizzazione di un'economia efficiente che consegua anche obiettivi ambientali e sociali. Il Rapporto si compone di una serie di raccomandazioni volte a favorire l'integrazione dei principi *ESG* (*Environmental, Social and Governance*) nelle decisioni d'investimento e a sensibilizzare gli operatori finanziari. Tra le azioni prioritarie individuate dall'HLEG si sottolineano la necessità di: definire una tassonomia di sostenibilità a livello comunitario dei servizi e prodotti d'investimento, individuare le principali aree dove tali investimenti sono più necessari, chiarire i doveri degli investitori per focalizzare maggiormente l'attenzione sui criteri ESG nelle decisioni di investimento, facilitare agli investitori *retail* l'accesso agli investimenti sostenibili e rendere più chiare le informazioni sulle opportunità e i rischi derivanti da questi

ultimi, introdurre standard europei di sostenibilità per alcune tipologie di prodotti, come i green bond, integrare stabilmente la sostenibilità nella *governance* di istituzioni e supervisori finanziari.

Sulla base delle indicazioni dell'HLEG, la Commissione UE, il 22 marzo 2018, ha presentato a Bruxelles il proprio Piano d'azione sulla finanza sostenibile nell'ambito di un più ampio percorso per la costruzione della *Capital Markets Union.* Primo obiettivo è quello di creare un linguaggio comune per la finanza sostenibile per definire ciò che è sostenibile e identificare gli ambiti in cui gli investimenti sostenibili possono incidere maggiormente. Seconda azione è quella di istituire un marchio UE per i prodotti finanziari verdi sulla base della tassonomia, permettendo così di individuare gli investimenti che rispettano i criteri ambientali. La Commissione poi, vuole integrare l'obbligo, per i gestori di attività e gli investitori istituzionali, di tenere conto dei fattori di sostenibilità nel processo di investimento e di rendere più stringenti gli obblighi di comunicazione (c.d. *fiduciary duties*). Sono previste modifiche ai regolamenti delegati MiFID II e IDD per imporre alle imprese di assicurazione e di investimento di consigliare i clienti sulla scelta del prodotto offerto, in base alle loro preferenze in materia di sostenibilità. Ulteriore proposta è quella di integrare la sostenibilità nei requisiti prudenziali di banche e imprese di assicurazione: la Commissione intende verificare la possibilità di ricalibrare i requisiti patrimoniali per gli investimenti sostenibili (*green supporting factor*). Per quanto concerne le comunicazioni societarie si propone di rivedere le linee guida sulle informazioni non finanziarie per allinearle maggiormente alle raccomandazioni sul cambiamento climatico elaborate dalla task force del *Financial Stability Board*: la Commissione intende adottare una linea dura contro strategie di investimento a breve termine prendendo in considerazione «l'eventuale necessità di imporre ai consigli di amministrazione di elaborare e divulgare una strategia in materia di sostenibilità, compresa una due diligence lungo l'intera catena di approvvigionamento, nonché obiettivi di sostenibilità misurabili». Inoltre, la Commissione ha richiesto alle Autorità di vigilanza europee di valutare i) la rotazione del portafoglio e i periodi di possesso delle azioni da parte dei gestori di attività; ii) se nei mercati dei capitali siano in uso prassi che possano generare una indebita pressione a breve termine nell'economia reale.

PROPOSTA DI REGOLAMENTO SUL PRODOTTO PENSIONISTICO PANEUROPEO (PEPP)

Il 29 giugno 2017, la Commissione europea ha pubblicato la proposta di regolamento relativa ai prodotti pensionistici individuali paneuropei (PEPP) che mira, da un lato, a mettere a disposizione dei fornitori di pensioni gli strumenti per proporre un prodotto pensionistico volontario e, dall'altro, a offrire ai risparmiatori maggiori possibilità di scelta e prodotti più competitivi.

Secondo le intenzioni della Commissione i PEPP avranno gli stessi elementi standard ovunque essi siano venduti nell'UE e potranno essere offerti da banche, imprese di

assicurazione, fondi pensionistici aziendali o professionali, imprese di investimento e gestori di attivi. Essi integrano le pensioni statali, aziendali e professionali, e quelle individuali nazionali, ma non sostituiscono né armonizzano i regimi pensionistici individuali nazionali.

Con questa proposta la Commissione intende: (i) facilitare la mobilità dei lavoratori nell'Unione, che oggi non possono trasferire i capitali già accumulati presso una forma previdenziale del paese di provenienza in una forma del paese di destinazione; in questo senso, quindi, il prodotto dovrà essere accessibile a livello europeo e prevedere più sezioni "nazionali", in modo da permettere a lavoratori che si spostano tra diversi Stati dell'Unione di includere le diverse posizioni maturate nei diversi paesi; (ii) favorire economie di scala a fronte della crescita di fondi previdenziali dedicati a tali prodotti, estesi su più paesi, (iii) promuovere lo spostamento a favore di investimenti nell'economia, (iv) agevolare la distribuzione, spingendo la vendita diretta e la fornitura dei documenti informativi in forma elettronica.

L'articolato stabilisce, fra l'altro, che: (i) i PEPP siano autorizzati dall'Autorità europea delle assicurazioni e delle pensioni aziendali e professionali (EIOPA) ma vigilati dai supervisori nazionali; (ii) un'informativa precontrattuale sia introdotta attraverso un documento informativo ad hoc (PEPP KID); (iii) vi sia un'opzione di default che preveda la restituzione del capitale investito sulla quale saranno previsti obblighi di verifica di adeguatezza ridotti o nulli, e un numero limitato di opzioni alternative (al massimo altre quattro) a scelta del cliente; (iv) ogni cinque anni i risparmiatori avranno il diritto di cambiare il fornitore, sia a livello nazionale sia a livello transfrontaliero, a un costo limitato; (v) vi siano diverse opzioni per i pagamenti alla fine della durata del prodotto, fra cui la rendita, e la possibilità di includere la copertura per il rischio biometrico.

Insieme alla proposta di regolamento la Commissione presenta una raccomandazione, con cui invita gli Stati membri, per garantire il decollo dei PEPP, a concedere a questo prodotto il medesimo trattamento fiscale applicato ai prodotti nazionali analoghi esistenti.

La proposta di regolamento è in discussione in sede di Parlamento europeo e di Consiglio secondo la procedura di codecisione. Una volta adottato, il regolamento entrerà in vigore 20 giorni dopo la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea e diverrà direttamente applicabile negli Stati membri dopo due anni dalla sua approvazione.

In questo contesto ANIA, anche tramite la federazione europea (*Insurance Europe*), evidenzia, in particolare, la necessità che il PEPP debba essere un prodotto a lungo termine con le caratteristiche del prodotto pensionistico sia in fase di accumulazione sia in quella di decumulazione, che sia sicuro, che la portabilità permetta sia ai grandi sia ai piccoli fornitori di poter vendere il prodotto e che i requisiti di informativa precontrattuale siano adatti alla natura specifica del prodotto. Infine, l'industria assicurativa sottolinea che la disposizione, che prevede che ciascun operatore finanziario segua la propria normativa di settore in termini di regime prudenziale, rischia di creare differenti livelli di protezione fra i consumatori.

IL MERCATO UNICO EUROPEO E L'INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SETTORE

QUINTA DIRETTIVA ANTIRICICLAGGIO

Il 14 maggio 2018 il Consiglio dell'Unione Europea ha adottato la quinta direttiva antiriciclaggio. L'accordo con il Parlamento europeo era stato già raggiunto nel dicembre 2017 ed è stato approvato dallo stesso Parlamento il 19 aprile. La nuova Direttiva è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea il 19 giugno ed entrerà in vigore il 9 luglio 2018; gli Stati membri avranno 18 mesi per recepirla nei rispettivi ordinamenti nazionali.

La Direttiva rafforza le regole comunitarie per prevenire il riciclaggio del denaro e il finanziamento del terrorismo, dettando disposizioni per cercare di limitare la finanza criminale senza peraltro ostacolare o impedire il normale funzionamento dei sistemi di pagamento. La Direttiva ha modificato la precedente quarta direttiva 2015/849 – già recepita in Italia con il decreto legislativo n. 90/2017 – e fa parte di un Piano d'azione avviato dopo l'ondata di attacchi terroristici del 2016 in Europa.

I principali cambiamenti rispetto alla normativa previgente riguardano:

- l'estensione della possibilità di accesso alle informazioni sulla "titolarità effettiva", incrementando la trasparenza in merito alla proprietà di società e di *trust*;
- i rischi connessi all'uso delle carte prepagate e alle valute virtuali;
- la cooperazione tra le Unità di Informazione Finanziaria europee (la UIF, in Italia);
- il miglioramento dei controlli sulle transazioni commerciali che coinvolgono gli Stati extracomunitari ad alto rischio.

PROPOSTA DI REVISIONE DELLE ESAs

Il 20 settembre 2017, la Commissione europea ha pubblicato la proposta di regolamento sulla revisione delle Autorità europee di vigilanza (ESAs), ossia EBA (*European Banking Authority*), EIOPA (*European Insurance and Occupational Pensions Authority*) ed ESMA (*European Securities and Markets Authority*). Ha poi proposto modifiche all'ESRB (*European Systemic Risk Board*), che monitora i rischi per la stabilità finanziaria (vigilanza macroprudenziale).

La nuova proposta ha come obiettivo una vigilanza europea più coordinata e integrata, in particolare per sviluppare un mercato europeo dei capitali. La proposta riguarda le aree relative a compiti e poteri, governance e finanziamento delle Autorità.

Architettura della vigilanza, compiti e poteri delle singole ESAs

La proposta non ha rivoluzionato l'architettura della vigilanza europea. Si è conservata la struttura attuale delle tre Autorità di vigilanza, con ciascuna Autorità indipendente, responsabile sia della vigilanza prudenziale sia della vigilanza sulla correttezza e trasparenza dei comportamenti delle imprese (*conduct of business*). Il modello

twin peaks, ovvero il modello duale, che attribuisce ad autorità diverse la vigilanza prudenziale e quella sulla trasparenza, è stato accantonato per le molte critiche ricevute da più parti.

Nella proposta di Regolamento è stato proposto di rafforzare i poteri e i compiti delle singole ESAs:

- ESMA: le proposte più interessanti attribuiscono all'ESMA poteri diretti di controllo di specifici settori dei mercati dei capitali, rappresentando un primo passo verso l'istituzionalizzazione di un singolo supervisore del mercato dei capitali. In base ad esse, ESMA vigilerebbe sugli indici più importanti; dovrebbe approvare tutti i prospetti di borsa provenienti da società non europee e da alcune società europee; autorizzerebbe l'operatività di alcuni particolari fondi di investimento dotati di marchio europeo (EuVECA, EuSEF, ELTIF); coordinerebbe le indagini relative ad abusi di mercato, specialmente nel caso di implicazioni *cross-border*.
- EIOPA: assumerebbe poteri di coordinamento sulle autorizzazioni dei modelli interni utilizzati dalle imprese di assicurazione ai fini del calcolo del requisito di capitale di solvibilità, per evitare disparità di trattamento tra i diversi soggetti, specie nel caso di grandi gruppi *cross-border*.
  Inoltre, dovrebbe pubblicare e attuare, ogni tre anni, un piano strategico di vigilanza (*Strategic Supervisory Plan)*, cui sono chiamate a rispondere anche le Autorità nazionali; avrebbe la possibilità di raccogliere informazioni direttamente dall'industria, con possibilità, attraverso una procedura dettagliata, di infliggere multe; potrebbe svolgere valutazione degli sviluppi di mercato (stress test) e, nel caso lo consideri appropriato, potrebbe pubblicare i risultati per singola istituzione finanziaria partecipante; avrebbe maggiori poteri nel promuovere la convergenza sulle attività di delega, di outsourcing e di trasferimento del rischio nei Paesi terzi. Il controllo di queste ultime attività è motivato dal fatto che queste autorizzazioni sono talvolta poste in essere per beneficiare del passaporto UE mentre, in realtà, sono svolte al di fuori dell'Unione Europea.

Governance

Le proposte mirano a rafforzare la possibilità di prendere decisioni velocemente e indipendentemente dagli interessi nazionali degli Stati membri, introducendo un nuovo Consiglio Esecutivo composto da membri indipendenti e permanenti, simile a quello della BCE (composto da un *Chairman* e 3 membri permanenti per EBA ed EIOPA, 5 per ESMA). Oltre a preparare le riunioni del Consiglio delle Autorità di vigilanza, il nuovo organismo avrebbe la possibilità di assumere decisioni direttamente su vari temi.

Finanziamento

L'attuale sistema di finanziamento – 60% a carico delle Autorità nazionali e 40% a carico del bilancio UE – verrebbe modificato, mantenendo un contributo del bilancio UE, che non potrebbe eccedere il 40%, e prevedendo un contributo da parte dell'in-

dustria, che sarebbe raccolto dalle Autorità nazionali. La metodologia e i criteri per il contributo sarebbero determinati da successivi atti delegati.

Infine, nello svolgimento dei propri compiti, le tre ESAs dovrebbero tenere conto dell'innovazione tecnologica, dei modelli di business innovativi e sostenibili e dell'integrazione dei fattori collegati all'ambiente, al sociale e alla governance, promuovendo la finanza sostenibile e l'innovazione in un contesto di stabilità finanziaria.

La proposta di regolamento è in discussione in sede di Parlamento europeo e di Consiglio secondo la procedura di codecisione. Una volta adottato, il regolamento entrerà in vigore 20 giorni dopo la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea e diverrà direttamente applicabile negli Stati membri dopo due anni dalla sua approvazione.

In quest'ambito, ANIA, pur condividendo la scelta dell'architettura della vigilanza a tre pilastri, esprime perplessità su alcune proposte relative: (i) alla governance, che dovrebbero essere caratterizzate dall'introduzione di un adeguato sistema di pesi e contrappesi, (ii) ai nuovi compiti, ritenendo che, prima di prevedere nuovi poteri, sarebbe opportuno utilizzare gli strumenti esistenti, e (iii) al finanziamento, dato che non vi è evidenza della necessità di cambiare il sistema attuale.

IL GDPR E LE LINEE GUIDA DEL "WORKING PARTY 29"

Il Regolamento in materia di protezione dei dati personali del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati (GDPR), entrato in vigore nel 2016, è diventato efficace a partire dal 25 maggio 2018 e offre un quadro di riferimento in termini di compliance per la protezione dei dati in Europa, aggiornato e fondato ora sul principio di responsabilizzazione (*accountability*) di tutte le figure coinvolte nel trattamento dei dati personali, in particolare del Titolare e dei Responsabili esterni del trattamento dei dati.

Il "*Working Party 29*" istituito ex art. 29 della direttiva 95/46/CE (che diventerà a breve l'*European Data Protection Supervisor*) ha predisposto e pubblicato, dopo le necessarie consultazioni con tutti gli stakeholders interessati alle quali ha partecipato anche ANIA attraverso Insurance Europe, una serie di linee guida mirate a dare indicazioni agli operatori su come applicare il GDPR sui seguenti temi, alcuni dei quali di assoluta novità rispetto alla disciplina previgente: il consenso al trattamento dei dati personali; la trasparenza su come tali dati sono trattati; la profilazione e le decisioni automatizzate che comportano, potenzialmente, un significativo impatto sui diritti e le libertà degli individui; la notifica all'Autorità di vigilanza e la comunicazione all'interessato della violazione e perdita dei dati personali; le sanzioni applicabili; l'Autorità di vigilanza capofila in caso di trattamento transfrontaliero di dati; la nuova figura del Responsabile della protezione dei dati (DPO) chiamata a facilitare l'osservanza

delle disposizioni del GDPR da parte dei Titolari e dei Responsabili del trattamento; la portabilità dei dati in modo da permettere agli interessati di ricevere i dati personali da loro forniti al Titolare del trattamento in un formato strutturato, di uso comune e leggibile meccanicamente, e di trasmetterli a un diverso Titolare, al fine di accrescere il controllo da parte degli interessati stessi sui i propri dati; la valutazione d'impatto che mira a individuare i rischi connessi al trattamento per i diritti e le libertà delle persone al fine di determinare le correlate misure adeguate per affrontare e gestire tale rischio.

Sono, invece, in attesa di essere pubblicate le linee guida sui casi particolari di trasferimento dei dati all'estero e sull'accreditamento di organismi di certificazione che possono, in qualità di enti terzi appunto accreditati, individuare le procedure necessarie per migliorare l'adeguamento al GDPR specialmente nelle relazioni tra imprese.

DIRETTIVA SULLA DISTRIBUZIONE ASSICURATIVA (IDD): ULTIMI SVILUPPI

Il 2 febbraio 2016 è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea la direttiva 2016/97/UE sulla distribuzione assicurativa (IDD), che prevedeva il 23 febbraio 2018 come data per il recepimento nei singoli ordinamenti nazionali. Tenuto conto che solo il 21 settembre 2017 la Commissione ha adottato le due proposte di regolamenti delegati che integrano la Direttiva, si rendeva necessario concedere più tempo al legislatore, alle imprese di assicurazione e ai distributori per prepararsi meglio all'attuazione corretta della Direttiva e per apportare le modifiche tecniche e organizzative per conformarsi ai regolamenti delegati.

Date tali esigenze il 19 marzo 2018 è stata pubblicata la direttiva "quick fix" che prevede la trasposizione della Direttiva entro il 1° luglio 2018 ed entro il 1° ottobre la sua applicazione. Inoltre, per evitare un *vacuum legis* la direttiva si applica retroattivamente dal 23 febbraio 2018.

Il 20 dicembre 2017 sono stati inoltre pubblicati nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea i due regolamenti delegati previsti dalla stessa Direttiva, in materia di governo e controllo del prodotto (*Product Oversight Governance*, POG) (regolamento delegato n. 6218/2017) e in materia di obblighi di informazione di norme di comportamento per la distribuzione di prodotti di investimento assicurativi (regolamento delegato n. 6229/2017). La data di applicazione dei regolamenti è stata successivamente emendata con ulteriori regolamenti, pubblicati il 6 aprile 2018, in modo da allinearla alla nuova data di applicazione della Direttiva (1° ottobre 2018).

Il regolamento relativo al POG concerne la realizzazione di misure e procedure attinenti alle diverse fasi della progettazione di un prodotto, del suo monitoraggio e della revisione del prodotto da distribuire, unitamente alle azioni correttive da adottare nel caso di eventuali pregiudizi sofferti dai clienti.

Elemento fondamentale del processo è l'individuazione di un mercato di riferimento (*target market*) per ciascun prodotto assicurativo. Inoltre, il produttore è tenuto a effettuare un test per ogni prodotto prima della sua emissione in commercio al fine di valutare se possa soddisfare i bisogni e le esigenze della clientela individuata per tutto il suo ciclo di vita. Si prevede un'attività di monitoraggio e una di revisione. La prima, da realizzarsi a intervalli regolari, è finalizzata a verificare il corretto collocamento del prodotto assicurativo nell'ambito del mercato di riferimento e se lo stesso si mantenga in linea con gli obiettivi e le caratteristiche della clientela individuata in fase di progettazione; la seconda, anch'essa soggetta a intervalli regolari, verrà effettuata tenendo conto di una serie di fattori quali: la tipologia dei prodotti e la relativa complessità e durata contrattuale; i canali distributivi che collocano il prodotto ed eventuali fattori esterni che potrebbero determinare la necessità di un intervento del produttore in tal senso (modifiche normative, sviluppi tecnologici o eventuali variazioni del mercato di riferimento).

Infine, il regolamento stabilisce i requisiti POG da applicare nei confronti del distributore, il quale deve costituire idonei meccanismi che gli consentano di ottenere dal produttore tutte le informazioni elencate nel punto precedente, necessarie a realizzare una corretta distribuzione in linea con il miglior interesse del cliente.

Il regolamento sui prodotti d'investimento assicurativo definisce i criteri per l'applicazione delle norme in materia di conflitti di interesse, incentivi e valutazione dell'idoneità e dell'adeguatezza.

Per quanto riguarda i conflitti di interesse, le disposizioni dell'IDD sono strettamente allineate a quelle di MiFID II. Di conseguenza, i criteri stabiliti sono quasi identici alle norme di conflitto di interesse nel regolamento delegato di MiFID II, individuando criteri minimi in presenza dei quali è probabile che l'intermediario assicurativo o l'impresa di assicurazione realizzino un guadagno finanziario o evitino una perdita finanziaria a discapito del cliente, e stabilendo le misure e le procedure da adottare, al fine di garantire un adeguato livello di tutela dei consumatori nella gestione di eventuali conflitti di interesse.

Per quanto concerne gli incentivi, il Regolamento indica un elenco di criteri tra cui il valore dell'incentivo versato o percepito in relazione al valore del prodotto; se un incentivo possa indurre l'intermediario a offrire o raccomandare un particolare prodotto nonostante possa essere offerto un prodotto più adeguato; se l'incentivo sia interamente o principalmente versato al momento della conclusione del contratto; l'esistenza di qualsiasi soglia variabile che venga sbloccata dal raggiungimento di un obiettivo che si basi sul volume o sul valore delle vendite. I criteri sono stati introdotti al fine di per valutare se gli incentivi versati o ricevuti da un intermediario o da un'impresa accrescono il rischio di un impatto negativo sulla qualità del servizio attraverso una valutazione onnicomprensiva che richiede agli intermediari assicurativi e alle imprese di assicurazione di "valutare tutti i fattori rilevanti che aumentano o riducono il rischio di un impatto negativo sulla qualità del servizio per il cliente".

Con riferimento alla valutazione delle modalità di vendita, la principale differenza fra idoneità e adeguatezza del prodotto, è sostanzialmente legata all'effettuazione o

meno di un servizio di consulenza sottesa alla vendita di un prodotto di investimento assicurativo. L'articolato determina gli standard e i requisiti da rispettare per ottenere le informazioni richieste per ciascuna di tali valutazioni, fermo restando l'obbligo per gli intermediari assicurativi e le imprese di assicurazione di individuare, prima della conclusione di qualsiasi contratto, le richieste e le esigenze di un determinato cliente sulla base delle informazioni da lui ottenute. Infine, il regolamento stabilisce i criteri cumulativi per la valutazione di prodotti d'investimento assicurativi non complessi.

LA REGOLAMENTAZIONE FINANZIARIA INTERNAZIONALE E LA REALIZZAZIONE DI UN INSURANCE CAPITAL STANDARD GLOBALE

La definizione di standard patrimoniali globali (*Insurance Capital Standard-ICS*)

IAIS – l'Associazione internazionale dei *supervisors* assicurativi – ha proseguito negli ultimi mesi l'attività volta a definire uno standard patrimoniale per i gruppi assicurativi attivi a livello globale. Lo scorso novembre, in occasione dell'Assemblea annuale 2017, l'Associazione ha annunciato il piano di lavoro per giungere alla definizione di un *Insurance Capital Standard* – ICS, versione 2.0, entro il 2019.

Il processo di elaborazione dell'ICS, avviato ormai da diversi anni e accompagnato da una serie di *field testing*, ha portato nel 2017 a uno standard provvisorio (ICS 1.0), basato su due criteri di valutazione delle poste di bilancio e su una metodologia armonizzata per il calcolo dei requisiti patrimoniali. La programmata versione successiva (ICS 2.0) punta a ridurre le differenze nei criteri di valutazione delle poste di bilancio e consentirà di utilizzare metodi diversi da quello standard per il calcolo dei requisiti patrimoniali (modelli interni ed esterni, totali o parziali, eventuali variazioni dell'approccio standard).

Secondo il programma di lavoro concordato, lo sviluppo di uno standard 2.0 avverrà in due fasi successive:

- in una prima fase, definita come "periodo di monitoraggio", la versione 2.0 dell'ICS sarà utilizzata ai fini di un reporting confidenziale ai supervisori di gruppo e per la discussione nei Collegi. Lo standard non servirà, in questa fase, come indicatore di solidità patrimoniale atto a far scattare eventuali azioni di vigilanza. Il periodo di monitoraggio durerà cinque anni (a partire dal 2019, anno di conclusione del *field testing*);
- in una seconda fase, l'ICS sarà applicato come vero e proprio requisito patrimoniale a livello di gruppo.

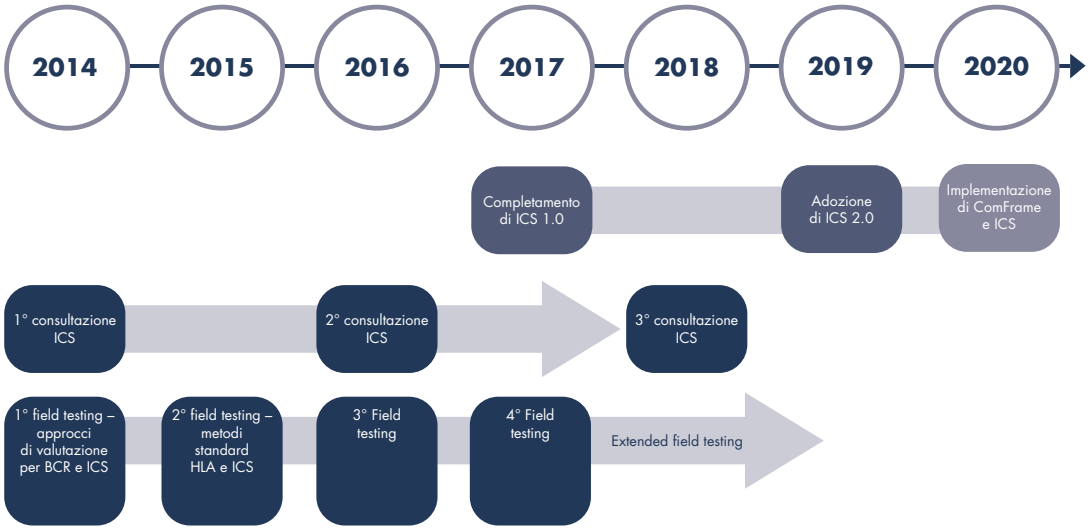
L'applicazione dell'ICS in versione 2.0 prevede i seguenti aspetti fondamentali:

- un reporting obbligatorio e confidenziale di un *reference* ICS, da parte di tutti i gruppi attivi sul piano internazionale, basato su criteri di valutazione di tipo *mar-*

ket-adjusted, su un metodo standardizzato per il calcolo dei requisiti patrimoniali e su criteri convergenti per la determinazione delle voci di capitale disponibile. Il *reference ICS* rappresenterà la base di confronto fra i gruppi internazionali e potrà prevedere un numero limitato di elementi discrezionali a livello nazionale;

- un reporting addizionale, a discrezione del supervisore di gruppo, basato su criteri di valutazione di tipo GAAP Plus e/o su requisiti patrimoniali determinati con modello interno.

Figura 1
Sviluppi ICS



13

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

SOLVENCY II

Revisione Solvency II

L'impianto normativo Solvency II prevede una serie di verifiche e revisioni periodiche sul funzionamento del sistema. La prima revisione, relativa alla Formula Standard per il calcolo del requisito patrimoniale di solvibilità (*Solvency Capital Requirement* – SCR), deve essere effettuata entro dicembre 2018. La seconda revisione, più ampia, sulle misure *Long Term Guarantee* (LTG), è prevista entro dicembre 2020.

Nel corso del 2017 sono stati avviati i lavori di EIOPA sulla revisione dei metodi, delle ipotesi e dei parametri utilizzati nel calcolo del requisito patrimoniale di solvibilità con la Formula Standard.

Per la revisione del 2018 la Commissione europea ha definito tre priorità: proporzionalità, coerenza con altre normative finanziarie ed eliminazione di vincoli ingiustificati al finanziamento. In virtù di queste, esplicitate nelle due richieste di consulenza tecnica (*Call for Advice*) del 18 luglio 2016 e del 21 febbraio 2017, EIOPA ha sottoposto il proprio parere tecnico su ventisette temi rilevanti: sette rientranti nel primo parere, pubblicato il 30 ottobre 2017, e venti rientranti nel secondo parere, pubblicato il 28 febbraio 2018.

Dodici temi sono stati pertanto riesaminati da EIOPA con l'intento di favorire l'applicazione proporzionata e semplificata dei requisiti. Nello specifico, l'Autorità ha proposto alcune semplificazioni nei calcoli dei requisiti patrimoniali per il rischio di estinzione anticipata, il rischio di mortalità, i rischi catastrofali, il rischio di concentrazione di mercato, il rischio tasso di cambio a livello di gruppo e il rischio di inadempimento della controparte. Semplificazioni dei calcoli sono state suggerite anche per il rischio di *spread* e il rischio di concentrazione di mercato, in un'ottica di riduzione del ricorso a valutazioni del merito di credito esterne. Ulteriori proposte di semplificazione attengono al metodo *look-through*, al trattamento delle garanzie, alle esposizioni garantite da terzi e alle esposizioni verso Governi regionali e Autorità locali, ai parametri specifici di impresa e alle tecniche di mitigazione del rischio.

Al fine di eliminare incongruenze tecniche presenti nella regolamentazione del settore, l'Autorità ha analizzato e proposto modifiche per i seguenti dieci aspetti: metodo *look-through* per le partecipazioni in società di investimento, metodo *look-through* a livello di gruppo, ricalibrazione dei parametri standard dei rischi di tariffazione e riservazione, ricalibrazione dei rischi di mortalità e di longevità, rischio da variazioni dei tassi di interesse; trattamento delle esposizioni verso le Controparti centrali, capacità di assorbimento delle perdite delle imposte differite (*Loss Absorbing Capacity of Deferred Taxes* – LAC DT), margine di rischio e classificazione degli elementi dei fondi propri e strumenti di capitale *restricted tier 1*.

Infine, con l'obiettivo di rimuovere eventuali ostacoli allo sviluppo di investimenti a lungo termine, EIOPA ha analizzato e rivisto il trattamento prudenziale riservato al debito privo di rating, alle azioni non quotate e alle partecipazioni strategiche.

ANIA ha partecipato attivamente ai lavori di revisione, rappresentando le specificità del mercato italiano, anche nell'ambito delle discussioni sul tema presso Insurance Europe.

Per quanto concerne la revisione complessiva della direttiva Solvency II, prevista entro il 2020, oggetto di approfondimenti ed eventuali modifiche saranno le misure anticicliche applicabili ai prodotti con garanzie di lungo termine (LTG) ([1]) e le misure sul rischio azionario ([2]).

La Commissione europea valuterà eventuali emendamenti alla regolamentazione considerando il parere tecnico che EIOPA formulerà anche sulla base dei propri rapporti annuali sulle misure LTG e sulle misure relative al rischio azionario.

Si auspica che tale revisione rafforzi le misure previste dalla Direttiva al fine di mitigare le oscillazioni, potenzialmente molto significative, dell'indice di solvibilità indotte dalla valutazione delle poste di bilancio ai valori di mercato, nonostante la tendenza delle assicurazioni a detenere le attività finanziarie fino alla scadenza.

Particolarmente rilevante a livello nazionale, è l'aggiustamento per la volatilità (*Volatility Adjustment* – VA), un correttivo al tasso di sconto utilizzato nella valutazione delle riserve tecniche. A fronte di un incremento dello *spread* di rendimento degli attivi della compagnia oltre certe soglie, considerate di guardia, è previsto un aumento del tasso di attualizzazione delle riserve tecniche finalizzato a compensarne, in parte, gli effetti sul capitale disponibile ([3]). L'aggiustamento è rappresentato da una componente determinata per singola valuta e, al verificarsi di specifiche circostanze, da una componente aggiuntiva "nazionale".

La formula di determinazione del VA non riesce, tuttavia, a cogliere pienamente le oscillazioni dello *spread* a livello nazionale e determina uno svantaggio competitivo dell'Italia nei confronti degli altri paesi europei.

Per ottenere evidenza quantitativa di ciò, ANIA ha avviato dei lavori mirati, da un lato, all'analisi delle criticità derivanti dall'attuale costruzione della formula, dall'altro, all'esame di possibili ipotesi di modifica della stessa volte alla costruzione di un efficace meccanismo di aggiustamento.

In attesa di una *Call for Evidence* da parte della Commissione europea sulla revisione da effettuare entro il 2020, ANIA prosegue gli approfondimenti sulle principali criticità con l'obiettivo di contribuire alla revisione della Direttiva.

([1]) Le misure LTG consistono in (i) un aggiustamento per la volatilità, (ii) un aggiustamento di congruità, (iii) misure transitorie sui tassi di interesse privi di rischio e sulle riserve tecniche e (iv) la procedura per l'estrapolazione dei tassi di interesse privi di rischio.

([2]) Le misure sul rischio azionario consistono in un (i) meccanismo di aggiustamento simmetrico all'*equity risk charge* e (ii) sottomodulo di rischio azionario di tipo *duration-based*.

([3]) L'aggiustamento si basa su una "quota" di differenziale tra il tasso di interesse ottenibile dalle attività incluse in uno specifico portafoglio di attivi e i tassi della pertinente struttura per scadenza dei tassi di interesse privi di rischio, depurata della quota dello stesso attribuibile a una valutazione realistica delle perdite attese, del rischio di credito non previsto o di altri rischi connessi alle attività.

Iniziativa ANIA sui bilanci Solvency II

Il nuovo regime di vigilanza Solvency II ha previsto, per la prima volta, sui dati al 31 dicembre 2016, la pubblicazione di una reportistica pubblica (*Solvency and Financial Condition Report* – SFCR) contenente una massa imponente di informazioni sulle tecniche di sottoscrizione, di gestione dei rischi, del capitale e dei presidi di solvibilità, oltre a quelle relative all'organizzazione dell'impresa e alla sua *corporate governance*.

Nel dettaglio, i bilanci Solvency sono stati pubblicati tra maggio e luglio 2017, sulla base di linee guida emanate da EIOPA. Trattandosi dei primissimi SFCR, ogni compagnia ha adottato un proprio modello, in termini di ampiezza e profondità delle informazioni che, insieme alle diverse lingue utilizzate nei paesi europei, ne rende difficile la comparabilità.

ANIA ha condotto un'analisi di tutti i bilanci Solvency pubblicati in Italia e di un campione significativo composto dai principali 40 gruppi europei (di cui 5 italiani), esaminando sia i profili quantitativi che qualitativi.

Dallo studio è emerso che il Solvency ratio, rapporto tra i fondi propri ammissibili e il SCR, delle imprese assicurative italiane è stato, al 31 dicembre 2016, pari al 217% ed è risultato mediamente maggiore per le imprese miste (227%) rispetto a quelle vita (206%) e danni (165%).

I dati italiani sono risultati superiori a quelli, in media, mostrati dalle compagnie inglesi (Solvency ratio del 151%), olandesi (177%), belghe (176%) e sostanzialmente simili a quelli di Francia e Spagna. Tra i grandi paesi la classifica è guidata dalla Germania con un Solvency ratio del 323% (livello raggiunto anche attraverso l'utilizzo delle misure transitorie su tasso d'interesse e riserve tecniche previste dal framework regolamentare e non adottate in Italia).

Dal confronto tra le compagnie italiane e i loro competitor europei è emerso che la trasparenza offerta dalle compagnie italiane sui profili di rischio, organizzazione aziendale e sistemi di *corporate governance* è nel complesso più ampia rispetto a quella fornita all'estero.

Analizzando più in dettaglio il mercato italiano, si evince dallo studio che i rischi di mercato assorbono, in media, il 76% del *Basic* SCR, in confronto al 29% dei rischi propriamente tecnici. Significativo è il peso della diversificazione, che contribuisce a ridurre del 20% il requisito finale. Tra gli aggiustamenti che concorrono ad abbassare il requisito di capitale un peso rilevante è relativo alle imposte differite (-12% del *Basic* SCR) e alle riserve tecniche (-13% del *Basic* SCR), da ricondurre sostanzialmente al minore peso delle due componenti in condizioni di stress dei mercati finanziari.

Con il bilancio Solvency II hanno debuttato anche gli strumenti anticiclici stabiliti dai regolatori per evitare che situazioni estreme di volatilità dei mercati producano effetti indesiderati nel calcolo dei ratio patrimoniali, costringendo le compagnie ad aumentare i presidi di capitale con il risultato di aggravare ulteriormente le situazioni

più problematiche. Dai SFCR analizzati è emerso che nessuna compagnia ha utilizzato il *Matching Adjustment*. Circa i due terzi del mercato ha invece fatto ricorso al *Volatility Adjustment*, che ha avuto un impatto maggiore nelle imprese vita nel ridurre il requisito di capitale (-19%); più limitato è stato il contributo del *Volatility Adjustment* per le imprese miste (-5%) e ancora inferiore per le imprese danni (-2%).

L'analisi condotta da ANIA ha consentito di comprendere, in generale, le principali scelte di governance adottate dalle compagnie italiane e dai principali gruppi internazionali.

Nei primi mesi del 2018 sono state approfondite alcune tematiche, estendendo il perimetro di analisi con riferimento ai report al 31 dicembre 2016 a ulteriori aree specifiche tra le quali l'applicazione del principio di proporzionalità, l'*Own Risk and Solvency Assessment* (ORSA), le analisi di sensitività e il rischio operativo.

A maggio 2018 sono stati avviati gli approfondimenti sui nuovi SFCR relativi ai dati al 31 dicembre 2017. ANIA ha quindi svolto un'analisi preliminare focalizzando l'attenzione sull'evoluzione del Solvency ratio a livello di mercato nelle sue componenti (*Eligible Own Funds e Solvency Capital Requirement*) e i requisiti di solvibilità per singolo modulo di rischio, con evidenza delle imprese che hanno utilizzato la Formula Standard o un Modello Interno (completo o parziale) per il calcolo del requisito.

Schema di Regolamento sul Governo societario: aspetti generali

Nel luglio 2017 IVASS ha posto in pubblica consultazione lo schema di Regolamento in materia di sistema di governo societario dell'impresa e del gruppo, recependo anche le linee guida emanate da EIOPA sul tema, ai sensi della direttiva Solvency II, che modifica il Regolamento n. 20/2008 in materia di controlli interni, gestione dei rischi, *compliance* ed esternalizzazione delle attività delle imprese di assicurazione. La consultazione si è chiusa nell'ottobre 2017 e, ad ora, si è ancora in attesa della pubblicazione del nuovo Regolamento, che determinerà l'abrogazione dei Regolamenti n. 20/2008 e n. 39/2011 e della circolare ISVAP n. 574/D del 23 dicembre 2005, in materia di riassicurazione passiva.

Lo schema di Regolamento è strutturato in diverse macroaree, tra cui: il sistema di governo societario, con particolare riferimento al ruolo degli organi sociali, all'adeguatezza della struttura organizzativa, al sistema di controllo interno, al sistema di gestione dei rischi e all'idoneità alla carica degli esponenti aziendali e di coloro che svolgono le funzioni fondamentali; la disciplina della riassicurazione e delle altre tecniche di mitigazione del rischio; la gestione del capitale dell'impresa; le funzioni fondamentali del governo societario, costituite da tre funzioni (gestione dei rischi, verifica della conformità alle norme e revisione interna), unitamente alla funzione attuariale (*key functions*); la disciplina in materia di remunerazioni intesa a rafforzare la coerenza delle politiche di remunerazione con gli obiettivi di medio-lungo periodo, nonché con la finalità primaria della tutela del consumatore, prevedendo la trasmissione a IVASS di dati quantitativi sui compensi degli esponenti aziendali e dei titolari delle funzioni fondamentali; la disciplina relativa all'esternalizzazione, con particolare riferimento alle ipotesi di out-

sourcing di attività essenziali o importanti e di funzioni fondamentali; il governo societario di gruppo.

ANIA ha presentato le proprie osservazioni che hanno riguardato, tra le altre cose, i requisiti dei membri dell'organo amministrativo, il requisito di non esecutività del presidente, l'esternalizzazione infragruppo e l'accentramento di funzioni fondamentali e di funzioni o attività essenziali o importanti, le funzioni fondamentali di gruppo; i comitati a livello di gruppo e il ruolo degli organi sociali; il ruolo delle funzioni fondamentali nell'ambito del sistema di governo societario nonché i termini previsti per l'adeguamento da parte delle imprese alla nuova disciplina.

Schema di Regolamento sul Governo societario: focus sulla proporzionalità

Il 19 luglio 2017 IVASS ha posto in pubblica consultazione lo schema di Regolamento recante disposizioni in materia di sistema di governo societario dell'impresa e del gruppo, in recepimento delle linee guida emanate da EIOPA sul tema ai sensi della direttiva Solvency II che prevede modifiche al Regolamento n. 20/2008 in materia di controlli interni, gestione dei rischi, *compliance* ed esternalizzazione delle attività delle imprese di assicurazione.

Lo schema di Regolamento contiene disposizioni in materia di governo societario dell'impresa e del gruppo assicurativo nonché alcune applicazioni del principio di proporzionalità, in risposta alle istanze più volte manifestate dal mercato. ANIA, attraverso un Gruppo di lavoro specifico (avviato a ottobre 2015) e avvalendosi della collaborazione di una società di consulenza, ha prodotto, e successivamente discusso sia con l'Autorità di vigilanza sia con le altre associazioni europee, un *position paper* contenente una propria proposta di approccio metodologico e proposte concrete di applicazione del principio di proporzionalità.

Nonostante il *framework* Solvency II preveda un'applicazione proporzionata delle norme prudenziali sulla base della "natura, portata e complessità dei rischi inerenti all'attività esercitata", il quadro normativo di riferimento europeo e nazionale non classifica le imprese secondo "profili di proporzionalità", rendendo quindi poco chiara e concreta la declinazione dello stesso nell'attuazione delle singole disposizioni normative.

Nello schema di Regolamento l'Autorità di vigilanza ribadisce la responsabilità in capo all'impresa vigilata di definire il modello di *governance* più idoneo alle esigenze di una sana e prudente gestione e il proprio impegno nel valutare l'idoneità del sistema di *governance* a presidiare adeguatamente l'effettivo profilo di rischiosità della compagnia o del gruppo.

Lo schema di Regolamento individua, inoltre, alcuni parametri in grado di consentire a una compagnia/gruppo di valutare il proprio profilo di rischiosità e, in base a esso, l'applicazione proporzionata delle disposizioni del Regolamento; esplicita, inoltre, le proprie aspettative circa l'adozione di soluzioni di governo socie-

tario ovvero di adempimenti più o meno stringenti in relazione al profilo di rischio complessivo.

In particolare, le disposizioni proposte prevedono un sistema di governo societario caratterizzato da più robusti presìdi di sana e prudente gestione per le imprese/gruppi caratterizzati da fattori quali: l'adozione di un Modello Interno o l'utilizzo di parametri specifici d'impresa per il calcolo del requisito patrimoniale di solvibilità; l'utilizzo di derivati o di attivi illiquidi nella gestione degli attivi; l'esercizio congiunto dei rami danni e vita; la commercializzazione di prodotti complessi o che presentano un elevato rischio di sottoscrizione o elevata volatilità.

Sono ritenuti, invece, fattori indicativi di un profilo di rischio più contenuto tale da consentire l'uso di soluzioni organizzative "semplificate": l'adozione di strategie non complesse di gestione degli attivi; l'operatività in un unico ramo e in linee di business non complesse; l'attività limitata al territorio nazionale; la distribuzione di prodotti standardizzati.

L'Autorità di vigilanza considera altresì la possibilità di ulteriori semplificazioni, nell'iter di identificazione del profilo di rischiosità, basate sull'individuazione di criteri qualitativi più specifici e/o di una o più soglie di natura quantitativa.

La consultazione è terminata il 17 ottobre 2017, si è in attesa dell'emanazione del nuovo Regolamento da parte dell'Autorità.

Pubblica consultazione IVASS sulle nuove disposizioni in materia di revisione esterna su SFCR

Il 19 dicembre 2017 IVASS ha posto in pubblica consultazione uno schema di Regolamento recante disposizioni in materia di revisione esterna dell'informativa al pubblico prevista nel regime di Solvency II, ovvero la Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria (SFCR).

L'iniziativa si inserisce nel solco degli interventi già posti in essere da IVASS in materia: nel 2016 con la Lettera al mercato del 7 dicembre IVASS ha richiesto il giudizio del revisore esterno su stato patrimoniale e fondi propri nonché lo svolgimento di verifiche interne su informazioni e processi che determinano la quantificazione dei requisiti patrimoniali.

Le nuove disposizioni, la cui applicazione nello schema di Regolamento è prevista a partire dall'esercizio 2018, così come formulate, amplierebbero in maniera importante gli ambiti di applicazione della revisione esterna includendo i requisiti patrimoniali di solvibilità (SCR e MCR) a prescindere dal metodo di calcolo utilizzato (Formula Standard o Modello Interno). Per quanto concerne l'esercizio 2017 sono, quindi, state confermate le indicazioni della Lettera al mercato.

La fase di consultazione è terminata lo scorso 19 febbraio. ANIA ha partecipato alla consultazione e, avendo IVASS richiesto di presentare svantaggi e vantaggi delle diverse opzioni delineate nello schema di Regolamento, ha sottolineato tra i diversi aspetti particolarmente critici l'importante onerosità derivante dall'attività di verifica sui requisiti patrimoniali di solvibilità che si ritiene implicita nelle procedure aziendali e, anzi, propedeutica per una maggiore consapevolezza delle compagnie sui rischi sostenuti e, nel caso dei modelli interni, riconducibili all'attività della Vigilanza svolta per l'autorizzazione.

EIOPA Stress Test 2018

L'Autorità europea per le assicurazioni e la previdenza (EIOPA) ha avviato, lo scorso 14 maggio, lo Stress Test 2018 finalizzato a valutare la vulnerabilità del settore assicurativo rispetto ad alcuni scenari avversi.

Tra i 42 gruppi assicurativi europei coinvolti nell'esercizio, quattro sono quelli italiani: Assicurazioni Generali, Unipol Gruppo Finanziario, Intesa Sanpaolo Vita, Poste Vita.

Gli scenari, che combinano rischi di mercato e rischi assicurativi, sono due:

- *Yield Curve Up* (*market* + *lapse and provisions deficiency*) – che prevede un rialzo dei rendimenti contestualmente a un incremento dei riscatti delle polizze vita e a un aumento del costo di liquidazione dei sinistri danni dovuto a una crescita dell'inflazione;
- *Yield Curve Down* (*market* + *longevity*) – caratterizzato da prolungata fase di bassi tassi d'interesse contestualmente a una variazione nel rischio di longevità per le polizze vita.

Lo scenario relativo al rischio catastrofale (nat-cat) prevede il verificarsi di eventi catastrofali naturali che colpiscono simultaneamente l'Europa (tre tempeste, due alluvioni e due terremoti).

Verranno valutate inoltre, attraverso un questionario qualitativo, le potenziali implicazioni del cyber risk.

L'esercizio, che assume come data di riferimento il 31 dicembre 2017, prevede anche il ricalcolo del SCR post-stress, permettendo l'utilizzo di due approcci: una rivalutazione delle singole posizioni individuali seguita da un consolidamento a livello di gruppo (*Bottom-up Approach*) oppure attraverso l'utilizzo di un *proxy model* a livello di gruppo (*Top-down Approach*).

Lo Stress Test prevede la possibilità di una *voluntary disclosure*, a livello di singolo gruppo, dell'impatto degli scenari di stress sulle posizioni consolidate in termini di *excess of assets over liabilities*.

La scadenza prevista per l'esercizio è il 16 agosto 2018; il Report europeo contenente i risultati verrà pubblicato da EIOPA nel gennaio 2019.

BILANCI INDIVIDUALI E CONSOLIDATI

IFRS 9: nuovo provvedimento IVASS di modifica al Regolamento n. 7/2007

Come noto il 22 novembre 2016 la Commissione europea ha reso pubblico l'*endorsement* dell'IFRS 9 sugli strumenti finanziari (Regolamento UE 2016/2067). Il principio contabile internazionale è entrato in vigore nell'Unione Europea a partire dal 1° gennaio 2018.

A seguito dell'omologazione delle modifiche all'IFRS 4 (Regolamento UE 2017/1988), le imprese di assicurazione hanno potuto:

- utilizzare l'IFRS 9 a partire dal primo gennaio 2018;
- utilizzare lo IAS 39 sino al primo gennaio 2021, data nella quale, in base a quanto previsto dallo IASB, dovrebbe entrare in vigore il principio IFRS 17 (*temporary exemption from* IFRS 9);
- utilizzare l'*overlay approach*, ovvero l'adozione dell'IFRS 9 con alcuni elementi correttivi;
- per i conglomerati finanziari rientranti nell'ambito di applicazione della direttiva 2002/87/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, utilizzare l'IFRS 9, con la possibilità di utilizzare lo IAS 39 limitatamente al settore assicurativo.

Sulla base delle opzioni sopra descritte, il 1° marzo 2018 IVASS ha avviato una pubblica consultazione su alcune proposte di modifica al Regolamento ISVAP n. 7, del 13 luglio 2007, concernente gli schemi per il bilancio delle imprese di assicurazione e di riassicurazione tenute all'adozione dei principi contabili internazionali.

A seguito della fase di pubblica consultazione IVASS, lo scorso 8 maggio 2018, ha pubblicato il provvedimento n. 74 di modifica al Regolamento ISVAP n.7/2007.

Le disposizioni previste dal Provvedimento si applicano a partire dalla relazione semestrale, individuale e consolidata al 30 giugno 2018, nonché dal bilancio, individuale e consolidato, dell'esercizio 2018.

IFRS 17

Il 18 maggio 2017 lo IASB ha pubblicato il principio contabile *IFRS 17 Insurance Contracts*, che dovrebbe entrare in vigore il 1° gennaio 2021, sostituendo l'attuale principio IFRS 4, un "interim" standard che ha permesso alle compagnie di assicurazione di continuare ad applicare i principi contabili locali. Le compagnie assicurative possono decidere di adottare anticipatamente l'IFRS 17 con l'applicazione contestuale dell'IFRS 9 (*Financial Instruments*) e dell'IFRS 15 (*Revenue from Contracts*).

L'adozione del nuovo principio assicurativo, qualora venisse recepito in Europa, rappresenta il cambiamento più significativo in tema di requisiti contabili per le imprese di assicurazione negli ultimi 20 anni e comporterà un profondo mutamento nelle metodologie di valutazione dei contratti assicurativi, nelle principali scritture contabili sia di patrimonio che di conto economico, e più in generale per l'intera operatività aziendale.

A seguito della pubblicazione dell'IFRS 17, la Commissione europea ha richiesto a EFRAG (*European Financial Reporting Advisory Group*) di fornire il proprio parere sullo standard contabile, accompagnandolo con un'analisi di impatto (sia un'analisi costi-benefici sia un'analisi dei più ampi effetti economici).

EFRAG, al fine di supportare l'*Endorsement Advice*, ha quindi effettuato un *Detailed* e un *Simplified Case Study* finalizzati a comprendere gli effetti e modellizzare i requisiti dell'IFRS 17. Si tratta di uno studio di carattere sia qualitativo che quantitativo che ha considerato, ai fini della valutazione di impatto, un numero limitato di portafogli.

Affinché le parti interessate siano in grado di commentare il *Draft Endorsement Advice*, che dovrebbe presumibilmente essere pubblicato nel mese di settembre 2018, EFRAG ha anche pubblicato tre *Background Briefing Papers* sulle disposizioni del principio inerenti rispettivamente al livello di aggregazione dei contratti assicurativi, al rilascio del *Contractual Service Margin* (CSM) e alle disposizioni transitorie.

Anche IASB, riconoscendo il significativo impatto nonché il relativo sforzo implementativo correlato all'IFRS 17, ha istituito a settembre 2017 un *Transition Resource Group* (TRG), composto da esponenti di imprese e *auditors* a livello mondiale, con l'obiettivo di analizzare le problematiche applicative legate al principio.

La Commissione ha richiesto che l'*Advice* di EFRAG venga fornito entro la fine del 2018, tenendo conto dei risultati dei *case studies*, delle consultazioni e dei lavori svolti dal TRG.

Sulla base di tale *Advice* ARC (*Accounting Regulatory Committee*) sarà chiamato quindi a esaminare l'omologazione del principio e, qualora ottenuta una votazione favorevole, vi sarà il passaggio al Parlamento e al Consiglio europeo.

A livello di settore assicurativo europeo sono in corso approfondimenti sui diversi aspetti critici individuati quali, ad esempio, il livello di granularità richiesto e, in particolare, la ripartizione del portafoglio in coorti annuali, il rilascio del *Contractual Service Margin* sulla base delle *coverage units* e le disposizioni transitorie previste.

In questi mesi, ANIA, in coordinamento con l'industria assicurativa europea, sta, nelle sedi opportune, ponendo l'attenzione sulle principali criticità riscontrate.

IL REGOLAMENTO CONSOB DI ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 254/2016 DI RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA 2014/95/UE SULLE INFORMAZIONI NON FINANZIARIE

Con delibera n. 20267 del 18 gennaio 2018 CONSOB ha pubblicato il proprio Regolamento sulla comunicazione al pubblico di informazioni non finanziarie previsto dall'art. 9 del d.lgs. n. 254/2016 di recepimento della direttiva 2014/95/UE in materia di Dichiarazione di informazioni Non Finanziarie (DNF).

Come noto i soggetti tenuti all'obbligo di pubblicazione della DNF sono gli Enti di Interesse Pubblico Rilevanti (EIPR, tra i quali banche, intermediari finanziari e imprese di assicurazione) che: i) abbiano avuto in media durante l'esercizio finanziario un numero di dipendenti superiore a 500, e ii) alla data di chiusura del bilancio, abbiano registrato un totale dello stato patrimoniale di 20 milioni di euro oppure un totale dei ricavi netti delle vendite e delle prestazioni di 40 milioni di euro.

Il decreto prevede che anche soggetti diversi dagli EIPR possano, in via volontaria, pubblicare una DNF, al fine di promuovere una maggiore trasparenza sugli impatti e le politiche praticate. La DNF deve contenere almeno gli elementi informativi riguardanti: i) i principali rischi, generati o subiti, connessi ai temi-socio ambientali e che derivano dalle attività dell'impresa o dai prodotti e servizi forniti dalla stessa; ii) il modello organizzativo e gestionale dell'impresa; iii) le politiche praticate dall'impresa per la gestione degli impatti dell'attività imprenditoriale negli ambiti non finanziari richiamati e i risultati conseguiti. Tali informazioni devono essere selezionate sulla base di un principio di "materialità" per assicurare la comprensione dell'attività dell'impresa, del suo andamento, dei suoi risultati e dell'impatto prodotto.

Nel predisporre la DNF, le imprese possono applicare gli standard di rendicontazione emanati da organismi nazionali, sovranazionali o internazionali ma è anche possibile adottare una metodologia autonoma di rendicontazione, fornendo in tal caso una "chiara ed articolata descrizione della stessa e delle motivazioni per la sua adozione". La DNF può essere parte integrante della relazione sulla gestione oppure costituire una relazione distinta: la responsabilità di garantire che la relazione sia redatta e pubblicata in conformità con quanto previsto dallo stesso compete agli amministratori dell'EIPR, mentre l'organo di controllo è chiamato a vigilare sull'osservanza delle disposizioni stabilite nel decreto e ne riferisce all'assemblea.

Per le società quotate e per gli emittenti strumenti finanziari diffusi fra il pubblico, gli obblighi di diffusione e deposito della DNF sono assolti con l'invio delle informazioni al Sistema di Diffusione delle Informazioni Regolamentate (SDIR) previsto per la diffusione delle informazioni societarie regolamentate. Per le altre società viene previsto un ulteriore obbligo di pubblicazione della DNF sul sito internet dell'EIPR (o della società che volontariamente rediga una DNF) nonché l'invio diretto a CONSOB della dichiarazione, entro quindici giorni dalla data di deposito presso il registro delle imprese.

Il controllo sull'adempimento alla DNF ricade sul soggetto incaricato della revisione legale del bilancio dell'EIPR o ad altro soggetto abilitato allo svolgimento della revisione legale che deve verificare l'avvenuta predisposizione rilasciando un'attestazione nella forma della *limited assurance* (nella quale il revisore rappresenta che non sono emersi elementi di non conformità allo standard di rendicontazione adottato) oppure della *reasonable assurance* (nella quale il revisore rilascia un giudizio di conformità della DNF allo standard di rendicontazione prescelto quanto a principi, metodologie e modalità previste dal modello stesso). Il controllo sulle DNF verrà svolto da CONSOB su base campionaria secondo un modello *risk-based*, per selezione casuale e rotazione sulla base di un numero di soggetti determinato annualmente.

CAMBIAMENTO CLIMATICO E INFORMAZIONI RILEVANTI PER GLI STAKEHOLDER. L'IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DEL FINANCIAL STABILITY BOARD E L'OSSERVATORIO ITALIANO PER LA FINANZA SOSTENIBILE

A seguito della Conferenza sul clima, tenutasi a Parigi nel dicembre 2015, il *Financial Stability Board* (FSB) ha costituito un Gruppo di lavoro per elaborare raccomandazioni per favorire una maggior trasparenza sulle informazioni concernenti l'impatto ambientale delle attività economiche e produttive.

Secondo i principi elaborati dalla task force, l'informativa agli stakeholder deve contenere informazioni rilevanti. In particolare:

- l'impresa deve fornire informazioni specifiche sul potenziale impatto dei rischi e delle opportunità legate al clima, strategie imprenditoriali e di investimento, rendiconti finanziari e flussi di cassa;
- le informazioni devono essere specifiche e complete e devono fornire una panoramica completa sull'impatto del cambiamento climatico, sulla loro natura e grandezza, sulla governance dell'impresa, la strategia, i processi di gestione dei rischi;
- le informazioni devono essere chiare, proporzionate, pertinenti, comprensibili e sufficientemente dettagliate;
- l'informativa deve essere coerente e conforme ai mutamenti che dovessero verificarsi nel corso del tempo per consentire agli stakeholder di comprendere lo sviluppo e/o l'evoluzione dell'impatto sulle attività dell'impresa;
- le informazioni devono essere presentate usando formati, lingua e metriche conformi in base al periodo di riferimento per consentire paragoni e confronti fra diversi periodi temporali;
- l'informativa deve essere confrontabile nell'ambito dello stesso settore, industria o portafoglio gestionale per quanto riguarda la strategia, l'attività, i rischi e le prestazioni fra le varie imprese;
- l'informativa agli stakeholder deve essere affidabile, verificabile e obiettiva e riferirsi a informazioni di alta qualità;
- l'informativa, infine, deve essere fornita tempestivamente e aggiornata, almeno annualmente, utilizzando mezzi di comunicazione idonei.

Facendo seguito a quanto proposto nell'ambito del Rapporto sul ruolo della finanza nel cambiamento climatico, promosso da UNEP-FI e dal Ministero dell'Ambiente italiano (con ANIA partecipante come coordinatore del capitolo dedicato al settore assicurativo), presentato in Banca d'Italia lo scorso anno, il 12 aprile 2018 è stata annunciata a Milano la costituzione del Centro finanziario *green* per l'Italia nell'ambito della conferenza "*Harnessing Financial Centres for Sustainable Development*" con incontro inaugurale della rete internazionale di Centri finanziari *green* istituiti per accelerare lo sviluppo della finanza verde e sostenibile. L'evento è stato occasione per sottolineare l'importanza strategica di "fare rete" al fine di attivare e stimolare l'integrazione dei fattori di sostenibilità tra gli operatori del settore finanziario, adottando un linguaggio comune sulla finanza *Sustainable and Responsible Investment* (SRI) attraverso una tassonomia uniforme SRI a livello UE.

NOVITÀ IN MATERIA DI IVA

Sentenze della Corte di Giustizia UE in materia di consorzi assicurativi

Il 21 settembre 2017, con le sentenze pronunciate nelle cause C-326/15 e C-605/15 (non riferite a contribuenti nazionali), la Corte di Giustizia dell'Unione Europea è intervenuta in merito all'esenzione prevista ai fini IVA in favore delle prestazioni di servizi effettuate da consorzi ("associazioni autonome di persone") istituiti tra entità che svolgono attività esenti o prive di soggettività passiva ai fini dell'imposta, per delineare gli esatti confini della nozione di "attività di pubblico interesse" cui l'articolo 132, par. 1, lett. f), della direttiva IVA (n. 2006/112/CE) riserva l'applicabilità del regime di esenzione.

In tali pronunce i giudici comunitari hanno negato il carattere di attività di pubblico interesse relativamente alle attività di tipo assicurativo e bancario, con conseguente inapplicabilità dell'esenzione IVA alle prestazioni di servizi rese dai consorzi ai rispettivi membri esercenti tali tipologie di attività.

Il principio stabilito nelle sentenze in parola potrebbe impattare anche sul nostro ordinamento e, più precisamente, sul regime di esenzione previsto – sin dal 2008 – in favore delle prestazioni rese dai consorzi ai loro membri con pro-rata di detraibilità nullo o, comunque, non superiore al 10% nel triennio antecedente, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 10, comma 2, del D.P.R. n. 633/1972.

Merita sottolineare che il principio di diritto stabilito nelle menzionate sentenze trova applicazione esclusivamente *pro futuro*, in quanto in tali pronunce ne è stata espressamente negata l'applicabilità ai periodi d'imposta pregressi. L'Associazione, a seguito dell'interpretazione fornita dalla Corte di Giustizia dell'Unione Europea, ha tempestivamente contattato le competenti Autorità fiscali nazionali per discutere le possibili conseguenze per gli operatori del settore dell'eventuale venir meno del vigente regime di esenzione da imposta per i consorzi di cui all'articolo 10, comma 2, D.P.R. n. 633 del 1972.

Analoghe iniziative sono state intraprese anche per il tramite di Insurance Europe che ha provveduto a sensibilizzare le istituzioni comunitarie sul tema, tra l'altro nell'ambito del più generale progetto di revisione della direttiva sull'imposta sul valore aggiunto.

Modifiche alla disciplina del Gruppo IVA per le operazioni cross-border

La normativa in materia di Gruppo Iva introdotta dalla Legge di bilancio dello scorso anno (n. 232 del 2016), è stata integrata dalla legge 27 dicembre 2017, n. 205 ("Legge di bilancio 2018"): in particolare, sono stati aggiunti al testo dell'articolo 70-*quinquies* del D.P.R. n. 633 del 1972 i commi da 4-*bis* a 4-*sexies* al fine di dare esecuzione nell'ordinamento domestico alla sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea 17 settembre 2014 pronunciata nella causa C-7/13 – *Skandia American Corporation*.

Fino all'emanazione di tale sentenza, non era stata mai messa in dubbio l'irrilevanza, ai fini IVA, delle transazioni intercorse tra una casa madre e la propria (o le proprie) stabile(i) organizzazione(i) all'estero.

Nella nota sentenza *FCE Bank* (causa C-210/04 del 23 marzo 2006) la Corte di Giustizia aveva, infatti, riconosciuto il carattere meramente interno di tali operazioni, in quanto intervenute nell'ambito dello stesso soggetto. In tale occasione era stato affermato che la stabile organizzazione non è altro che una mera articolazione interna della propria casa madre, per cui eventuali prestazioni scambiate tra le stesse non acquisiscono rilevanza in ambito IVA, in quanto poste in essere nell'ambito di un medesimo soggetto passivo.

Con la sentenza *Skandia* la Corte di Giustizia – nell'affrontare il caso particolare delle operazioni *cross-border* effettuate fra casa madre e stabile organizzazione, nell'ipotesi in cui (almeno) uno dei due soggetti abbia aderito a un regime di Gruppo Iva nel Paese di stabilimento – ha sancito la rilevanza ai fini IVA delle prestazioni rese da una casa madre alla propria stabile organizzazione. Nel caso di specie, si trattava di una casa madre residente negli Stati Uniti che prestava servizi a una propria stabile organizzazione residente in Svezia e ivi partecipante a un Gruppo IVA.

I giudici comunitari hanno ritenuto che la partecipazione della stabile organizzazione a un Gruppo IVA la rendesse, di fatto, un soggetto passivo d'imposta distinto dalla casa madre, con conseguente imponibilità delle prestazioni ricevute dalla predetta stabile organizzazione.

Il principio di diritto posto nella sentenza *Skandia* ha dato origine a un lungo dibattito in sede comunitaria riguardo al suo esatto perimetro di applicazione.

Soltanto dopo oltre due anni dalla pubblicazione della sentenza, il Comitato IVA – nella *final determination* del 6 dicembre 2016, TAXUD, c. 1 (2016)7465801 – ha riconosciuto la rilevanza ai fini IVA delle operazioni *cross-border* tra casa madre e stabile organizzazione (nonché tra stabili organizzazioni localizzate in diversi Stati membri) quando una delle due partecipi a un Gruppo IVA nel rispettivo Stato membro di stabilimento.

Successivamente alla pronuncia *Skandia*, peraltro, si sono registrate iniziative da parte dell'Amministrazione finanziaria italiana che ha contestato in più occasioni il mancato assoggettamento a IVA delle transazioni *cross-border* in questione.

L'Associazione nell'intento di arginare una possibile proliferazione di iniziative accertative, si è fatta promotrice di una proposta normativa per dare formale esecuzione – esclusivamente *pro futuro* – alla sentenza *Skandia* nel nostro ordinamento.

La proposta associativa ha avuto successo ed è confluita nel comma 984 dell'articolo 1 della Legge di bilancio 2018 che ha integrato l'articolo 70-*quinquies* del D.P.R. n. 633 del 1972, prevedendo a decorrere dal 1° gennaio 2018 la rilevanza ai fini IVA delle operazioni (cessioni di beni e/o prestazioni di servizi) scambiate o ricevute tra una casa madre estera e una stabile organizzazione italiana (o viceversa), nel caso in cui una delle due (o entrambe) partecipi a un Gruppo IVA nell'ordinamento di residenza.

LEGGE DI BILANCIO 2018

Agevolazioni fiscali per polizze contro i danni derivanti da eventi calamitosi

Nella Legge di bilancio 2018 (n. 205 del 2017) sono state introdotte, con i commi 768 e 769 dell'articolo 1, due agevolazioni fiscali, da tempo fortemente auspicate dall'Associazione, finalizzate a stimolare il ricorso a coperture assicurative contro il rischio di eventi calamitosi su immobili adibiti a uso abitativo.

Relativamente alle coperture in oggetto, più precisamente, sono stati stabiliti:

– l'esonero dall'imposta sui premi di cui alla legge n. 1261 del 1961;
– la detraibilità (nella misura del 19%) dei premi dall'IRPEF, senza limiti di importo.

Le suddette agevolazioni sono riferibili alle polizze stipulate contro il rischio di eventi catastrofali analoghi a quelli che hanno formato oggetto dei provvedimenti del Presidente del Consiglio dei Ministri, con i quali di volta in volta nel corso degli anni è stato dichiarato lo stato di calamità naturale nelle aree interessate dagli eventi stessi.

Il regime fiscale di favore è ragionevolmente riferibile alle polizze che prevedano garanzie assicurative per tutti gli eventi di natura geologica o idrometeorologica a carattere "calamitoso", ovvero in grado di provocare "*(…) danni ad una collettività di soggetti (cose e persone) all'interno di una particolare area, in un determinato periodo di tempo*" (come da definizione di "rischio da fenomeno naturale" rinvenibile sul sito istituzionale del Dipartimento della Protezione civile).

Innalzamento dell'acconto dell'imposta sui premi di assicurazione

La Legge di bilancio 2018 ha modificato l'articolo 9, comma 1-*bis*, della legge n. 1216 del 1961 per disporre una nuova tempistica, nonché la rimodulazione progressiva della percentuale per il versamento a titolo di acconto dell'imposta sui premi di assicurazione.

I commi 991 e 992 dell'articolo 1 della suddetta Legge di bilancio 2018 hanno, rispettivamente, previsto che:

- a decorrere dal 2018 il versamento di acconto deve essere effettuato entro il 16 novembre di ogni anno;
- la percentuale del versamento di acconto (fino al 2017 pari al 40%) è elevata al 58% per il 2018, al 59% per il 2019 e al 74% per gli anni a seguire.

Va sottolineato che lo slittamento dal 16 maggio al 16 novembre della scadenza per il versamento dell'acconto è frutto dei ripetuti confronti intervenuti tra l'Associazione e i competenti uffici del Ministero dell'Economia e delle Finanze allo scopo di limitare, per quanto possibile, l'aggravio finanziario derivante alle imprese dall'incremento della percentuale di acconto.

Il versamento di acconto continuerà, comunque, a essere imputato ai versamenti mensili dell'imposta decorrenti dal mese di febbraio.

DOCUMENTO DI CONSULTAZIONE IVASS N. 4/2018 – SCHEMA DI REGOLAMENTO IN MATERIA DI ANTIRICICLAGGIO E ANTITERRORISMO

Il 22 maggio scorso IVASS ha posto in pubblica consultazione lo schema di regolamento recante disposizioni attuative del d.lgs. 21 novembre 2007, n. 231, come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 90, di attuazione della direttiva (UE) 2015/849, in materia di organizzazione, procedure, controlli interni e adeguata verifica della clientela.

Lo schema ha tenuto conto degli Orientamenti congiunti delle Autorità europee di vigilanza (ESAs: EBA, ESMA ed EIOPA) sulle misure semplificate e rafforzate di adeguata verifica della clientela e sui fattori da considerare nel valutare il rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo associato ai rapporti continuativi e alle operazioni occasionali.

Come si evince dalla relazione di presentazione, le norme poste in consultazione intendono rafforzare i presidi antiriciclaggio, dando maggior spazio all'approccio fondato sul rischio e chiedendo alle imprese e agli intermediari assicurativi di farsi parte attiva nell'individuazione e nella valutazione dei rischi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo ai quali sono in concreto esposti e nella scelta delle misure più adeguate a fronteggiarli.

L'Istituto ha colto l'opportunità per strutturare in maniera organica la previgente normativa secondaria, integrando in un unico regolamento la disciplina di cui ai Regolamenti n. 41/ 2012 e n. 5/2014, dei quali è prevista la totale abrogazione.

Lo schema di regolamento definisce i requisiti generali, ponendo le premesse per disciplinare in dettaglio, con future e separate disposizioni, i seguenti aspetti:

- i criteri per condurre a regime l'autovalutazione periodica e i dati quali-quantitativi da comunicare a IVASS per consentire di valutare la differente rischiosità di ogni impresa (incluse le sedi secondarie di imprese di paesi SEE ed extracomunitari);
- i requisiti dimensionali e organizzativi delle imprese e delle sedi secondarie che, sulla base dei principi di proporzionalità e dell'approccio fondato sul rischio, potranno adottare presidi, controlli e procedure antiriciclaggio di minore complessità;
- i requisiti dimensionali e organizzativi degli intermediari assicurativi (incluse le sedi secondarie di quelli di paesi SEE) esposti a maggiori rischi di riciclaggio, che saranno tenuti ad adottare presidi, controlli e procedure – sinora non previsti – per valutare e gestire i rischi di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

Coerentemente alla disciplina contenuta nella normativa primaria, il regolamento si applica – oltre che alle sedi secondarie in Italia di imprese e di intermediari assicurativi aventi sede legale in un altro paese SEE e a quelle di imprese aventi sede legale in uno Stato terzo – anche alle imprese e agli intermediari con sede legale in un altro paese SEE che la normativa qualifica come soggetti obbligati "stabiliti senza succursale sul territorio della Repubblica italiana" (regime di libera prestazione di servizi).

Lo schema di regolamento si articola in cinque Capi:

- il primo reca le disposizioni generali (fonti, definizioni, ambito di applicazione, principi di proporzionalità e di approccio basato sul rischio);
- il secondo reca quelle sul sistema di controllo interno e sul ruolo degli organi sociali (sezione I: obiettivi del sistema di governo societario e del sistema di controllo interno, cultura del controllo interno, flussi informativi; sezione II: organo amministrativo, alta direzione, organo di controllo; sezione III: funzione antiriciclaggio e relativi compiti e titolarità, esternalizzazione, rapporti con altre funzioni, responsabile delle segnalazioni di operazioni sospette-SOS, funzione di revisione interna, presidi in materia di distribuzione diretta – ossia agenti, produttori diretti, banche, sim, sportelli postali, intermediari finanziari – e di broker, formazione del personale e della rete distributiva diretta; sezione IV: disposizioni in materia di gruppi; sezione V: disposizioni in materia di intermediari);
- il terzo reca le regole sull'adeguata verifica (sezione I: approccio basato sul rischio, valutazione del rischio, profilatura della clientela; sezione II: obblighi di adeguata verifica, con particolare riguardo ai principi generali, al contenuto degli obblighi, all'identificazione del cliente, del beneficiario e dell'esecutore, all'identificazione del titolare effettivo, alla verifica dell'identità dei suddetti soggetti, all'acquisizione di informazioni sullo scopo e la natura del rapporto o dell'operazione occasionale, al controllo costante nel corso del rapporto, all'operatività a distanza, agli obblighi di conservazione e all'obbligo di astensione; sezione III: misure semplificate; sezione IV: obblighi rafforzati, con particolare riguardo ai clienti o beneficiari residenti in paesi extracomunitari ad alto rischio e alle persone politicamente esposte-PEPs; sezione V: esecuzione da parte di soggetti terzi; sezione VI: adempimenti degli intermediari assicurativi);
- il quarto disciplina due fattispecie di particolare rilievo: contratto per conto altrui e adempimento dell'obbligo di pagamento dei premi;
- il quinto contiene le disposizioni finali, con particolare riguardo alle abrogazioni e all'entrata in vigore.

L'entrata in vigore delle nuove disposizioni è stata fissata a partire dal 1° gennaio 2019.

Eventuali osservazioni, proposte e commenti avrebbero dovuto essere inviati a IVASS entro giovedì 21 giugno, ed entro tale termine l'Associazione ha trasmesso il documento che raccoglie in modo ragionato e organico i contributi delle imprese socie. Il mercato è ora in attesa della versione definitiva del regolamento.

BLOCKCHAIN E SMART CONTRACTS

Nel corso del 2018 grazie all'iniziativa guidata da ANIA, in collaborazione con Reply e CeTIF – Università Cattolica e con la partecipazione in sede del Comitato Scientifico di IVASS, ha avuto inizio la prima sperimentazione associativa per la realizzazione di un processo assicurativo con tecnologia Blockchain.

L'iniziativa ANIA intende verificare in modo concreto e fattivo le potenzialità della tecnologia Blockchain applicandola a un primo caso d'uso utile al settore assicurativo.

L'obiettivo del test è quello di portare a sistema i benefici che potranno essere tratti durante la sperimentazione con l'auspicio di agevolare l'operatività di tutte le compagnie. L'ambizione è inoltre quella di procedere con lo stesso approccio su altri processi al fine di poter rendere pratico ed efficace l'uso della tecnologia Blockchain, non solo per migliorare l'operatività delle imprese di assicurazione ma anche per trasferire i benefici all'intero mercato.

La *Insurance Blockchain Sandbox* (IBS) è un ambiente di produzione controllata, dedicato alla sperimentazione di processi assicurativi su tecnologia Blockchain.

La IBS ha l'obiettivo di:

- studiare il fenomeno Blockchain con un approccio interdisciplinare, accademico e prototipale;
- testare metodologie innovative di sviluppo per valutare dal punto di vista operativo le potenzialità della tecnologia Blockchain in un contesto controllato;
- condividere le best practice del mercato assicurativo;
- analizzarne gli impatti sui processi esistenti in termini di business, operativi e di compliance;
- presentare alle Autorità i risultati della sperimentazione e confrontarsi su possibili implicazioni regolamentari e normative.

I casi d'uso sperimentati nella Sandbox hanno l'obiettivo di sviluppare un'innovazione *disruptive* attualmente non presente sul mercato, oppure proporre elementi di novità in termini di differenziazione di prodotti e/o servizi già presenti. Tale innovazione deve promuovere benefici diretti e indiretti per il consumatore. Sono benefici diretti, a titolo esemplificativo, la maggiore trasparenza e tutela degli assicurati, la maggiore facilità d'uso, velocità e sicurezza nella fruizione di prodotti e servizi, e indiretti l'aumento della concorrenza del mercato, la maggiore efficienza dei processi operativi.

Il progetto prescelto per la sperimentazione è l'*Alternative Dispute Resolution* (ADR), un servizio per la risoluzione delle controversie nella fase precedente al contenzioso, tra clienti e compagnie assicurative che operano nel settore r.c. auto.

Obiettivo è testare l'efficienza e l'efficacia di processi innovativi di ADR al fine di verificare se l'introduzione di una piattaforma possa essere d'ausilio alla negoziazione assistita da uno o più avvocati, di cui al d.l. 12 settembre 2014, n. 132.

L'ADR è una procedura di risoluzione alternativa che ha il vantaggio di offrire una soluzione rapida, semplice ed extragiudiziale alle controversie.

I vantaggi delle ADR consistono nella veloce ed efficace soluzione dei conflitti e nello snellimento del carico giudiziario dal momento che si procede per vie "alternative" senza ricorrere al giudice. Inoltre si evita che i clienti, potenzialmente scoraggiati dai costi e dalla durata del procedimento giudiziario, rinuncino alla tutela dei propri diritti.

Nell'ambito dei sistemi di ADR, quella oggetto di sperimentazione è la negoziazione assistita per la quale in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli

e natanti vige l'obbligo di esperire come tentativo ed è posta come condizione di procedibilità per la successiva domanda giudiziale.

È importante sottolineare come la procedura oggetto di sperimentazione sia una negoziazione assistita a tutti gli effetti di legge e che la documentazione finale generata automaticamente e sottoscritta con firma digitale sarà producibile in giudizio.

La negoziazione assistita è un istituto per la risoluzione alternativa delle controversie che consiste in una convenzione con cui le parti si impegnano a risolvere bonariamente una controversia con l'assistenza di avvocati.

La piattaforma informatica, predisposta per la sperimentazione, prevede un meccanismo di "offerta cieca" tra assicurato (per il tramite del proprio avvocato procuratore) e compagnia assicurativa, volto alla determinazione di un accordo sul valore economico della controversia.

I principali passaggi che determinano il procedimento di asta cieca sono:

- le parti inseriscono sulla piattaforma le proprie offerte, che non vengono rivelate alla controparte;
- in un numero prestabilito di round si svolgono rilanci;
- l'accordo si raggiunge se le offerte coincidono o distano entro un range predeterminato;
- in caso di accordo, in via automatica si conclude la conciliazione, già sottoscritta digitalmente dalle parti;
- in caso di mancato accordo, in via automatica, viene emessa la dichiarazione di mancato accordo.

La fase di asta cieca è regolata sulla base dei parametri definiti per la sperimentazione, conosciuti e accettati dall'impresa, cliente/legale e garantiti dall'infrastruttura Blockchain.

Al primo test hanno aderito otto imprese del settore assicurativo.

La *governance* della sperimentazione è affidata a uno Scientific Committee, che:

- approva l'adesione dei singoli *use case*;
- definisce e indirizza le scelte strategiche sugli output attesi;
- suggerisce possibili temi e fornisce spunti di riflessione;
- si esprime circa le misure di tutela adottate dagli stakeholder coinvolti;
- prende atto dei risultati presentati dal Lab Committee e decide eventuali interventi correttivi in termini di tempistiche e ambiti di applicazione.

Lo Scientific Committee è composto da rappresentanti di: IVASS, CeTIF, Reply e ANIA.

La attività operative sono sviluppate da un Lab Committee, gruppo di lavoro composto dai rappresentanti delle Compagnie assicurative e dai promotori della sperimentazione, coordinato da ANIA.

Vista la peculiarità del caso d'uso scelto, al Lab Committee sono stati invitati a partecipare diversi referenti di impresa tra cui referenti di Business, Innovation/IT, Compliance/Legal.

Caratteristica distintiva è l'impiego di tecnologia Blockchain, particolarmente efficace perché garantisce:

- sicurezza, poiché i dati sono crittografati e registrati in modo permanente e immutabile all'interno del *ledger*;
- interoperabilità, dal momento che l'adozione di protocolli Blockchain facilita la condivisione degli standard di comunicazione e sicurezza tra player diversi;
- automatismo del processo.

La piattaforma ADR utilizza la tecnologia Blockchain Hyperledger Fabric Permissioned che ha le seguenti caratteristiche:

- è basata su Hyperledger, iniziativa promossa da Linux Foundation (open source);
- permette il supporto di protocolli informatici quali gli smart contract;
- consente la gestione della privacy e confidenzialità.

In conseguenza di accordi presi dalle parti in occasione della sottoscrizione della convenzione di negoziazione assistita, non appena vengono riscontrate le condizioni concordate, senza la necessità di verifiche indipendenti o procedure manuali viene emesso uno smart contract che garantisce il cliente circa il raggiungimento dell'accordo economico o sancisce l'esperimento della procedura di conciliazione con l'emissione del documento di mancato accordo tra le parti.

Al termine della sperimentazione è prevista una fase di *Outcome Analysis* che ha l'obiettivo di riportare gli esiti della sperimentazione dal punto di vista di processo, tecnologico e normativo.

LINEE GUIDA PER CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI

Nell'ottobre del 2016 IVASS ha chiesto agli assicuratori, agli intermediari e ai consumatori di confrontarsi e individuare eventuali punti di convergenza in merito alla semplificazione dei contratti di assicurazione, con la finalità di accrescere la consapevolezza del consumatore in merito al contenuto della polizza acquistata e delle coperture di cui potrà effettivamente beneficiare.

Raccogliendo l'auspicio dell'Autorità di controllo, ANIA ha pertanto assunto la funzione di coordinamento di un apposito Tavolo di lavoro con la partecipazione degli altri stakeholder coinvolti da IVASS.

Il Tavolo di lavoro è giunto alla redazione di un documento finale condiviso, che contiene linee guida relative alla struttura e al linguaggio dei contratti, senza impattare sul contenuto delle clausole, profilo che rientra nella libertà contrattuale di ogni singola impresa e che costituisce un asset procompetitivo.

Lo scorso 6 febbraio si è tenuta in IVASS la presentazione del documento finale, alla presenza anche di alcuni esponenti dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM), delle associazioni dei consumatori e di quelle degli intermediari, nonché di ANIA stessa, che ha illustrato il documento condiviso dal Tavolo plenario.

IVASS si è dichiarato soddisfatto della metodologia di lavoro seguita e dell'esito del lavoro stesso, in grado di realizzare effettivamente una migliore tutela del consumatore e ha auspicato l'adozione delle linee guida da parte di ANIA, riservandosi comunque di emanare una Lettera al mercato e di monitorarne l'effettiva applicazione da parte delle imprese.

Per parte sua, ANIA ha deliberato di adottare le linee guida, auspicando nel contempo che le imprese di assicurazione, associate e non, aderiscano alle stesse e diano loro quanto prima progressiva attuazione, compatibilmente con le tempistiche richieste per la redazione o revisione dei prodotti assicurativi.

IVASS, come preannunciato, ha successivamente emanato la Lettera al mercato sulla tematica in parola. La Lettera è indirizzata alle imprese italiane e alle sedi secondarie delle imprese extracomunitarie nonché, per conoscenza, all'AGCM. L'Istituto, dopo una sintetica ricostruzione dei vari passaggi che hanno portato alla definizione delle linee guida, ha dichiarato di aver apprezzato i risultati raggiunti dalle associazioni di categoria interessate e di ritenere importante che le imprese assicuratrici aderiscano alle linee guida dandovi quanto prima progressiva attuazione. Più in particolare, le imprese sono state chiamate a procedere alla redazione e revisione dei contratti "secondo una tempistica che tenga conto di criteri di proporzionalità e significatività" e consenta: per i prodotti assicurativi di nuova commercializzazione, di applicare le linee guida al più tardi a partire dal 1° gennaio 2019; per i principali prodotti in commercio, di completare la revisione secondo le linee guida nel corso del 2019. La tempistica fissata è parsa adeguata in considerazione della rilevanza dell'attività da svolgere e anche dei numerosi e importanti impegni concorrenti (ad esempio, l'attuazione della normativa di recepimento della direttiva sulla distribuzione assicurativa – IDD).

I prodotti rivisti in conformità delle linee guida dovranno recare in copertina tale indicazione e le imprese dovranno comunicare a IVASS i prodotti rivisti secondo le linee guida stesse: la comunicazione è prevista dal 1° gennaio 2019 e successivamente ogni 3 mesi, fino al completamento della revisione dei contratti; analoga comunicazione dovrà essere effettuata anche in caso di revisioni attuate prima del 1° gennaio 2019. IVASS ha infine richiamato l'importanza di indicare, nei contratti di assicurazione contro i danni diversi dalla r.c. auto, un termine entro cui le imprese si impegnano a corrispondere l'indennizzo all'assicurato, in coerenza con la natura del rischio e la complessità degli accertamenti necessari per la liquidazione del danno. Al riguardo, ANIA ha ritenuto opportuno inserire autonomamente uno specifico "addendum" alle linee guida già pubblicate sul proprio sito internet.

Da ultimo, IVASS ha emanato un'ulteriore Lettera al mercato relativa alle linee guida. La Lettera in oggetto costituisce un invito alle imprese comunitarie operanti in Italia in regime di libertà di stabilimento o di libera prestazione dei servizi a conformarsi alle suddette linee guida. In particolare, IVASS ha ritenuto importante che, al fine di tutelare gli assicurati italiani, anche le imprese comunitarie diano attuazione alle stesse linee guida nei tempi e con le modalità indicate nella precedente Lettera al mercato, contribuendo altresì al flusso informativo trimestrale previsto verso l'Istituto. Nell'emanare l'ulteriore Lettera in questione, IVASS ha evidentemente tenuto conto delle finalità di vigilanza riferibili anche alle imprese comuni-

tarie, con specifico riguardo all'adeguata protezione degli assicurati e degli aventi diritto a prestazioni assicurative, nonché alla trasparenza e correttezza nei confronti della clientela.

IL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI RELATIVO ALLA TUTELA DELLE PERSONE FISICHE NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI (GDPR) E SCHEMA DI DECRETO LEGISLATIVO DI ADEGUAMENTO

Il Regolamento in materia di protezione dei dati personali del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati (GDPR), entrato in vigore nel 2016, è diventato efficace a partire dal 25 maggio 2018.

Nonostante il GDPR sia immediatamente applicabile in tutte le sue parti negli ordinamenti nazionali, si è reso comunque necessario un atto di adeguamento della normativa nazionale al nuovo impianto comunitario. Al riguardo, la Legge di delegazione europea n. 163 del 2017 ha stabilito i seguenti criteri per l'emanazione di un decreto legislativo di adeguamento: a) abrogare espressamente le disposizioni del Codice in materia di trattamento dei dati personali incompatibili con le disposizioni contenute nel GDPR; b) modificare il Codice limitatamente a quanto necessario per dare attuazione alle disposizioni non direttamente applicabili contenute nel Regolamento; c) coordinare le disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali con le disposizioni recate dal GDPR; d) prevedere, ove opportuno, il ricorso a specifici provvedimenti attuativi e integrativi adottati dal Garante per la protezione dei dati personali nell'ambito e per le finalità previsti dal GDPR; e) adeguare, nell'ambito delle modifiche al Codice, il sistema sanzionatorio penale e amministrativo vigente alle disposizioni del GDPR.

Conseguentemente, un'apposita Commissione tecnica ha redatto uno schema di decreto legislativo successivamente approvato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri. Lo schema di decreto legislativo, sul quale il Garante per la protezione dei dati personali ha espresso il proprio parere, è stato poi trasmesso alle Camere per l'espressione dei rispettivi pareri che sono stati effettivamente approvati e contengono numerose condizioni e osservazioni. Lo schema di decreto dovrà tornare in Consiglio dei Ministri per essere approvato in via definitiva.

Il legislatore delegato ha garantito la continuità con la normativa vigente facendo espressamente salvi i provvedimenti del Garante, di cui però dovrà essere valutata la compatibilità col GDPR e con il decreto legislativo di adeguamento; questa previsione risulta molto importante, in particolare, sia per il provvedimento del 2007 sulla "catena assicurativa" sia per i numerosi provvedimenti sull'accesso alle perizie medico-legali delle imprese assicuratrici.

Per quel che concerne le autorizzazioni generali esse saranno oggetto di riesame da parte del Garante entro il termine che sarà fissato nel decreto di adeguamento.

Per quanto riguarda i codici deontologici vigenti (ad esempio, il codice sui sistemi di informazioni creditizie-SIC o quello sulle informazioni commerciali) è stato previsto che, ai fini del loro mantenimento, dovranno essere trasformati in codici di condotta ai sensi dell'art. 40 del GDPR, seguendo l'iter previsto dal GDPR stesso: entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto di adeguamento, quindi, le associazioni e gli altri organismi rappresentanti le categorie interessate li dovranno sottoporre all'approvazione del Garante, e la procedura si dovrà concludere entro sei mesi dall'attivazione della procedura stessa.

Entrando, poi, maggiormente nello specifico, si segnala in particolare che:

- per le categorie "particolari" di dati personali (i già dati sensibili), il decreto di adeguamento, con riferimento ai dati genetici, biometrici e relativi allo stato di salute, prevede che il relativo trattamento sia sottoposto al rispetto di misure di garanzia disposte dal Garante, a seguito di una pubblica consultazione, immaginando la possibile acquisizione del consenso solo per i dati genetici;
- i diritti dell'interessato sanciti dagli artt. 15-22 del GDPR non sono esercitabili dall'interessato stesso qualora da ciò possa derivare un pregiudizio effettivo e concreto per il titolare o il responsabile del trattamento (ricomprendendo in tale principio, come attualmente previsto, il caso di investigazioni difensive e dell'esercizio di un diritto in sede giudiziaria ed estendendolo espressamente anche all'applicazione della normativa antiriciclaggio);
- è stata mantenuta la disposizione sul trattamento dei dati delle persone decedute, altrimenti non presente nel GDPR;
- sono state previste due nuove fattispecie di reati: la comunicazione e diffusione illecita di dati personali riferibili a un rilevante numero di persone; l'acquisizione fraudolenta di dati personali.

Tutti i titolari di trattamenti di dati personali, una volta che il quadro normativo sarà definito, dovranno avere riguardo al GDPR, al Codice sulla tutela dei dati personali come ampiamente modificato dal decreto legislativo di adeguamento e alle disposizioni transitorie e finali recate da detto decreto.

DIRETTIVA EUROPEA NIS SULLA PROTEZIONE DEI DATI – IPOTESI DI DECRETO ATTUATIVO

Il Consiglio dei Ministri, il 16 maggio 2018, ha approvato il d.lgs attuativo della direttiva 2016/1148 sulla sicurezza delle reti e dei sistemi informativi (direttiva NIS), che per la prima volta affronta in modo organico e trasversale il tema della *cyber security*, mirando a rafforzare la resilienza delle reti e dei sistemi stessi e la cooperazione europea sul tema.

Il decreto persegue tre obiettivi principali: promuovere una cultura di gestione del rischio e di segnalazione degli incidenti tra i principali attori economici, in particolare gli operatori che forniscono servizi essenziali (energia, trasporti, salute, finanza, con esclusione del settore assicurativo) e i fornitori di servizi digitali (motori di ricerca, servizi cloud, piattaforme di commercio elettronico); migliorare le capacità nazionali di *cyber security*; rafforzare la cooperazione a livello nazionale e in ambito UE.

Allo scopo di assicurare la continuità dei servizi essenziali (e dei servizi digitali), il decreto prevede l'adozione di misure tecnico-organizzative per ridurre il rischio e limitare l'impatto di incidenti informatici nonché l'obbligo di notifica di incidenti con impatto rilevante sulla fornitura dei servizi. Parallelamente, il testo individua le Autorità competenti ai fini NIS (MISE; MIT; MEF; Ministero della Salute e Ministero dell'Ambiente) e i rispettivi compiti, svolti in cooperazione con le omologhe Autorità degli altri Stati membri, nonché il *Computer Security Incident Response Team* (CSIRT) nazionale, con compiti di natura tecnica nella prevenzione e risposta a incidenti informatici svolti in cooperazione con gli altri CSIRT europei.

Si evidenzia che le imprese di assicurazione non sono considerate fornitrici di servizi essenziali e di conseguenza non rientrano tra i soggetti che devono ottemperare a tale normativa, che però riveste una notevole rilevanza ai fini della capacità delle imprese di tariffare correttamente il rischio *cyber*: infatti la notifica, imposta ai fornitori di servizi essenziali e di servizi digitali, degli incidenti aventi un impatto rilevante sulla continuità dei servizi forniti prevista dalla nuova normativa, potrebbe costituire un database significativo per una migliore conoscenza e tariffazione del rischio, che il settore assicurativo auspica quindi di poter consultare, anche in modo aggregato.

EQUO COMPENSO DEGLI AVVOCATI E DEI PROFESSIONISTI

La fattispecie dell'equo compenso è disciplinata dall'art. 13 bis della legge n. 247/2012 – legge professionale forense (inserito dall'art. 19 quaterdecies, del d.l. n. 148/2017, convertito con modificazioni nella legge n. 172/2017 e ulteriormente modificato dall'art. 1, comma 487, legge n. 205/2017– Legge di bilancio 2018) e, introdotta inizialmente solo per gli avvocati, è stata estesa, in quanto compatibile, anche alle prestazioni degli altri professionisti di cui all'art. 1 della legge n. 81/2017 (legge a tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale, comprendendo gli iscritti a ordini e collegi).

Essa prevede che, nelle convenzioni preordinate unilateralmente da clienti specificatamente individuati sulla base della loro dimensione (assicurazioni, banche e grandi imprese comunque non catalogabili quali micro, piccole ovvero medie imprese, P.A.), al fine della determinazione del compenso dell'avvocato e degli altri professionisti, sia necessario stabilire un compenso "conforme" ai parametri previsti dal regolamento del Ministro della Giustizia limitatamente alla professione forense, mentre per le ulteriori categorie di liberi professionisti il legislatore ha rinviato all'emanazione di successivi decreti ministeriali. Si presume che le convenzioni siano preordinate unilateralmente, salvo che venga dimostrata l'esistenza di una specifica negoziazione.

La norma di cui all'art. 13 bis della legge n. 247/2012 stabilisce la nullità di tutte le clausole presenti nei contratti stipulati tra il professionista e il cliente che prevedano un compenso non equo, oltre alla nullità di una preordinata lista di clausole. Il corrispettivo predeterminato nella pattuizione, per essere equo, deve essere non solamente proporzionato alla quantità e alla qualità del lavoro svolto, nonché al contenuto e alle caratteristiche della prestazione legale, ma deve anche essere conforme, come accennato, ai parametri previsti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della Giustizia adottato ai sensi dell'art. 13, comma 6, della legge n. 247/2012.

Con specifico riferimento alle clausole vessatorie, queste ricomprendono non solamente i compensi "non equi" (non commisurati all'opera svolta e non conformi ai parametri), bensì anche tutte quelle clausole specificamente ricomprese nella lista di cui all'art. 13-bis, commi 5 e 6, della legge n. 247/2012.

In particolare, in relazione al compenso, la non equità (e quindi vessatorietà) va accertata ipotesi per ipotesi in sede giudiziaria, mentre per quanto riguarda le clausole specificatamente individuate dal legislatore, esse sono per legge considerate vessatorie, a meno che non se ne provi la specifica trattativa e approvazione (tra le altre, la modifica unilaterale del contratto da parte del cliente; l'anticipazione delle spese della controversia a carico dell'avvocato; la rinuncia al rimborso delle spese direttamente connesse alla prestazione dell'attività professionale oggetto della convenzione).

La Legge prevede che le clausole definite quali vessatorie siano colpite dalla sanzione della nullità, al contempo precisando che la convenzione resta valida per la parte residua. La nullità opera a vantaggio del solo professionista e può essere rilevata anche d'ufficio dal giudice.

ORDINANZA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE N. 10333/2018 SU RAMO III

L'ordinanza in parola è intervenuta in un caso molto particolare, risalente alla fine del 2006, in cui il contratto di assicurazione (una polizza di ramo III) è stato intermediato da una società di brokeraggio e sottoscritto da una società fiduciaria per conto di due suoi clienti.

La Corte di appello di Milano, nel gennaio 2016, ha dichiarato la risoluzione del contratto di assicurazione per inadempimento e condannato l'impresa assicuratrice alla restituzione di circa 3 milioni di euro di capitale (più interessi), nonché di circa 11.000 euro di commissioni (più interessi). Da cui il ricorso in Cassazione da parte dell'impresa.

La Corte di Cassazione ha sintetizzato, prima di tutto, la ricostruzione effettuata dalla Corte d'appello, la quale è partita dall'affermazione secondo cui, *"mancando la garanzia di restituzione del capitale alla scadenza e dunque la natura assicurativa del prodotto"*, esso deve essere considerato un investimento finanziario, con conseguente applicazione del Testo Unico della Finanza (TUF) e della regolamentazione attuativa di CONSOB.

La stessa Corte d'appello ha osservato che nella lettera di conferma dell'investimento veniva richiamato *"un unico investimento"*, effettuato in titoli Lehman Bros., mentre nella proposta di polizza si prevedeva l'investimento *"in un paniere composto da quote di fondi comuni d'investimento, azioni, nonché obbligazioni e liquidità nella misura almeno del 75%"*. La Corte d'appello, inoltre, ha rilevato la non adeguatezza dell'investimento rispetto al profilo di *"rischio basso"* dichiarato nella proposta di polizza dalla società fiduciaria contraente; infine, ha osservato che l'importo di circa 11.000 euro non era giustificato da un'attività gestoria dell'impresa assicuratrice e che comunque quest'ultima era già stata altrimenti remunerata.

In sede di appello l'impresa assicuratrice ha provato a difendersi adducendo che:

a) il rapporto assicurativo intercorreva tra l'impresa stessa e la società fiduciaria che, come tale, è un operatore qualificato, e non un investitore al dettaglio – primo motivo;
b) era irrilevante chiedere informazioni sull'esperienza in materia di investimenti, data la natura del contraente (società fiduciaria) – secondo motivo;
c) l'investimento rispettava la richiesta di non scendere sotto il 75% di obbligazioni (anzi, si trattava di un prodotto obbligazionario al 100%) – terzo motivo;
d) il rischio effettivamente verificatosi (default della Lehman) era stato indicato tra i *"rischi finanziari a carico del contraente"* (in altri termini, l'espressione *"capitale garantito"* non faceva venir meno il rischio legato all'insolvenza dell'emittente il titolo obbligazionario) e in ogni caso non era stato esercitato il c.d. diritto di ripensamento, né per circa due anni era stata sollevata alcuna eccezione – quarto motivo;
e) al momento dell'emissione, il titolo Lehman godeva della massima affidabilità – quinto motivo;
f) il contratto prevedeva un onere amministrativo e di gestione finanziaria, e non è stata percepita alcun'altra commissione – sesto motivo.

La Cassazione, statuendo sul caso, ha detto che:

a) il primo e secondo motivo sono inammissibili e infondati. E infatti secondo la Corte d'appello, *"mancando la garanzia di restituzione del capitale alla scadenza e dunque la natura assicurativa del prodotto"*, esso deve essere considerato un investimento finanziario, con conseguente applicazione del TUF e della regolamentazione attuativa di CONSOB. I clienti in questo caso erano i due assicurati, e non la società fiduciaria, anche in conformità delle comunicazioni CONSOB del novembre 1998 e del marzo 2006. L'impresa assicuratrice contesta questa conclusione nel merito, ma non può farlo in Cassazione, dove può essere valutato soltanto il profilo della legittimità;
b) anche il terzo, quarto e quinto motivo sono inammissibili, giacché anche per essi l'impresa ricorrente non rileva un vizio di motivazione, ma si limita a contestare la valutazione di merito della Corte d'appello;
c) pure il sesto motivo, infine, è inammissibile per "difetto di decisività".

Vale sempre e comunque, in via preliminare, la considerazione per cui ogni pronuncia fa stato a sé, in quanto legata a un caso specifico. Nel caso in esame la specificità è notevole, essendo coinvolti nell'operazione ben quattro distinti soggetti: l'impresa assicuratrice; la società di brokeraggio; la società fiduciaria; gli assicurati. Nel dispositivo dell'ordinanza si dichiara, in sostanza, soltanto il rigetto del ricorso per effetto della riconosciuta inammissibilità dei predetti motivi di impugnazione.

Non vi è alcuna indicazione secondo cui una polizza vita priva della garanzia di restituzione del capitale non potrebbe definirsi tale. La Suprema Corte, in altri termini, nell'ordinanza in commento non si è in alcun modo pronunciata sul merito della tipologia di contratti assicurativi tra i quali è annoverabile la polizza oggetto dei fatti in contestazione.

Sin dalla direttiva europea del 1979 e fino alla vigente direttiva Solvency II, e corrispondentemente nella relativa normativa nazionale di recepimento (Codice delle assicurazioni private – CAP), i contratti unit e index-linked sono stati inseriti espressamente nell'ambito dei rami assicurativi vita (per la precisione, come ramo III). Essi sono naturalmente caratterizzati dall'assenza della garanzia di restituzione del capitale (e di rendimento), fermo restando che quest'ultima può essere eventualmente prevista (in taluni prodotti ciò effettivamente accade). Tali contratti sono altresì caratterizzati dalla presenza di una copertura demografica: la direttiva e il CAP definiscono, infatti, le assicurazioni di ramo III come contratti di cui al ramo I, le prestazioni dei quali sono direttamente collegate al valore delle quote di OICVM o di fondi interni ovvero a indici o altri valori. Il fatto che tali contratti siano stati sottoposti, da un certo punto in poi, alla disciplina del TUF (e di CONSOB) sotto il profilo dell'informativa precontrattuale e delle regole di condotta nel collocamento, non inficia la loro natura di contratti di assicurazione, sottoposti sempre e comunque alla vigilanza di IVASS quanto a struttura e regole prudenziali. Di recente, la scelta è stata confermata sia con il Regolamento PRIIPs sia con la direttiva IDD, che prevede esplicitamente come le regole della distribuzione assicurativa riguardino tutti i prodotti assicurativi, compresi quelli a contenuto finanziario. Nel momento del collocamento della polizza (fine 2006) erano già in vigore le disposizioni dell'allora ISVAP (circolare n. 551, contenente disposizioni in materia di trasparenza dei contratti di assicurazione sulla vita), sia sul versante dell'informativa precontrattuale, sia sul versante delle regole di condotta (in particolare, la valutazione di adeguatezza). Non erano invece ancora applicabili le nuove disposizioni sui prodotti finanziario-assicurativi recate prima dalla legge sulla tutela del risparmio (n. 262/2005) e poi dal d.lgs. n. 303/2006 (decreto Pinza del 23 dicembre 2006), in quanto la loro entrata in vigore era stata differita e la loro effettiva applicazione rinviata alla regolamentazione attuativa di CONSOB, che sarebbe poi intervenuta nel corso del 2007 (vedi comunicazione della stessa CONSOB dell'aprile 2006). In estrema sintesi, è da tempo vigente in Italia (2007) un sistema di vigilanza sulla trasparenza e correttezza nel collocamento dei prodotti assicurativi a contenuto finanziario che segue sì le regole del TUF, ma mantiene la connotazione di tali prodotti come assicurativi. Come in precedenza evidenziato, in nessun caso tale connotazione è pregiudicata dall'assenza della garanzia restitutoria del capitale che, anzi, caratterizza i contratti di assicurazione sulla vita di ramo III.

14

LE PREVISIONI PER IL 2018

Tutti i valori di previsione riportati nel presente capitolo sono stati elaborati proiettando le variabili di interesse su scenari di mercato e geo-politici "ordinati". Nello specifico, le proiezioni sono compatibili con la prospettiva di un graduale e omogeneo rialzo dei tassi di interesse che dovrebbe seguire il recente annuncio da parte della Banca Centrale Europea del progressivo ritiro dei provvedimenti di politica monetaria dall'orientamento espansivo posti in essere negli ultimi tre anni (*Quantitative Easing*).

L'ECONOMIA INTERNAZIONALE NEL 2018-19

Secondo il Fondo Monetario Internazionale, il rafforzamento del contesto macroeconomico dovrebbe consolidarsi ed estendersi – in alcuni casi con maggiore intensità – fino a tutto il prossimo biennio. La sincronizzazione globale della fase ciclica positiva si tradurrebbe in un ulteriore aumento dei flussi commerciali mondiali, generando a loro volta un clima favorevole per investimenti e consumi privati.

La crescita dell'output globale dovrebbe dunque proseguire con ritmi analoghi a quelli del 2017 per tutto il biennio 2018-2019 (+3,9% in entrambi gli anni). L'economia dell'aggregato dei paesi avanzati è prevista accelerare nel 2018 (+2,5%) per poi rallentare leggermente l'anno successivo (+2,2%); è prevista invece una sostanziale tenuta della fase positiva del ciclo delle economie emergenti (+4,9%, +5,1%).

Nel prossimo biennio tra le economie avanzate continuerebbero ad evidenziarsi differenze nell'evoluzione temporale dei rispettivi PIL. Grazie al forte stimolo fiscale che dovrebbe seguire la recente riforma della tassazione, l'economia degli Stati Uniti continuerebbe ad accelerare vigorosamente nell'anno in corso, mantenendosi su livelli analoghi in quello successivo (+2,9%, +2,7% nel 2019 sia secondo il Fondo sia secondo la Commissione europea). La crescita del PIL dell'area dell'euro, pur continuando a collocarsi su livelli al di sopra delle attese, è prevista rallentare in modo progressivo nei prossimi due anni (+2,4% e +2,0% secondo il Fondo; +2,3% e +2,0% secondo la Commissione), in ragione del leggero indebolimento della dinamica dei consumi privati, in un clima di generale moderazione salariale. Anche le proiezioni per l'economia giapponese puntano a un rallentamento dopo la brusca accelerazione registrata nel 2017 (+1,2% e +0,9%; +1,3% e +1,1%) (tavola 1).

Il quadro di previsione per il blocco dei paesi emergenti continuerebbe a mostrare segni di tenuta, particolarmente per quanto riguarda le sue due economie più importanti. In Cina le previsioni puntano a una crescita del PIL lievemente declinante (+6,6%, +6,4% secondo il Fondo Monetario Internazionale), andamento che si sta dimostrando lontano dalle previsioni di qualche anno fa riguardo il temuto *hard landing* della sua economia dopo 30 anni di crescita sostenutissima. L'economia indiana, dopo la temporanea flessione registrata nel 2017, tornerebbe ad accelerare con vigore nel prossimo biennio (+7,4%, +7,8% secondo il Fondo), quando si prevede che le riforme introdotte dall'attuale amministrazione saranno in grado di liberare ulteriore potenziale produttivo.

LE PREVISIONI PER IL 2018

Tavola 1 – Le previsioni 2018-2019 per i paesi industrializzati
(Variazioni % rispetto all'anno precedente)

	Stati Uniti				Giappone				Area dell'euro			
	FMI		Commissione europea		FMI		Commissione europea		FMI		Commissione europea	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
PIL	2,9	2,7	2,9	2,7	1,2	0,9	1,3	1,1	2,4	2,0	2,3	2,0
Consumi delle famiglie	2,9	2,6	3,0	2,8	0,6	0,8	1,0	1,1	1,8	1,6	1,7	1,7
Consumi della PA	3,1	1,9	1,4	2,1	-0,3	1,1	0,3	0,7	1,4	1,1	1,4	1,3
Investimenti fissi	5,6	6,5	5,0	4,1	3,4	1,6	1,7	1,8	4,4	3,5	4,2	3,4
Esportazioni	3,4	3,2	4,5	4,3	5,0	2,9	4,8	2,8	5,4	4,5	5,4	4,4
importazioni	6,8	6,6	6,5	5,2	4,3	3,3	2,8	2,8	5,3	4,6	5,2	4,5
Tasso di disoccupazione (*)	3,9	3,5	4,0	3,5	2,9	2,9	2,7	2,6	8,4	8,1	8,4	7,9
Deficit/PIL (**)	-5,3	-5,9	-5,3	-5,9	-3,4	-2,8	-3,2	-2,7	-0,6	-0,5	-0,7	-0,6
Prezzi al consumo	2,5	2,4	2,2	2,2	1,1	1,1	1,0	1,1	1,5	1,6	1,5	1,6

(*) % di disoccupati su forza lavoro
(**) punti percentuali
Fonte: FMI; Commissione europea

L'ECONOMIA ITALIANA NEL 2018-19

La vivacità del quadro congiunturale mostrato dall'economia italiana nel 2017 dovrebbe protrarsi su ritmi analoghi anche nel prossimo biennio. Le stime degli analisti delle maggiori Istituzioni nazionali e internazionali – il Documento di Economia e Finanza (DEF) pubblicato dal Ministero dell'Economia, la Commissione europea (CE) e il Fondo Monetario Internazionale (FMI) – convergono, infatti, sul mantenimento del ritmo di crescita dell'economia italiana nel 2018 (+1,5%), puntando però su scenari moderatamente differenti nel 2019 (+1,4% per il DEF, +1,2% per la CE e +1,1% per l'FMI). La media delle stime del campione di istituti di previsione monitorato da Consensus Economics punta a una crescita dell'1,4% nel 2018 e dell'1,2% nel 2019 (tavola 2).

La crescita aggregata trarrebbe sostegno dalla prosecuzione della dinamica delle componenti private della domanda interna. L'andamento dei consumi privati si manterrebbe leggermente al di sotto del tasso di crescita del PIL: +1,4% e +1,0% secondo il DEF, +1,2% e +1,2% secondo la Commissione e +1,3% e +1,1% secondo il Fondo. Più energica sarebbe invece la spinta della spesa per investimenti, particolarmente nel 2018 (DEF: +4,1%, +2,8% nel 2019; CE: +4,8%, +2,4%; FMI: 3,7%, +4,0%).

Con l'esclusione del DEF, che ne prevede un incremento nel 2018 sensibilmente più alto rispetto alle altre Istituzioni, l'andamento della spesa pubblica è previsto poco più che stazionario nell'arco del biennio di previsione (+0,5% e +0,1%; +0,1% e +0,2%; +0,3% e +0,3%).

LE PREVISIONI PER IL 2018

Le proiezioni sui prezzi delle materie prime, previste sostanzialmente stabili sui livelli del 2017, fanno convergere le stime sull'inflazione dei prezzi al consumo su livelli simili rispetto allo scorso anno, con la rilevante eccezione del DEF che prevede il tasso di incremento addirittura oltre il 2% nel 2019.

Proseguirebbe il miglioramento delle condizioni del mercato del lavoro cominciato nel 2017, con il tasso di disoccupazione in diminuzione e sotto la soglia dell'11% nell'arco del biennio.

L'andamento futuro del contributo dell'equilibrio esterno è previsto permanere in territorio positivo, con aumenti più marcati nelle esportazioni rispetto alle importazioni, previste comunque in significativa evoluzione.

Tavola 2
Le previsioni per l'economia italiana
(Variazioni % rispetto all'anno precedente)

	Ministero dell'Economia		Commissione europea		FMI	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
PIL a prezzi di mercato	1,5	1,4	1,5	1,2	1,5	1,1
Consumi privati	1,4	1,0	1,2	1,2	1,3	1,1
Consumi delle PA	0,5	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3
Deficit pubblico/PIL	-1,6	-0,8	-1,7	-1,7	-1,6	-0,9
Investimenti	4,1	2,8	4,8	2,4	3,7	4,0
Esportazioni	5,2	4,2	4,5	4,2	5,4	5,6
Importazioni	5,4	4,0	4,9	4,5	5,3	6,2
Tasso di disoccupazione	10,7	10,2	10,8	10,6	10,8	10,6
Indice armonizzato dei prezzi al consumo	1,1	2,2	1,2	1,4	1,1	1,3

Fonte: Documento di Economia e Finanza (aprile 2018), Fondo Monetario Internazionale (aprile 2018), Commissione europea (maggio 2018)

L'ASSICURAZIONE ITALIANA NEL 2018

Nel 2018, i **premi contabilizzati totali (danni e vita)** del portafoglio diretto italiano dovrebbero sfiorare i 137 miliardi, in aumento del 5,0% rispetto al 2017. Il business assicurativo complessivo tornerebbe così a crescere dopo il calo del biennio precedente (-2,4% nel 2017 e -8,8% nel 2016).

Al risultato del 2018, contribuirebbe sia lo sviluppo positivo dei premi del comparto danni (+1,7%) sia la buona performance di crescita dei premi dei rami vita (+5,5%).

L'incidenza dei premi complessivi sul PIL aumenterebbe, passando dal 7,6% del 2017 al 7,8% del 2018 (tavola 3).

I premi contabilizzati del portafoglio diretto italiano del **settore danni** nel 2018 sfiorerebbero i 33 miliardi, in crescita dell'1,7% rispetto al 2017, confermando e consolidando così il positivo andamento già registrato nel 2017 (+1,2%). Ciò dipenderebbe sia dall'interruzione del calo dei premi del ramo r.c. auto sia dall'ulteriore aumento dei premi di tutti gli altri rami danni diversi dalla r.c. auto (+2,9%).

LE PREVISIONI PER IL 2018

Tavola 3
Previsioni dei premi assicurativi in Italia
Valori in miliardi

RAMI	PREMI 2017	PREMI 2018	VAR. 2018-2017	Per memoria: VAR. 2017-2016	Per memoria: VAR. 2016-2015
R.c. auto e r.c. marittimi	13.234	13.234	0,0%	-2,2%	-5,6%
Infortuni	3.087	3.134	1,5%	2,6%	1,0%
R.c. generale	2.924	2.968	1,5%	0,9%	-0,2%
Altri danni ai beni	2.799	2.841	1,5%	1,4%	0,5%
Corpi veicoli terrestri	2.800	2.884	3,0%	6,3%	6,5%
Incendio	2.402	2.450	2,0%	1,0%	0,8%
Malattia	2.571	2.803	9,0%	9,5%	9,6%
Altri rami danni	2.520	2.577	2,2%	5,0%	1,8%
TOTALE ALTRI RAMI DANNI (esclusa r.c. auto e marittimi)	19.103	19.656	2,9%	3,7%	2,6%
TOTALE RAMI DANNI	**32.337**	**32.890**	**1,7%**	**1,2%**	**-1,0%**
Incidenza % sul PIL	*1,9%*	*1,9%*			
Ramo I - Vita umana	62.777	64.974	3,5%	-14,7%	-5,4%
Ramo III - Fondi di investimento	31.254	34.067	9,0%	30,1%	-24,5%
Altri rami vita	4.579	5.037	10,0%	-0,2%	-12,4%
TOTALE RAMI VITA	**98.610**	**104.078**	**5,5%**	**-3,6%**	**-11,0%**
Incidenza % sul PIL	*5,7%*	*5,9%*			
TOTALE RAMI	**130.947**	**136.967**	**5,0%**	**-2,4%**	**-8,8%**
Incidenza % sul PIL	*7,6%*	*7,8%*			

Variazioni a perimetro di imprese omogeneo

Nel ramo r.c. auto, infatti, dopo aver assistito a sei anni consecutivi di riduzione dei premi (il calo complessivo dal 2011 al 2017 è stato pari quasi a -26% senza considerare gli effetti inflattivi), i margini tecnici, già rimasti a livelli molto contenuti nel 2017 (uguali a quelli del 2016), potrebbero ulteriormente ridursi nel 2018. Pur in presenza di un elevato livello concorrenziale fra le imprese, il trend di riduzione dei premi medi sperimentato nei sei anni precedenti dovrebbe interrompersi e il volume dei premi contabilizzati nel 2018 (pari a 13,2 miliardi) rimarrebbe uguale a quello del 2017. Il peso dei premi del ramo r.c. auto sul totale dei premi contabilizzati danni continuerebbe a scendere (40,3%, era 40,9% nel 2017 e 42,3% nel 2016).

Verrebbe confermata la fase espansiva e di crescita di tutti i rami danni diversi dalla r.c. auto che, oltre a beneficiare del positivo andamento del ciclo economico generale, rifletterebbe gli sforzi messi in atto dalle compagnie di assicurazione nell'offrire prodotti assicurativi innovativi e di maggiore interesse per le famiglie e le aziende. Si stima, infatti, per il 2018 un'ulteriore crescita dei premi contabilizzati pari a +2,9% (per un volume di 19,7 miliardi), circa un punto percentuale inferiore alla crescita del 2017 (+3,7% e 19,1 miliardi).

Il rallentamento della crescita dei premi del 2018 rispetto al 2017 sarebbe dovuto a un minore sviluppo soprattutto nel ramo corpi veicoli terrestri (ossia nelle garanzie incendio/furto e collisione dei veicoli) che per effetto di un aumento meno marcato nel numero di nuove immatricolazioni dei veicoli nel corso dell'anno corrente (+1,0% da gennaio a maggio del 2018 rispetto a un +8,3% nello stesso periodo del 2017) vedrebbe i premi aumentare a fine anno 2018 del +3,0% (meno della metà di quanto registrato nel 2017: +6,3%) per un volume che dovrebbe sfiorare i 2,9 miliardi.

Vale la pena, inoltre, evidenziare la crescita che registrerà:

- il ramo malattia che per il terzo anno consecutivo dovrebbe registrare un aumento significativo (+9,0%) appena inferiore a quello del 2017 (+9,5%) e del 2016 (+9,6%) e che sarà trainato dallo sviluppo del welfare aziendale volto a coprire i rischi legati alle spese mediche e interventi chirurgici, veicolate anche da imprese assicurative che vendono tramite sportelli bancari e/o postali; il volume premi di questo ramo supererebbe così i 2,8 miliardi a fine anno 2018;
- il ramo incendio che con un volume premi pari a 2,5 miliardi, dovrebbe aumentare del +2,0% rispetto al 2017. Pur trattandosi di uno sviluppo appena superiore a quello dell'anno precedente (+1,0%) è importante sottolineare come questo incremento potrebbe essere, almeno in parte, legato alla maggiore diffusione di polizze incendio con abbinate l'estensione di coperture contro le catastrofi naturali, conseguenza a sua volta degli effetti positivi legati alla Legge di bilancio 2018 che ha previsto dei benefici fiscali per l'acquisto di tali coperture.

Nel 2018 l'incidenza dei premi danni rispetto al PIL rimarrebbe invariata all'1,9%.

Nel **settore vita** si assisterebbe nel 2018 a una inversione significativa di tendenza: dopo due anni di contrazione (-3,6% nel 2017 e -11,0% nel 2016) i premi vita tornerebbero a crescere del 5,5% per un volume di oltre 104 miliardi.

Vi contribuirebbe una maggiore dinamicità generalizzata riscontrabile in tutti i rami di attività; in particolare:

- le polizze rivalutabili (ramo I) tornerebbero a crescere sia pure in modo contenuto (+3,5% per un volume di 65 miliardi) dopo il forte arresto del 2017 (-14,7%) e quello meno accentuato del 2016 (-5,4%). Ciò potrebbe in parte dipendere dalla ripresa dei tassi di interesse dei titoli di Stato italiani che consentirebbe alle imprese di assicurazione di offrire polizze vita con maggiore garanzia nei rendimenti;
- le polizze a prevalente contenuto finanziario (ramo III – unit linked) continuerebbero a crescere in maniera decisa (+9,0% per un volume di 34 miliardi) anche per effetto dei contributi positivi legati alla commercializzazione di polizze con investimenti in PIR e di polizze ibride – multiramo.

Il nuovo trend positivo nella vendita di polizze vita è evidente anche dall'analisi dei dati della nuova produzione vita delle polizze individuali che a fine aprile 2018 registrava un volume di nuovi premi pari a 28,8 miliardi contro i 27,7 miliardi dei primi quattro mesi del 2017 (+3,9%).

L'incremento nei premi di nuova produzione vita si registrerebbe sia nelle polizze rivalutabili di ramo I (che con un volume di quasi 19 miliardi crescerebbero del +3,1%) sia nelle polizze unit-linked di ramo III che si incrementerebbero del 6,1% sfiorando i 10 miliardi di nuovi premi.

Complessivamente l'incidenza del volume dei premi contabilizzati del settore vita rispetto al PIL salirebbe dal 5,7% nel 2017 al 5,9% nel 2018.

I dati pubblicati si riferiscono al complesso delle imprese aventi sede legale in Italia, delle rappresentanze in Italia di imprese aventi sede legale in paesi non facenti parte dello Spazio Economico Europeo e delle rappresentanze di imprese estere esercenti la sola riassicurazione.

I dati relativi al 2017 e al 2018 sono stimati

Chiuso in tipografia il ?? luglio 2018

Prepress: Grafica Cristal S.r.l. - Via Raffaele Paolucci, 12/14 - 00152 Roma
Press: Arti Grafiche La Moderna S.n.c. - Via di Tor Cervara, 171 - 00155 Roma