L'assicurazione italiana 2006/2007

ANIA
Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

L'assicurazione italiana 2006/2007

ANIA
Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

Sommario

EXECUTIVE SUMMARY **6**

L'EVOLUZIONE DELLA CONGIUNTURA ECONOMICA **17**

La congiuntura economica internazionale 17
La congiuntura economica in Italia 19
I mercati finanziari 21
Il rendimento dei titoli governativi 21
I mercati azionari 23
L'andamento delle imprese di assicurazione in borsa 25

L'ASSICURAZIONE ITALIANA: I DATI SIGNIFICATIVI 2006 ..... **27**

Le imprese in esercizio 27
Il conto economico 28
Il conto tecnico 29
I premi 29
Le prestazioni 30
Le spese di gestione 31
Il risultato del conto tecnico 31
Il conto non tecnico 32
I proventi da investimento 32
Il risultato dell'esercizio 33
La situazione patrimoniale 33
Il passivo 33
L'attivo 34
Il margine di solvibilità 36
La redditività del settore assicurativo 36

L'ASSICURAZIONE ITALIANA NEL CONFRONTO INTERNAZIONALE **41**

Confronti internazionali 41
Il peso dell'assicurazione nei diversi paesi 41
I principali mercati dell'Unione Europea 44
La tassazione dei premi nell'Unione Europea 46
La fiscalità dell'assicurazione vita nei principali paesi della Unione Europea 47
Un confronto internazionale sui conti economici delle imprese di assicurazione 50
La redditività delle imprese europee quotate nel 2006 56

LE ASSICURAZIONI VITA **58**

Il lavoro italiano 58
I singoli rami vita 59
Ramo I – Assicurazioni sulla durata della vita umana 59
Ramo III – Assicurazioni sulla vita connesse con fondi di investimento o indici 61
Ramo IV – Assicurazioni malattia a lungo termine 62
Ramo V – Operazioni di capitalizzazione 63
Ramo VI – Gestione di fondi pensione 64
Un'analisi disaggregata per imprese e rami dell'andamento dei premi nel 2006 65
La disciplina dei "prodotti finanziari emessi dalle imprese di assicurazione" 67
Il recepimento della direttiva sui prospetti informativi 68
La struttura dei costi dell'assicurazione vita 71
Il rendimento delle polizze rivalutabili 72
Assicurazione vita e PIL 74
Assicurazione vita e risparmio delle famiglie italiane 75
Gli investimenti finanziari delle famiglie in Europa 77
La riforma della tassazione delle rendite finanziarie 79

Il gap di protezione dal rischio di decesso in Italia ... 81
L'avvio della riforma della previdenza complementare ... 83
L'anticipo dell'entrata in vigore della disciplina tributaria della previdenza complementare 87
Il recepimento della direttiva sugli enti pensionistici aziendali o professionali ... 90

LE ASSICURAZIONI DANNI ... **94**

Il lavoro italiano ... 94
Assicurazione danni e PIL ... 95
Le catastrofi naturali nel mondo nel 2006 ... 96
Il mercato internazionale dei cat bonds nel 2006 ... 97
La copertura dei rischi catastrofali: l'Italia rispetto agli altri paesi ... 99
L'assicurazione delle piccole e medie Imprese Manifatturiere ... 101
La comunicazione all'anagrafe tributaria delle somme liquidate per sinistri ... 107
La durata dei contratti e il decreto Bersani II ... 108
Commento dell'ANIA all'Interim Report sulla durata dei contratti assicurativi ... 108

L'ASSICURAZIONE AUTO ... **111**

La gestione dell'assicurazione di responsabilità civile ... 111
La gestione delle assicurazioni dei danni ai veicoli ... 113
Diffusione delle garanzie diverse dalla responsabilità civile: un confronto europeo ... 114
Il costo medio e la frequenza sinistri: un confronto europeo ... 118
Analisi territoriale della sinistrosità e delle frodi nella r.c. auto ... 121
Analisi di lungo periodo dei prezzi r.c. auto ... 124
Il risarcimento diretto nell'assicurazione r.c. auto ... 129
Stima dei forfait nella Convenzione fra gli assicuratori per il risarcimento diretto (CARD) 135
La campagna di comunicazione per il risarcimento diretto ... 139
La Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale ... 140
Regolamenti attuativi del Codice delle assicurazioni in materia di assicurazione r.c. auto 142
I sistemi bonus/malus dopo le recenti modifiche normative ... 145
Obbligo a contrarre in r.c. auto: deferimento alla Corte di Giustizia UE ... 148
La cartolarizzazione di un portafoglio auto ... 149

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI ... **151**

I rami danni diversi dal settore Auto ... 151
I primi risultati del progetto sulla sanità patrocinato da ANIA e IRSA ... 155
Indagine sui costi medi delle polizze sanitarie ... 161
Certificato di assicurazione per i vettori aerei ... 164
Il progetto Geososta ... 165
Il progetto SIGRA ... 165
Manuali multimediali di prevenzione furto e incendio ... 168
La responsabilità civile in ambito sanitario ... 168
Assicurazione della responsabilità dei revisori contabili e polizze D&O ... 171

LA RIASSICURAZIONE ... **174**

Il mercato europeo della riassicurazione ... 175

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO ... **178**

I lavoratori dipendenti e il costo del lavoro ... 178
La formazione, il dialogo sociale e gli interventi a sostegno dell'occupazione ... 180
Il fondo LTC ... 183

Sommario

LA DISTRIBUZIONE **185**

Assicurazione vita 185
Assicurazione danni 187
L'attività di intermediazione svolta dai broker in Italia nel settore danni 189
Interim Report della UE sul settore "business insurance" 192
Esposti ANIA alla Commissione europea sul divieto di monomandato 193
Gli effetti economici derivanti dal divieto del monomandato 195
Regolamento ISVAP n. 5 in materia di intermediazione assicurativa 197
Linee guida per la valutazione dell'adeguatezza dei contratti offerti nei rami danni 199

IL MERCATO UNICO EUROPEO E LA LIBERALIZZAZIONE DEL SETTORE **201**

L'assicurazione e la strategia di Lisbona 201
Nuovo piano d'azione sui servizi finanziari 201
Indagine della Commissione europea sulla "business insurance": osservazioni del CEA 202
Direttiva sui servizi nel mercato interno 203
Proposta di direttiva acquisizioni e incrementi di partecipazioni 204
Proposta di direttiva sulla trasferibilità dei diritti alla pensione complementare 205
Proposta di regolamento Roma I 206
Proposta di regolamento Roma II 206
Verso la globalizzazione dell'attività assicurativa 207

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA **208**

Disposizioni in materia di attivi a copertura 208
Solvency II 210
- Verso la proposta di Direttiva 210
- Il secondo e il terzo studio di impatto quantitativo 214

Fase II del progetto "Insurance Contracts" dello IASB 220
Riforma delle Autorità di vigilanza 222
L'attività di contrasto delle frodi 224
La proposta di legge sulla class action 227
Esposto ANIA alla Commissione europea sul cuneo fiscale 229

LE PREVISIONI PER IL 2007 ..... **233**

L'economia internazionale 233
L'economia italiana 234
L'assicurazione italiana nel 2007 235

APPENDICE STATISTICA (disponibile su www.ania.it/documenti)

INDICE DEI RIQUADRI

Il margine di solvibilità 36
La redditività del settore assicurativo 36

La tassazione dei premi nell'Unione Europea 46
La fiscalità dell'assicurazione vita nei principali paesi della Unione Europea 47
Un confronto internazionale sui conti economici delle imprese di assicurazione 50
La redditività delle imprese europee quotate nel 2006 56

Un'analisi disaggregata per imprese e rami dell'andamento dei premi nel 2006 65
La disciplina dei "prodotti finanziari emessi dalle imprese di assicurazione" 67
Il recepimento della direttiva sui prospetti informativi 68
La struttura dei costi dell'assicurazione vita 71
Il rendimento delle polizze rivalutabili 72
Gli investimenti finanziari delle famiglie in Europa 77
La riforma della tassazione delle rendite finanziarie 79
Il gap di protezione dal rischio di decesso in Italia 81
L'avvio della riforma della previdenza complementare 83
L'anticipo dell'entrata in vigore della disciplina tributaria della previdenza complementare 87
Il recepimento della direttiva sugli enti pensionistici aziendali o professionali 90

Le catastrofi naturali nel mondo nel 2006 96
Il mercato internazionale dei cat bonds nel 2006 97
La copertura dei rischi catastrofali: l'Italia rispetto agli altri paesi 99
L'assicurazione delle piccole e medie Imprese Manifatturiere 101
La comunicazione all'anagrafe tributaria delle somme liquidate per sinistri 107
La durata dei contratti e il decreto Bersani II 108
Commento dell'ANIA all'Interim Report sulla durata dei contratti assicurativi 108

Il costo medio e la frequenza sinistri: un confronto europeo 118
Analisi territoriale della sinistrosità e delle frodi nella r.c. auto 121
Il risarcimento diretto nell'assicurazione r.c. auto 129
Stima dei forfait nella Convenzione fra gli assicuratori per il risarcimento diretto (CARD) 135
La campagna di comunicazione per il risarcimento diretto 139
Regolamenti attuativi del Codice delle assicurazioni in materia di assicurazione r.c. auto 142
I sistemi bonus/malus dopo le recenti modifiche normative 145
Obbligo a contrarre in r.c. auto: deferimento alla Corte di Giustizia UE 148
La cartolarizzazione di un portafoglio auto 149

I primi risultati del progetto sulla sanità patrocinato da ANIA e IRSA 155
Indagine sui costi medi delle polizze sanitarie 161
Certificato di assicurazione per i vettori aerei 164
Il progetto Geososta 165
Il progetto SIGRA 165
Manuali multimediali di prevenzione furto e incendio 168
La responsabilità civile in ambito sanitario 168
Assicurazione della responsabilità dei revisori contabili e polizze D&O 171

Il mercato europeo della riassicurazione 175

Il fondo LTC 183

L'attività di intermediazione svolta dai broker in Italia nel settore danni 189
Interim Report della UE sul settore "business insurance" 192
Esposti ANIA alla Commissione europea sul divieto di monomandato 193
Gli effetti economici derivanti dal divieto del monomandato 195
Regolamento ISVAP n. 5 in materia di intermediazione assicurativa 197
Linee guida per la valutazione dell'adeguatezza dei contratti offerti nei rami danni 199

Executive summary

Nel 2006 l'economia mondiale è cresciuta a un ritmo molto sostenuto: il Fondo Monetario Internazionale ha stimato l'aumento del PIL mondiale nel 5,4% (4,9% del 2005), il valore più elevato da oltre trenta anni. La crescita è diventata più bilanciata tra le varie regioni; nell'area dell'euro il PIL è aumentato del 2,8%, il miglior risultato dal 2000. Anche in Italia si è avuta un'accelerazione, in parte inattesa, della crescita, che è stata però inferiore a quella media dell'area.

I RISULTATI DELL'ANNO

Nel 2006 la profittabilità delle imprese di assicurazione quotate italiane ha registrato una lieve diminuzione: il ROE dell'impresa mediana è sceso dal 16,8% nel 2005 al 15,5% nel 2006. Un andamento simile è stato osservato in Francia (dal 18,9% al 15,7%). Il ROE è invece aumentato in Germania e nel Regno Unito, dove è stato pari, rispettivamente al 19,2% e al 20,0%. Valori superiori sono stati registrati in Olanda, Spagna, Irlanda e nei paesi nordici.

Anche i risultati dell'intero settore assicurativo sono stati nel complesso positivi, nonostante si sia registrata una riduzione della redditività; vi hanno contribuito la contrazione dei premi vita e la diminuzione dei proventi derivanti dagli investimenti finanziari.

Il risultato netto di esercizio è stato pari a 5,3 miliardi di euro (5,9 miliardi nel 2005). Il rapporto tra utile netto e patrimonio netto (ROE) è diminuito dal 13,8% nel 2005 all'11,6% nel 2006, anche per effetto di un lieve aumento dei mezzi patrimoniali. L'utile è stato pari al 5,0% dei premi (5,4% nel 2005).

La raccolta premi complessiva è diminuita del 2,0%; era aumentata dell'8,3% l'anno precedente. La contrazione è concentrata nei rami vita; vi hanno contribuito il rialzo dei tassi di interesse che ha contenuto la domanda degli investitori soprattutto per le operazioni di capitalizzazione (ramo V) e le politiche di offerta di alcune grandi imprese interessate da ristrutturazioni societarie. I premi dell'assicurazione danni sono aumentati del 2,3% (1,3% nel 2005).

Il risultato tecnico dei rami danni è stato pari a 2,8 miliardi di euro, in diminuzione di circa 0,5 miliardi rispetto al 2005. All'aumento degli oneri per sinistri (3,2%) si è sommata una riduzione degli utili da investimenti (8,5%). Il risultato del conto tecnico in rapporto ai premi di competenza è sceso al 7,8%, dal 9,5% dell'anno precedente.

Nei rami vita la contrazione dei premi si è associata con un forte aumento delle prestazioni (34,0%), per il venire a scadenza di polizze sottoscritte all'inizio del decennio. Nondimeno la raccolta netta è stata positiva (11,9 miliardi di euro), pur se pari a meno della metà di quella del 2005 (29,8 miliardi). Il risultato tecnico è stato positivo per 2 miliardi di euro (2,5 nel 2005).

Le spese di gestione sono stabili in rapporto ai premi nei rami danni (23,6%), mentre sono aumentate nei rami vita (dal 5,9% nel 2005 al 7,0% nel 2006), anche per la forte riduzione della raccolta premi del ramo V, caratterizzato da una più contenuta incidenza percentuale delle spese.

Per quanto riguarda i dati di dettaglio, il Rapporto riporta il confronto tra i risultati economici delle imprese dei principali paesi (Italia, Francia, Germania, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti) relativi al periodo 2000-2005, effettuato elaborando le informazioni sui conti economici raccolte nella banca dati ISIS di Bureau van Dijk.

LE PREVISIONI PER IL 2007

Nel 2007 la raccolta premi del lavoro diretto italiano dovrebbe risultare in linea con quella del 2006. Nei rami danni si stima una crescita pari al 2,5% (2,4% nel 2006). Questo andamento è ovviamente influenzato dal ramo r.c. auto, per il quale la raccolta premi dovrebbe crescere nel 2007 dello 0,8%, un valore di circa un punto percentuale inferiore all'aumento del numero dei veicoli. L'incremento dei premi del settore property (incendio e altri danni ai beni) dovrebbe essere superiore al 4%, grazie al buon andamento dell'attività economica.

La raccolta premi del settore vita dovrebbe raggiungere un livello simile a quello del 2006. In particolare, un aumento dei premi dei contratti di tipo linked si dovrebbe associare con una ulteriore contrazione della raccolta premi del ramo V e con un forte sviluppo del ramo VI, influenzato dalle nuove adesioni connesse con la riforma sulla previdenza complementare.

LE ASSICURAZIONI DANNI – IL LAVORO DIRETTO ITALIANO

Nel 2006 la raccolta premi del settore danni ha superato i 37 miliardi di euro, con un aumento del 2,4% rispetto all'anno precedente. L'incidenza sul PIL (2,52%) è sostanzialmente stabile dal 2002: questa stabilità dipende dal fatto che i premi del settore auto crescono meno del PIL nominale e che non si registrano aumenti apprezzabili della diffusione delle altre assicurazioni danni.

Nei rami danni diversi dall'auto, i premi sono aumentati del 4,1% rispetto al 2005, il tasso di crescita più contenuto nell'attuale decennio. Questo andamento si spiega principalmente con la riduzione registrata per i premi del settore trasporti, diretta conseguenza di un mercato di tipo "soft" (ossia caratterizzato da prezzi unitari in calo): per quasi tutti i rami di tale settore si è avuta una contrazione del volume premi (-5,0% per i corpi veicoli ferroviari, -9,5% per i corpi veicoli marittimi, -7,0% per le merci trasportate e -18,7% per la r.c. aeromobili).

Nel 2005, secondo i dati del CEA illustrati nel Rapporto, il rapporto tra premi nei rami danni e PIL era in Italia pari al 2,6%, contro valori pari al 4,0% nel Regno Unito e al 3,8% in Germania. Il divario è ancora più significativo se si esclude l'assicurazione auto che è ovunque obbligatoria: in Italia la raccolta premi era pari all'1,1% del PIL, contro il 2,2% in Francia, il 2,8% in Germania e il 2,9% nel Regno Unito.

Sul tema della sottoassicurazione delle famiglie e delle imprese italiane il Rapporto presenta tre approfondimenti.

Il primo riassume, senza pretesa di completezza, le prime evidenze del progetto di ricerca, patrocinato dall'ANIA e condotto da esperti provenienti dal mondo accademico e professionale, sul futuro della sanità in Italia. Dapprima vengono riportate le più recenti proiezioni sulla spesa pubblica per assistenza sanitaria e socio-sanitaria (in particolare la spesa per la non autosufficienza, o long term care) dell'OCSE e della Ragioneria dello Stato che coincidono nel delineare una forte crescita della spesa pubblica nella sanità, ben superiore a quella della c.d. "gobba pensionistica". Successivamente, il capitolo descrive alcune potenziali aree di compartecipazione del settore assicurativo nell'adeguamento quantitativo e qualitativo dell'offerta alla maggiore domanda di servizi sanitari, rispettando i principi fondamentali del SSN: tra queste, la riformulazione del sistema dei copayment, l'intramoenia e i fondi sanitari.

Il secondo approfondimento riferisce dei risultati di una indagine effettuata da CAPITALIA con la collaborazione di ANIA su un campione rappresentativo di 633 imprese manifatturiere con un numero di addetti compreso tra 11 e 500. Secondo i risultati dell'inchiesta, l'88,3% delle imprese rispondenti ha almeno una copertura assicurativa contro i danni, escludendo quelle che coprono i rischi derivanti dalla responsabilità civile auto; l'incidenza media dei premi pagati sul fatturato è dello 0,27%. Al crescere della dimensione dell'impresa aumenta la probabilità di assicurarsi; diminuisce il rapporto tra premi e fatturato; aumenta il grado di copertura assicurativa (rapporto tra capitale assicurato e valore degli attivi). Non vi è alcuna peculiarità del Sud rispetto al Centro-Nord, né in termini di ricorso all'assicurazione né di grado di copertura né di costo delle coperture. Tra i fattori che possono spiegare la bassa propensione ad assicurarsi della società italiana vi è la tassazione dei premi che è generalmente più elevata rispetto agli altri paesi europei. In particolare, come dimostra uno specifico approfondimento presentato nel Rapporto, la tassa sui premi dell'assicurazione contro la responsabilità civile generale è pari al 22,25% in Italia, che si confronta con il 19% in Germania, il 9% in Francia e il 5% nel Regno Unito.

Il terzo approfondimento affronta, con un taglio di confronto internazionale, il tema della copertura dei rischi catastrofali. Il tema è rilevante perché secondo l'Agenzia Europea dell'Ambiente il nostro Paese è uno dei più esposti alle catastrofi naturali, in particolare a inondazioni, frane e terremoti; ciò no-

nostante in Italia, a differenza di tutti gli altri principali paesi, non esiste un impianto normativo sull'assicurazione delle catastrofi naturali. Tra i paesi analizzati c'è la Francia, dove per i possessori di abitazioni è prevista l'estensione automatica della copertura contro le catastrofi naturali nella polizza incendio e dove la Caisse Centrale de Réassurance, di proprietà pubblica, offre alle compagnie la possibilità di riassicurarsi contro il rischio di calamità naturali, a un prezzo prestabilito; lo Stato interviene solo in caso di insufficienza dei fondi della Caisse. Tali istituti consentono alle imprese private di prezzare il rischio di calamità naturale in maniera uniforme sul territorio in misura pari al 12% del premio previsto per la copertura incendio della polizza.

Tra gli approfondimenti monografici del Rapporto, vi sono tre contributi in tema di polizze sanitarie e delle coperture dei danni derivanti dalla responsabilità in ambito sanitario (r.c. professionale medici e r.c. strutture sanitarie) e sulle responsabilità dei revisori. Il primo e il secondo presentano nuove e più aggiornate informazioni statistiche, rispettivamente su: i) il numero e i costi medi dei sinistri nelle polizze sanitarie; ii) lo sviluppo del rapporto tra sinistri e premi negli anni successivi all'accadimento dei sinistri: si tratta di un'indagine statistica indispensabile perché in questo comparto è assai lungo il periodo necessario per addivenire alla quantificazione del danno. Il terzo discute in chiave critica i risultati di un'indagine della Commissione europea sull'opportunità di limitare la responsabilità civile dei revisori contabili, al fine di favorire un più ampio mercato della revisione e rendere più agevole l'assicurazione dei revisori.

Infine, il Rapporto dà conto di numerose iniziative dell'ANIA in materia di prevenzione del rischio alluvionale, incendio e furto, nonché del certificato di assicurazione per i vettori aerei.

L'ASSICURAZIONE R.C. AUTO

Nel 2006 l'ammontare complessivo dei premi del settore è stato pari a 18,4 miliardi di euro, il 49,5% dei premi complessivi delle assicurazioni danni. L'aumento rispetto al 2005 è stato dell'1,2%; considerando che nel 2006 il parco auto circolante è aumentato del 2%, il premio medio effettivo per veicolo è calato dello 0,8% (cosiddetto indice di Paasche a pesi variabili). Questa dinamica è dovuta al buon andamento dei risultati tecnici che ha indotto le imprese a mantenere sostanzialmente invariate le condizioni tariffarie e, spesso, ad applicare sconti sui premi in chiave concorrenziale.

Nel 2006 l'indice ISTAT dei prezzi r.c. auto è aumentato del 2,3%. Nella rilevazione dell'ISTAT la variazione dei prezzi è calcolata su profili "fissi" nel tempo (cosiddetto indice di Laspeyres a pesi fissi): non tiene pertanto conto né del fatto che oltre il 90% degli assicurati ogni anno non provoca incidenti e quindi usufruisce dell'effetto "bonus" né degli sconti praticati che spesso le

imprese di assicurazione applicano rispetto alle tariffe pubblicate. Tenendo conto che la riduzione del prezzo per veicolo è stata pari allo 0,8% e che l'effetto "bonus" è in genere pari all'1-2% dei premi, si può stimare che anche nel 2006 l'effetto degli sconti praticati rispetto alle tariffe pubblicate sia stato particolarmente rilevante.

Anche nel corso del 2007 la crescita dei prezzi r.c auto è stata contenuta. Lo scorso maggio l'indice ISTAT dei prezzi r.c. auto è aumentato dell'1,5% rispetto allo stesso mese dell'anno precedente, valore uguale all'aumento dell'indice generale.

Nel Rapporto è presentato un confronto internazionale su frequenza e costo medio dei sinistri nell'assicurazione r.c. auto. Nel 2000 la frequenza sinistri in Italia era superiore di oltre 2,5 punti percentuali in valore assoluto a quella media europea rilevata dal CEA; nel 2004 tale distanza si era ridotta a circa 1,5 punti percentuali. La frequenza sinistri italiana (8,6%) era seconda solo a quella della Spagna (10,1%); la Francia è il paese con la più bassa frequenza sinistri (inferiore al 5%).

Sempre nel 2004 il costo medio dei sinistri è stato pari a 3.000 euro in Europa. Nello stesso anno in Italia si registrava il valore di 4.000 euro, ossia il valore più elevato tra tutti i paesi (oltre il 33% in più rispetto alla media europea). In Francia e Germania il costo medio dei sinistri era inferiore rispetto a quello italiano di quasi 500 euro, mentre in Spagna il valore di tale indicatore era pari a circa la metà. Al più elevato costo medio dei sinistri italiani contribuisce una quota di sinistri con danni alle persone (nel 2006 pari al 21%) circa doppia rispetto a quella osservata negli altri mercati. Un apposito approfondimento analizza la sinistrosità su base territoriale: la forte variabilità tra regioni di questi indicatori tecnici è in parte attribuibile al fenomeno delle frodi. Raffrontando i dati regionali sui sinistri con le statistiche sulle frodi pubblicate dall'ISVAP risulta che la correlazione tra frequenza di sinistri e percentuale di sinistri con frode sul totale è pari a 0,81.

Il Rapporto dedica particolare attenzione alle recenti iniziative della Fondazione ANIA per la sicurezza stradale, volte a realizzare interventi concreti, efficaci e soprattutto in grado di accrescere i livelli di sicurezza e di consapevolezza alla guida. In particolare sono presentati gli interventi effettuati su: i giovani, la sicurezza delle strade e delle infrastrutture, il trasporto pesante e le nuove tecnologie per la sicurezza.

Dopo il lungo dibattito istituzionale che ha riguardato l'introduzione per legge del sistema del risarcimento diretto nell'assicurazione r.c. auto, nonché l'impostazione della relativa regolamentazione esecutiva, la procedura è entrata in vigore il 1° febbraio 2007. Il Rapporto descrive nel dettaglio il funzionamento del sistema. Uno specifico approfondimento dà conto di come sono stati calcolati i diversi forfait.

Sul piano normativo il Rapporto analizza le misure contenute nel c.d. Decreto Bersani II. Le nuove disposizioni riguardano: il periodo temporale di validità dell'attestato di rischio, portato da un anno a cinque anni; l'obbligo per le imprese di applicare al contratto r.c. auto relativo a un ulteriore veicolo acquistato dal proprietario di un veicolo già assicurato o da un componente stabile del suo nucleo familiare la medesima classe di merito bonus/malus assegnata al veicolo già assicurato; le regole da seguire per la variazione della classe a seguito di sinistro; l'obbligo di avviso tempestivo dell'assicurato in merito alla variazione di classe a seguito di sinistro. Alcune di queste misure riducono la deterrenza implicita nell'applicazione del malus in caso di sinistro. Ne deriverà anche un appiattimento verso le classi migliori della distribuzione degli assicurati, i quali però saranno costretti a pagare un sovrappremio per far fronte alla riduzione degli introiti derivante dalla mancata applicazione del malus.

Sempre sul piano normativo, è presentato un approfondimento sui Regolamenti ISVAP di attuazione del Codice delle assicurazioni. Tra l'altro, questi regolamenti prevedono obblighi di informativa in occasione delle scadenze annuali dei contratti r.c. auto e disciplinano il funzionamento del Centro di Informazione Italiano presso l'ISVAP.

Infine, il Rapporto dà conto del fatto che il 12 ottobre 2006 la Commissione europea ha deciso di deferire l'Italia alla Corte di giustizia delle Comunità europee in quanto ha ravvisato l'incompatibilità della disciplina italiana sull'obbligo a contrarre nell'assicurazione r.c. auto con le direttive assicurative di terza generazione.

LE ASSICURAZIONI VITA – IL LAVORO DIRETTO ITALIANO

Nel 2006 il reddito disponibile delle famiglie è aumentato del 2,3% in termini nominali e dello 0,5 % in termini reali; questo valore, che segue la riduzione dello 0,3% in termini reali osservata nel 2005, evidenzia la sostanziale stazionarietà del potere d'acquisto delle famiglie. In un contesto di miglioramento del clima di fiducia la propensione al risparmio delle famiglie è scesa, passando dal 12,3% del 2005 all'11,0%. È il livello più basso dal 2000, ma rimane ancora piuttosto elevato nel confronto internazionale.

Nel 2006 il risparmio finanziario delle famiglie, definito come la differenza tra il flusso lordo delle attività e quello delle passività, è stato pari a 64.863 milioni di euro, il 13,2% in meno rispetto al 2005. La riduzione della propensione al risparmio e la continua crescita degli investimenti immobiliari sono le cause principali di questa diminuzione. Il rialzo dei tassi d'interesse ha riportato l'interesse delle famiglie verso le obbligazioni; ha reso meno attraente l'investimento in titoli rischiosi, anche perché il buon andamento del mercato azionario ha spinto gli investitori a realizzare parte dei guadagni. Il disinvestimento

netto di fondi comuni italiani ha assunto proporzioni molto più ampie di quelle osservate nel 2005 (il deflusso è stato prossimo ai 37 miliardi di euro, solo parzialmente compensato da acquisti netti di quote di fondi esteri per 10 miliardi). Nel complesso, le quote di fondi comuni, italiani ed esteri, rappresentavano alla fine del 2006, il 9% del portafoglio finanziario delle famiglie.

L'investimento in polizze vita è proseguito, seppure a un ritmo più lento rispetto a quello del 2005. Questa forma di investimento ha rappresentato il 17,3% del flusso di risparmio del 2006, contro il 32% dell'anno precedente. Le riserve di assicurazione vita rappresentano l'11,0% del totale del risparmio finanziario, in leggera crescita rispetto al 2005 (10,8%).

Il volume complessivo dei premi diretti vita, pari a 69,4 miliardi di euro, è diminuito del 5,6% rispetto all'anno precedente; era aumentato del 12,0% nel 2005. La dinamica è stata differenziata per rami e per imprese. In particolare, la raccolta dei prodotti del ramo V è diminuita del 29,6% e quella del ramo I del 3,3%. Per i prodotti di tipo linked (ramo III) si è invece registrato un aumento del 3,8%.

La contrazione della raccolta premi nel ramo V è stata piuttosto uniforme tra le diverse imprese ed è spiegata essenzialmente dal rialzo dei tassi a breve termine che ha reso meno conveniente l'investimento in questo tipo di prodotto.

Al contrario, per gli andamenti relativi all'aggregato composto dai rami I e III (che rappresenta, nel 2006, l'87% del totale dei premi vita), si nota che il valore mediano dei tassi di crescita delle diverse imprese è pari al 5,7% (-0,2% la media per il mercato), un valore in linea con quello dell'anno precedente, quando l'aumento dei premi era stato molto più forte per le imprese di grandi dimensioni, e molto simile al tasso di crescita del sistema ottenuto escludendo dal calcolo alcune grandi imprese interessate da ristrutturazioni societarie (6,2%).

Il ROE, definito come il rapporto tra gli utili di esercizio dopo le tasse e il capitale proprio, è stato nel 2006 pari all'11,2% (12,6% nel 2005). Il rapporto tra l'utile e le riserve tecniche (indicatore analogo a quello comunemente utilizzato nell'industria del risparmio gestito che utilizza come denominatore un valore che approssima il complesso dei fondi investiti per conto degli assicurati) è stato pari a 55 punti base, 16 punti in meno rispetto al 2005.

Le famiglie italiane hanno tradizionalmente, nel confronto con altri paesi europei, un'alta propensione al risparmio e un elevato stock di ricchezza; vi contribuisce una più spiccata tendenza delle famiglie del nostro Paese a considerare le attività finanziarie e immobiliari accantonate come "cuscinetto" di protezione da eventi futuri incerti o imprevisti. Nondimeno, secondo i dati di uno studio ANIA riportato nel Rapporto, in media le famiglie hanno un gap di protezione derivante dall'insufficiente protezione del rischio di decesso del principale percettore di reddito, che è mitigata solo parzialmente dalle prestazioni pensionistiche ai superstiti, dai risparmi e dalle coperture assicurative esistenti.

Con il d.lgs. 29 dicembre 2006, n. 303, recante il coordinamento del TUB (Testo unico bancario) e del TUF (Testo unico della finanza) con la legge sulla tutela del risparmio, sono stati chiariti numerosi e rilevanti aspetti della normativa in tema di "prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione". In particolare, il legislatore ha previsto che nella suddetta categoria rientrano le polizze di ramo III (ad eccezione di quelle con finalità previdenziali, disciplinate dalla specifica normativa) e le operazioni di capitalizzazione (ramo V).

Il d.l. n. 279/2006 ha sancito l'anticipo dell'entrata in vigore del nuovo sistema della previdenza complementare a partire dal 1° gennaio 2007, intervenendo sull'art. 23 (Entrata in vigore e norme transitorie) del Decreto Maroni. Il Rapporto riporta in dettaglio le misure adottate per anticipare l'entrata in vigore. In particolare, i decreti del Ministro del lavoro sulle procedure di espressione della volontà del lavoratore e sul trasferimento del TFR all'INPS per i dipendenti che decidono di non aderire alla previdenza complementare e lavorano in un'impresa di oltre 50 dipendenti. Completa l'analisi un paragrafo che analizza il trattamento fiscale della previdenza complementare.

Il Rapporto, infine, dedica un approfondimento sulla riforma, ora in Parlamento, della tassazione delle rendite finanziarie. Dopo aver analizzato i profili generali, viene commentata la proposta di introduzione di un "correttivo temporale" che, nella formulazione dell'emendamento governativo, viene configurato in "formule di correzione temporale semplificate e comprensibili, che tengano conto di eventuali diversi momenti impositivi". Ma "semplice" non è sempre sinonimo di "leggero". Per questo è auspicabile che la delega trovi un adeguato bilanciamento tra l'obiettivo di ridurre l'incentivo a posticipare la realizzazione delle plusvalenze su investimenti a carattere prevalentemente speculativo (c.d. effetto lock-in) e quello di non penalizzare gli investimenti di medio o lungo termine. Ciò per non disincentivare l'obiettivo di accumulo del risparmio e considerato che in altri paesi (tra cui la Francia, il Regno Unito e gli Stati Uniti) tali investimenti fruiscono di un sistema di tassazione privilegiato. Al riguardo, il Rapporto dedica, nella sezione confronti internazionali, un apposito paragrafo alla comparazione del trattamento fiscale dei prodotti assicurativi nei diversi paesi europei.

LA DISTRIBUZIONE E L'INTERIM REPORT DELLA COMMISSIONE UE SULLA "BUSINESS INSURANCE"

Con la pubblicazione dell'Interim Report sulla Business Insurance (di seguito IR), la Commissione europea ha reso disponibili all'inizio del 2007 i primi risultati dell'indagine conoscitiva che sta conducendo sul settore dell'assicurazione delle imprese nei paesi membri. L'Interim Report fa riferimento esplicito al mercato italiano, in particolare quando vengono affrontate le questioni relative alla durata contrattuale e alla struttura delle reti distributive. Nel Rapporto sono riportate, in tre distinti contributi, le argomentazioni proposte dall'ANIA

nella risposta alla pubblica consultazione. In particolare sono presentati nuovi dati sulla effettiva incidenza della distribuzione dei prodotti danni attraverso i broker; sono evidenziate le caratteristiche competitive della distribuzione in esclusiva idonee ad abbattere i costi medi della distribuzione; sono discussi i benefici che possono derivare da un legame prolungato tra la compagnia assicuratrice e i suoi clienti. Inoltre, nella sezione internazionale, sono riportate le argomentazione presentate dal CEA sul documento della Commissione.

Con il Decreto Bersani I (d.l. 4 luglio 2006, n. 223, convertito nella legge n. 248/2006), è stato vietato alle imprese di assicurazione di stipulare con i loro agenti clausole di distribuzione in esclusiva per l'offerta di polizze r.c. auto. Successivamente, con il Decreto Bersani II (d.l. 31 gennaio 2007, n. 7, convertito nella legge n. 40/2007), il divieto è stato esteso a tutti i rami danni. Due distinti contributi del Rapporto affrontano, rispettivamente, il problema dell'incompatibilità delle misure con la normativa europea e gli effetti economici derivanti dall'abolizione del monomandato.

IL QUADRO NORMATIVO

Il Rapporto dà conto delle normative legislative in corso in sede Europea, soffermandosi in particolare sul contributo che l'assicurazione può offrire per realizzare gli obiettivi di Lisbona, sul Nuovo piano d'azione sui servizi finanziari e i principi di "better regulation", sulla codificazione dell'assicurazione vita e danni. Sono anche analizzati gli effetti per il settore assicurativo della Direttiva servizi nel mercato interno. Vengono poi commentate le proposte di direttiva acquisizioni e fusioni e portabilità dei fondi pensione.

Il Rapporto analizza nel dettaglio il documento in pubblica consultazione dell'ISVAP in materia di investimenti a copertura delle riserve tecniche e di attivi sottostanti i contratti unit linked. Le innovazioni previste dalle nuove disposizioni, che sono in linea con le aperture realizzate da altre Autorità Europee anche in settori contigui a quello assicurativo, prevedono nuovi limiti quantitativi e qualitativi richiesti per alcune categorie di investimenti a copertura delle riserve tecniche e l'introduzione di una nuova tipologia di attivi denominata "Investimenti alternativi".

Inoltre, il Rapporto riporta due approfondimenti sul progetto europeo di riforma del regime di vigilanza prudenziale, noto come progetto "Solvency II", che è ormai entrato nella fase decisiva. Il primo si concentra sulla proposta di direttiva "quadro" che conterrà i principi essenziali e generali del futuro regime e verrà resa pubblica il prossimo 10 luglio. Il testo presentato dalla Commissione europea sarà accompagnato, in coerenza con i principi di "better regulation", da una valutazione dell'impatto ("Impact Assessment") che le nuove regole avranno su imprese di assicurazione, Autorità di vigilanza, prodotti e mercati assicurativi, consumatori e piccole e medie imprese.

Il secondo contributo presenta i risultati del secondo studio di impatto quantitativo (QIS 2) che aveva l'obiettivo di verificare l'adeguatezza e l'affidabilità di vari approcci utilizzabili come formula standard per il calcolo del requisito patrimoniale; di verificare la disponibilità presso le imprese dei dati ritenuti necessari; di ottenere una prima stima dell'impatto quantitativo, in termini di patrimonio richiesto, delle formule proposte. Secondo questi primi risultati a livello europeo, in media, le riserve tecniche sembrano diminuire, il requisito di capitale (Solvency Capital Requirement) e gli elementi a copertura del requisito di solvibilità tendono invece ad aumentare. Il terzo studio di impatto quantitativo (QIS 3), condotto nel periodo aprile-giugno 2007, si pone, tra gli altri, l'obiettivo di valutare e calibrare i parametri della formula standard sia per l'SCR sia per l'MCR a livello di gruppo. In Italia hanno dichiarato di voler partecipare allo studio di impatto 67 compagnie di assicurazione con sede legale in Italia rappresentative dell'80% dei premi danni diretti e del 77% delle riserve matematiche.

Il Rapporto dedica poi tre approfondimenti a normative attualmente all'esame del Parlamento, che pur avendo carattere generale hanno importanti riflessi per l'attività assicurativa. Il primo è relativo alla Riforma delle Autorità indipendenti, il secondo riguarda l'azione di contrasto delle truffe, il terzo è relativo alla class action.

Infine, il Rapporto si conclude con l'approfondimento sul tema del "cuneo fiscale". In Italia, con la Legge finanziaria 2007 è stata prevista la riduzione del cuneo fiscale sul lavoro, ossia del divario tra il costo del lavoro sostenuto dall'impresa e la retribuzione netta del lavoratore, realizzata mediante specifiche deduzioni dalla base imponibile IRAP. Dal beneficio sono escluse le banche, gli altri enti finanziari, le imprese di assicurazione e le imprese operanti in concessione e a tariffa nei settori dell'energia, dell'acqua, dei trasporti, delle infrastrutture, delle poste, delle telecomunicazioni, della raccolta e depurazione delle acque di scarico e della raccolta e smaltimento dei rifiuti. L'ANIA e l'ABI hanno presentato esposti alla Commissione europea, argomentando che la deduzione ha carattere selettivo e configura un aiuto di Stato. Il 28 maggio scorso il Governo ha presentato in Parlamento un provvedimento normativo d'urgenza che elimina la necessità dell'autorizzazione delle competenti autorità europee quale condizione per l'applicabilità delle deduzioni. Il Governo ha richiamato nella Relazione di accompagnamento le perplessità sollevate dalla Commissione europea in ordine ai profili di selettività concernenti l'esclusione di taluni settori e quindi dubbi della Commissione, sotto questo profilo, sulla compatibilità della misura con la normativa comunitaria. Sempre la Relazione di accompagnamento ricordava che "*In sede di Consiglio dei ministri è stato, peraltro, assunto l'impegno di estendere i benefici in questione alle imprese operanti nei settori bancario, assicurativo e finanziario, provvedendo alla contestuale individuazione della necessaria copertura finanziaria a carico dei settori interessati. L'impegno corrisponde alle richieste, in tal senso formulate in sede di Unione europea, di completo adeguamento all'ordinamento comunitario*".

LA CONGIUNTURA ECONOMICA INTERNAZIONALE

Nel 2006 l'economia mondiale è cresciuta a un ritmo molto sostenuto: il Fondo Monetario Internazionale ha stimato l'aumento del PIL mondiale nel 5,4% (4,9% del 2005), il valore più elevato da oltre trenta anni. La crescita è diventata più bilanciata tra le varie regioni: le economie di Asia e Cina hanno continuato a espandersi a ritmi prossimi al 10%, quella degli Stati Uniti ha rallentato leggermente, mentre quella dell'area dell'euro ha accelerato in maniera netta, passando dall'1,5% al 2,8% (figura 1).

Negli Stati Uniti il PIL è cresciuto del 3,3% (figura 1). La netta correzione dei prezzi degli immobili ha influenzato la domanda interna in maniera tutto sommato limitata: la riduzione degli investimenti residenziali è stata compensata dalla tenuta dei consumi privati supportati dalla buona dinamica dell'occupazione e dei salari, mentre gli investimenti in macchinari e impianti hanno registrato una forte espansione, grazie alla buona profittabilità delle imprese e alle condizioni di credito che, nonostante il rialzo dei tassi, rimangono ancora favorevoli.

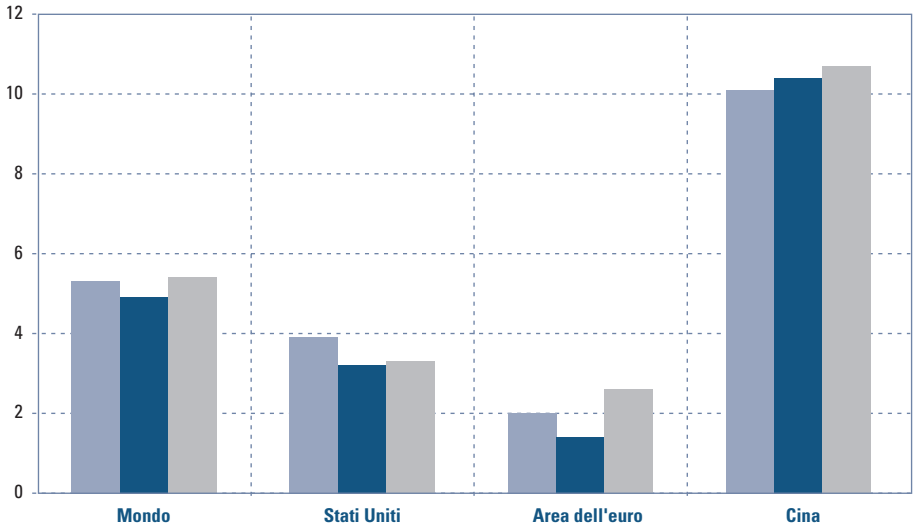


FIGURA 1
LA CRESCITA DELL'ECONOMIA MONDIALE
Variazione % rispetto all'anno precedente

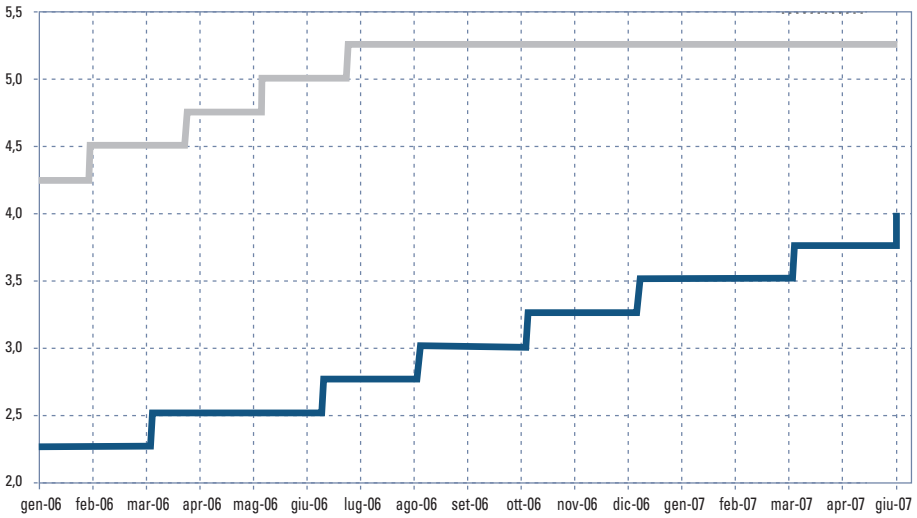
2004
2005
2006

Fonte: Fondo Monetario Internazionale

La forza della domanda interna ha ulteriormente gravato sul deficit commerciale, nonostante la robusta domanda mondiale e il deprezzamento del dollaro abbiano favorito l'espansione delle esportazioni. Il disavanzo della bilancia dei pagamenti ha raggiunto il 6,5% del PIL.

I prezzi al consumo sono saliti del 3,2%. L'inflazione si è ridotta progressivamente nel corso dell'anno, via via che la domanda interna rallentava e si riducevano le tensioni sui prezzi delle materie prime energetiche.

FIGURA 2
I TASSI UFFICIALI DELLA POLITICA MONETARIA



Fonte: Federal Reserve e Banca Centrale Europea

L'elevata inflazione e il rischio di un surriscaldamento della domanda osservati nei primi mesi dell'anno hanno spinto la Federal Reserve a operare una politica monetaria fortemente restrittiva. Nella prima metà dell'anno il tasso sui Federal Funds è salito di 100 punti base, raggiungendo a fine giugno il 5,25%; successivamente il tasso è rimasto inalterato (figura 2).

Confermando i segnali positivi già osservabili negli ultimi mesi del 2005, il PIL dell'area dell'euro, corretto per i giorni lavorati, è cresciuto del 2,8%, il miglior risultato dal 2000. Nel 2005 la crescita era stata dell'1,5% (tavola 1).

La crescita è stata particolarmente intensa nel primo semestre; nel periodo successivo ha mostrato un lieve rallentamento. L'espansione del PIL è stata trainata dalla domanda interna: il contributo del settore estero è stato infatti pressoché neutro. Il miglioramento dell'occupazione e la crescita dei salari reali, assieme con il netto miglioramento del clima di fiducia, hanno sospinto i consumi privati, la cui crescita è passata dall'1,5% del 2005 all'1,8%. Molto più significativa è stata l'accelerazione degli investimenti, la cui crescita è passata dal 2,7% al 4,3%. Le imprese manifatturiere europee sembrano aver portato a termine la ristrutturazione operativa, arrivando a disporre di una maggiore possibilità di effettuare investimenti, potendo approfittare anche di condizioni di credito favorevoli.

L'inflazione, misurata dall'indice armonizzato, è stata pari al 2,2%, lo stesso valore del 2005. La crescita dei prezzi è stata però piuttosto variabile nel corso dell'anno a causa soprattutto della forte volatilità dei prezzi delle materie prime, in particolar modo di quelle energetiche: nel 2006 il prezzo in euro di un barile di greggio Brent è aumentato di circa il 20%, a fronte di un incremento di quasi il 45% nel 2005.

TAVOLA 1
AREA DELL'EURO, CRESCITA DEL PIL E DELLE SUE COMPONENTI

	2004	2005	2006
PIL a prezzi costanti	1,8	1,5	2,8
di cui:			
Domanda interna	1,6	1,8	2,5
Consumi delle famiglie	1,4	1,5	1,8
Consumi collettivi	1,4	1,4	2,3
Investimenti fissi lordi	1,7	2,7	4,3
Variazioni delle scorte	0,2	0,0	0,0
Esportazioni nette	0,2	-0,2	0,3
Esportazioni	6,4	4,5	8,1
Importazioni	6,3	5,4	7,5

Fonte: Eurostat

I timori di ripercussioni inflazionistiche dovute all'aumento del prezzo delle materie prime e all'accelerazione della crescita hanno indotto la Banca Centrale a ridurre in maniera graduale lo stimolo monetario. Il tasso d'interesse sul rifinanziamento, che all'inizio del 2006 era pari al 2,25%, ha raggiunto il 3,5% alla fine dell'anno, salendo al 4,0% nel giugno del 2007.

Il rialzo del tasso di cambio effettivo dell'euro, cominciato alla fine del 2005, si è intensificato nel corso del 2006, a causa soprattutto dell'apprezzamento nei confronti del dollaro statunitense e delle varie valute asiatiche a esso collegate.

La crescita del PIL e l'aumento inatteso delle entrate in diversi paesi hanno contribuito a un sostanziale miglioramento delle finanze pubbliche nei paesi dell'euro (tavola 2): il disavanzo medio è passato dal 2,4% del PIL registrato nel 2005 a circa il 2%. La Banca Centrale Europea fa notare comunque come il contributo della riduzione della spesa pubblica al miglioramento dei saldi di bilancio sia stato comunque minimo.

TAVOLA 2
POSIZIONI DI BILANCIO NELL'AREA DELL'EURO
(in % del PIL)

Avanzo (+) o disavanzo (-) delle Amministrazioni pubbliche

	2004	2005	2006
Area dell'euro	**-2,8**	**-2,4**	**-2,1**
Germania	-3,7	-3,2	-2,1
Spagna	-0,2	1,1	1,4
Francia	-3,7	-2,9	-2,7
Italia	-3,4	-4,1	-5,7

Debito lordo delle Amministrazioni pubbliche

	2004	2005	2006
Area dell'euro	**69,8**	**70,8**	**69,6**
Germania	65,7	67,9	68,0
Spagna	46,2	43,1	39,7
Francia	64,4	66,6	64,6
Italia	103,9	106,6	107,6

Fonte: Commissione europea; per il 2006, programmi di stabilità aggiornati del 2006 ed elaborazioni della BCE

LA CONGIUNTURA ECONOMICA IN ITALIA

Nel 2006 la crescita dell'economia italiana è stata superiore alle previsioni: il PIL è aumentato dell'1,9% (tavola 3), il miglior risultato degli ultimi cinque anni. La robusta domanda internazionale, e in special modo quella tedesca e dei paesi emergenti dell'Asia, ha favorito le esportazioni, cresciute del 5,3%, che hanno risentito in maniera minima del peggioramento della competitività di prezzo dovuto all'apprezzamento dell'euro; questo risultato evidenzia probabilmente un progressivo spostamento della produzione delle imprese verso tipologie di prodotto a più alto valore aggiunto.

La crescita della domanda estera ha indotto le imprese italiane ad aumentare l'occupazione e gli investimenti, che si sono rivelati la componente più dinamica della domanda interna, crescendo del 2,3%.

I consumi delle famiglie sono aumentati dell'1,5%, circa un punto in più rispetto al 2005, nonostante il reddito disponibile sia aumentato soltanto dello 0,5% in termini reali. L'impulso al consumo è venuto dall'aumento della ricchezza e dalla forte riduzione della propensione media al risparmio. Il tasso di disoccupazione è diminuito dal 7,7% del 2005 al 6,8% del 2006. Le buone prospettive dell'occupazione hanno contribuito a migliorare il clima di fiducia, alimentando la crescita dei consumi. Dopo la forte accelerazione dei primi mesi dell'anno, la spesa delle famiglie ha rallentato drasticamente nell'ultimo trimestre, a causa soprattutto della contrazione negli acquisti di beni durevoli; vi potrebbe avere contribuito l'aumento della pressione fiscale.

TAVOLA 3
ITALIA, PIL E COMPONENTI DELLA DOMANDA
(Variazioni % annue e contributi alla crescita)

	2004	2005	2006	Contributi alla crescita
PIL	1,2	0,1	1,9	1,9
Consumi privati	0,7	0,6	1,5	0,9
Consumi delle AP	1,6	1,5	-0,3	-0,1
Investimenti	1,6	-0,5	2,3	0,5
Esportazioni	3,3	-0,5	5,3	1,3
Importazioni (-)	2,7	0,5	4,3	1,1

I contributi alla crescita non sommano a causa dell'utilizzo del deflatore a prezzi concatenati

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT

TAVOLA 4
PREZZI AL CONSUMO IN ITALIA

	Variazione percentuale (2005)	Variazione percentuale (2006)	Pesi percentuali (2006)	Contributi all'inflazione media (2006)
Indice generale	**1,9**	**2,1**	**100,0**	**-**
Beni e servizi a prezzo non regolamentato	**1,9**	**1,9**	**81,6**	**1,6**
Alimentari freschi	-0,8	1,4	6,4	0,1
Alimentari trasformati	0,7	1,9	9,8	0,2
Beni non alim. non energ. liberi	0,9	1,2	30,0	0,4
Servizi liberi	3,0	2,4	32,1	0,8
di cui:				
Servizi assicurativi auto	1,7	2,3	1,3	0,0
Servizi bancari	6,6	1,7	0,9	0,0
Energetici liberi	11,0	6,0	3,3	0,2
Beni e servizi a prezzo regolamentato	**2,1**	**2,8**	**18,4**	**0,5**
Medicinali	-5,1	-3,7	2,9	-0,1
Tabacchi	8,9	6,3	2,0	0,1
Affitti	2,4	2,5	3,1	0,1
Tariffe	2,6	4,1	10,4	0,4

Fonte: ISTAT

Rispetto al 2005 l'inflazione, misurata dall'indice generale dei prezzi al consumo, è cresciuta leggermente, passando dall'1,9% al 2,1%, a causa soprattutto dell'aumento dei prezzi dei beni energetici liberi, cresciuti del 6% (tavola 4).

TAVOLA 5
CONTI PUBBLICI (DATI IN PERCENTUALE DEL PIL)

	2005	2006
Spesa al netto degli interessi	44,0	45,9
Entrate	44,4	46,1
di cui: pressione fiscale	40,6	42,3
Saldo Primario	0,4	0,2
Spesa per interessi	4,5	4,6
Indebitamento netto	4,1	4,4
Debito	106,2	106,6

Fonte: ISTAT, i dati per il 2006 sono provvisori

La ripresa dell'attività economica, unita a una inaspettata crescita degli introiti fiscali ha portato a un miglioramento dei conti pubblici. Nel 2006 l'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche è stato pari al 4,4% (tavola 5). Escludendo due fattori temporanei (la sentenza della Corte Europea in materia di IVA e la cancellazione dei debiti della TAV nei confronti dello Stato), il disavanzo si riduce al 2,4%, un risultato nettamente migliore rispetto alle stime pubblicate nel corso dell'anno. La pressione fiscale è salita dell'1,7%, raggiungendo il 42,3% del PIL, mentre l'incidenza della spesa primaria è rimasta stabile al 44,5%, continuando a rimanere al di sopra dei già elevati valori degli anni novanta.

Il debito pubblico, anche per effetto di un leggero aumento della spesa per interessi, è cresciuto in percentuale del PIL, passando dal 106,2% al 106,8%.

Nel primo trimestre del 2007, secondo le stime preliminari dell'ISTAT, il prodotto interno lordo è cresciuto rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente del 2,3%. L'attività economica decelera rispetto al 2,8% dell'ultimo trimestre del 2006, ma sembra procedere comunque a ritmi nettamente più elevati rispetto a quelli degli anni passati (vedi figura 3). La crescita è stata determinata in gran parte dalla domanda interna: i consumi delle famiglie sono cresciuti dell'1,9% rispetto al primo trimestre 2006 e gli investimenti del 3,3% rispetto allo stesso periodo.

Si conferma nel primo trimestre il forte aumento delle entrate, più alte dell'8% rispetto al corrispondente periodo del 2006. Nello stesso periodo le spese sono scese del 9%: il fabbisogno dello Stato è stato pari a 5.573 miliardi, contro i 14.651 dello stesso periodo del 2006.

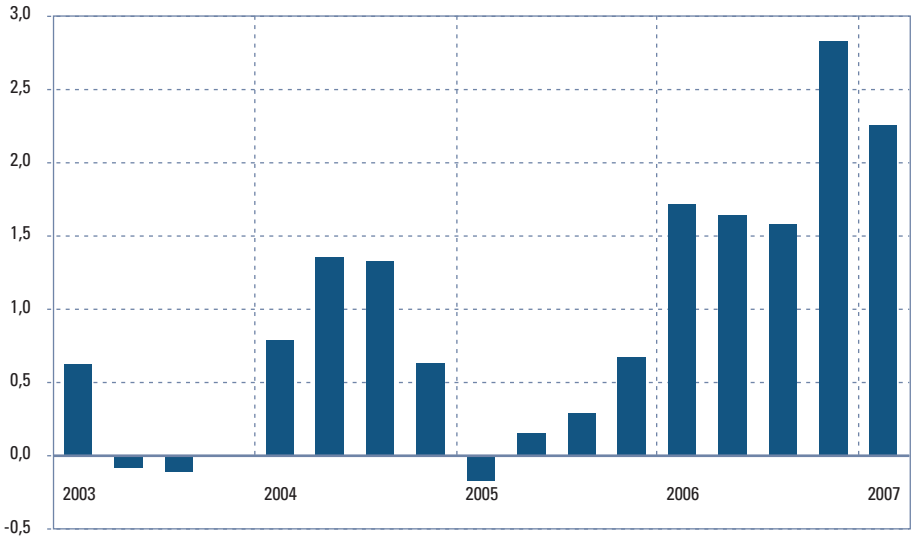


FIGURA 3
ITALIA - PIL
Variazione % rispetto al corrispondente trimestre dell'anno precedente

Fonte: ISTAT

I MERCATI FINANZIARI

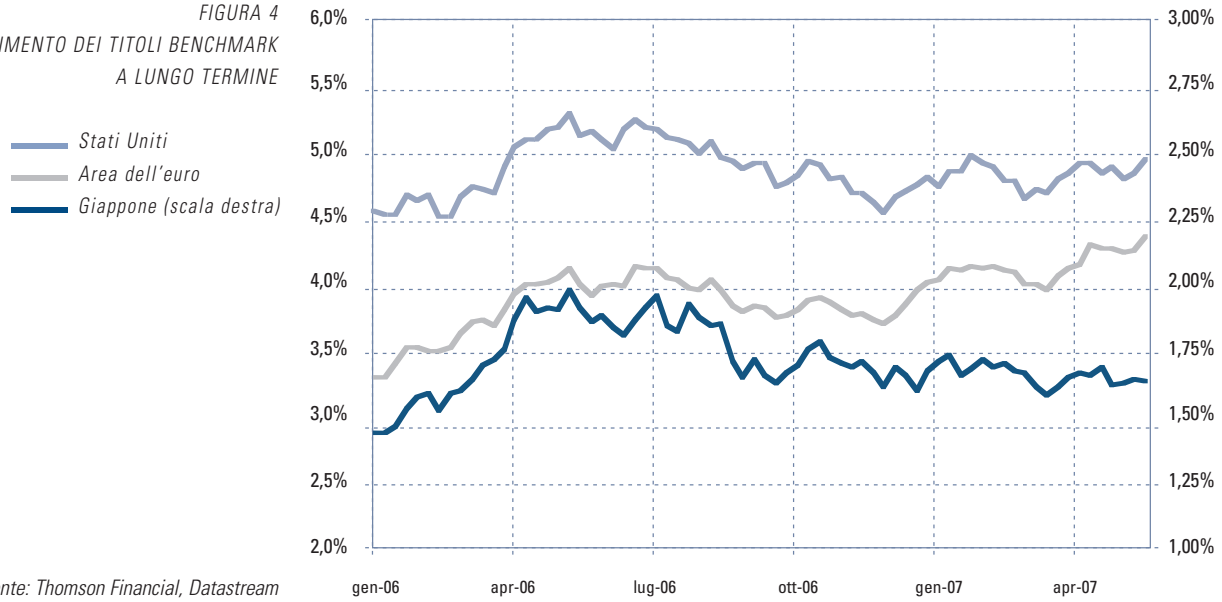
Il rendimento dei titoli governativi

Dal gennaio del 2006 i rendimenti dei titoli di stato a lungo termine dell'area dell'euro sono aumentati di oltre un punto percentuale. Nel corso del 2006 il tasso sui titoli a 10 anni nell'area dell'euro è salito dal 3,3% al 4,0%; dopo un aumento nel primo trimestre, i tassi hanno attraversato una fase discendente dovuta alle strategie di ricomposizione dei portafogli in favore di titoli a reddito fisso poste in essere in risposta alle incertezze che attraversavano i mercati azionari. Nel maggio 2007 i tassi hanno raggiunto il 4,4%, il livello più alto dal luglio del 2004. A contribuire maggiormente all'incremento sarebbe stata la parte reale dei rendimenti, sospinta dal propagarsi della ripresa economica.

L'andamento dei rendimenti sui titoli americani nel medesimo intervallo di tempo è stato caratterizzato da una flessione più accentuata nel secondo e nel terzo trimestre del 2006 e da una ripresa nell'anno in corso meno vigorosa. Il rendimento sui titoli decennali è passato nel 2006 dal 4,6% al 4,7%, per poi raggiungere il 5% nel maggio di quest'anno. A differenza dei tassi europei, l'aumento dei rendimenti americani è stato principalmente dovuto a pressioni inflazionistiche.

Nel 2006 i rendimenti sui titoli decennali del governo giapponese sono passati dall'1,4% all'1,7%, livello attorno al quale hanno oscillato anche nel corso dei primi cinque mesi del 2007 (figura 4).

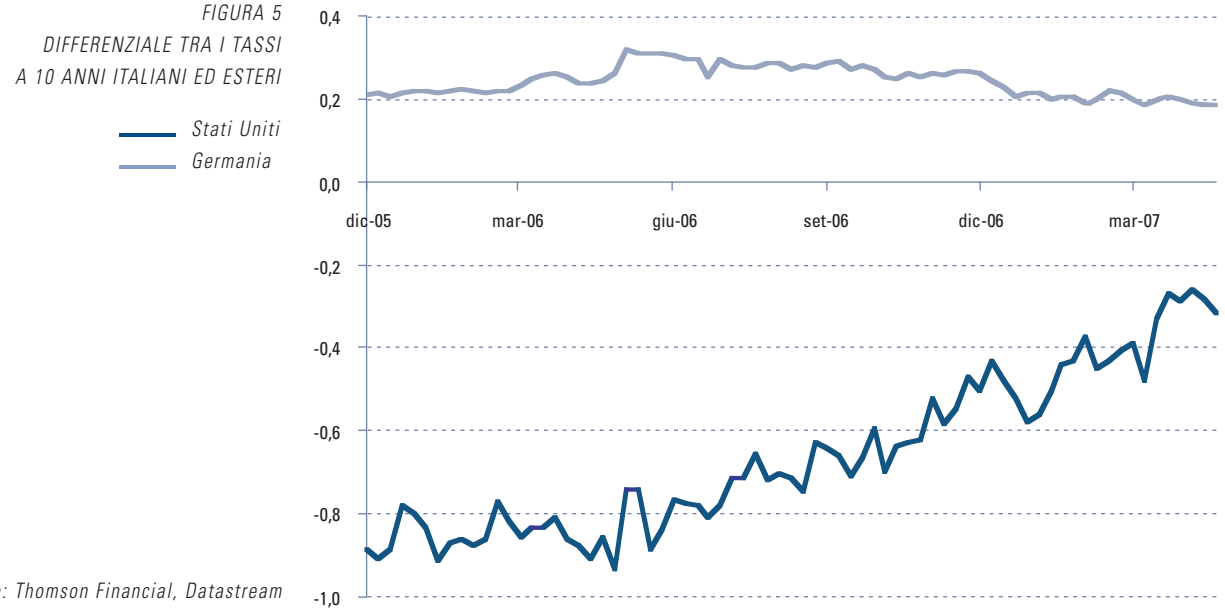
FIGURA 4
RENDIMENTO DEI TITOLI BENCHMARK A LUNGO TERMINE



Fonte: Thomson Financial, Datastream

Il differenziale di rendimento tra il BTP benchmark decennale e il corrispondente titolo tedesco, dopo aver raggiunto un massimo di 30 punti base alla fine del primo quadrimestre del 2006, in occasione dello svolgimento delle elezioni in Italia e del generalizzato aumento degli spread obbligazionari sui mercati internazionali, è sceso attorno ai 20 punti base, senza risentire della revisione al ribasso dei rating sul titolo pubblico italiano. Si è ridotto sensibilmente il differenziale negativo tra il titolo italiano e quello statunitense, passando da 91 punti base all'inizio del 2006 a 31 a fine maggio del 2007 (figura 5).

FIGURA 5
DIFFERENZIALE TRA I TASSI A 10 ANNI ITALIANI ED ESTERI



Fonte: Thomson Financial, Datastream

I mercati azionari

Nel 2006 si è registrato un consistente aumento dei corsi azionari nell'area dell'euro; a fine anno l'indice Datastream ha registrato un incremento del 30%. La crescita, notevolmente superiore a quella osservata nelle altre principali aree economiche, è proseguita anche nei primi mesi del 2007, dopo aver rapidamente riassorbito il calo della metà di marzo; nel complesso l'aumento è stato del 45% dall'inizio del 2006. La forte crescita dei titoli europei è da attribuirsi al consolidamento della fase positiva del clima economico della regione. Il buon andamento degli utili delle imprese dell'area ha più che compensato l'effetto frenante dell'apprezzamento dell'euro sul dollaro.

Notevolmente più contenuto è stato l'incremento degli indici di borsa negli Stati Uniti e nel Regno Unito, dove sono aumentati nel 2006 di circa il 10% (+18% fino alla fine del maggio 2007). L'indice relativo al mercato giapponese ha alternato fasi di calo e rialzo, totalizzando alla fine del 2006 e a maggio del 2007 guadagni nulli rispetto al gennaio 2006.

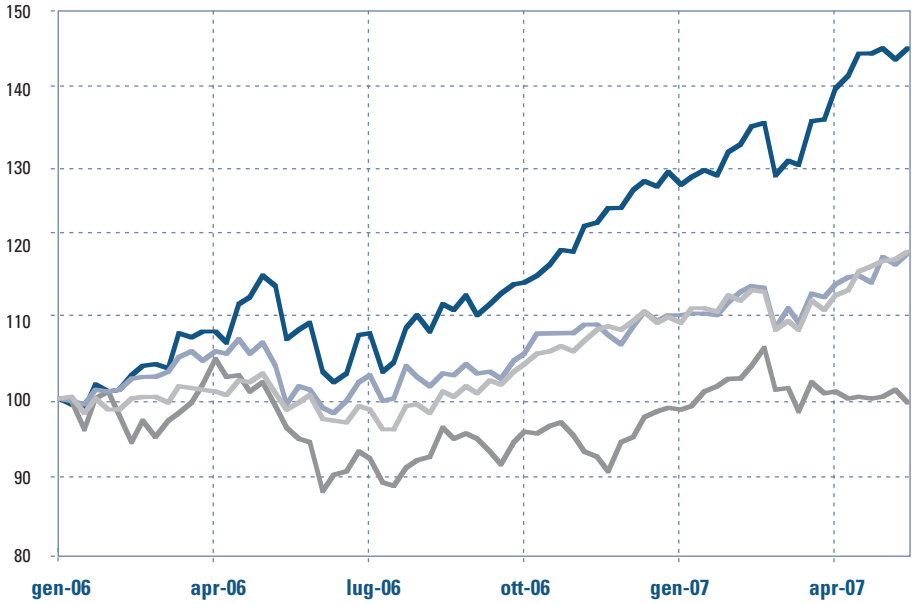


FIGURA 6
INDICI DI BORSA NELLE DIVERSE AREE MONETARIE
(1 gennaio 2006 = 100)

Area dell'euro
Giappone
Regno Unito
Stati Uniti

Fonte: Thomson Financial, Datastream

L'incremento dei prezzi delle azioni si è distribuito tra i paesi dell'area dell'euro in linea con le prospettive sulla crescita delle economie nazionali. Nel 2006 l'indice Datastream relativo ai titoli delle imprese italiane quotate ha segnato un aumento del 18%; alla fine del maggio scorso l'aumento ha raggiunto il 26%. Un andamento simile si è registrato in Germania e in Francia, dove si sono verificati nel 2006 rispettivamente aumenti del 18% e 17%, (33% e 29% a fine maggio 2007). Assai più sostenuta è stata la crescita dell'indice spagnolo, che da gennaio del 2006 ha guadagnato circa il 30% sui 12 mesi e oltre il 41% a fine maggio del 2007 (figura 7).

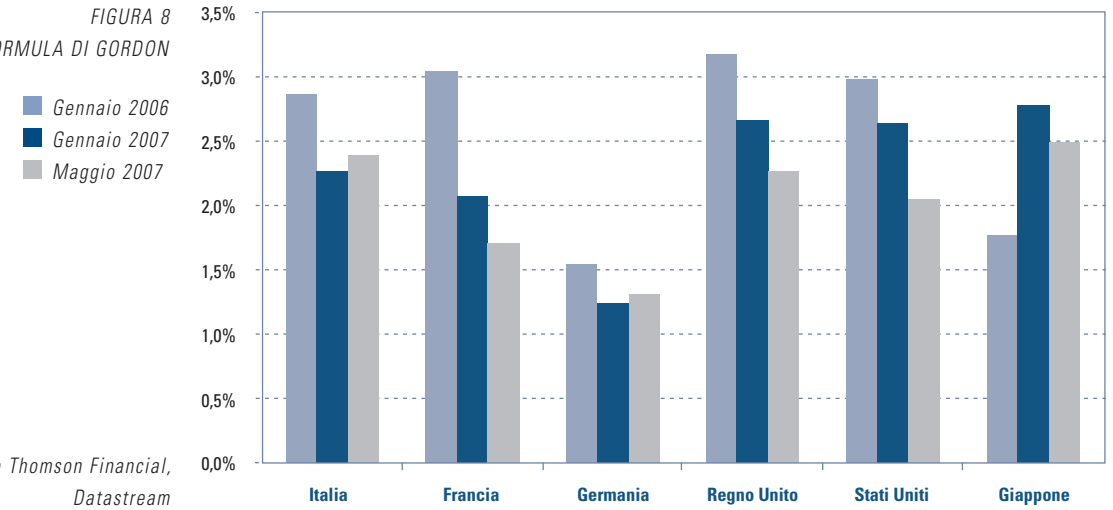
FIGURA 7
INDICI DI BORSA NELL'AREA DELL'EURO
(1 gennaio 2006 = 100)

Fonte: Thomson Financial, Datastream

Nel 2006, in un contesto caratterizzato da corsi crescenti, dal rialzo dei tassi di interesse e da una lieve diminuzione dei tassi di crescita degli utili attesi nel medio termine, si è registrata una consistente flessione del premio per il rischio relativo alle azioni scambiate in tutti i principali paesi, con l'eccezione del Giappone.

Il premio è sceso dal 2,9% al 2,3% nel corso del 2006 in Italia (2,4% a fine maggio del 2007), dal 3,0% al 2,1% in Francia (1,7% a maggio 2007), dal 3,2% al 2,7% nel Regno Unito (2,3% a maggio 2007) e dal 3,0% al 2,6% negli Stati Uniti (2,0% a maggio 2007). Una simile dinamica si è riscontrata in Germania, paese nel quale la politica dei dividendi delle imprese ha delle caratteristiche molto diverse rispetto agli altri paesi: il premio per il rischio è sceso dall'1,5% all'1,2% nel corso del 2006 (1,3% a maggio 2007) (figura 8). Si è invece regi-

FIGURA 8
PREMI PER IL RISCHIO – FORMULA DI GORDON



Fonte: Consensus Economics e Thomson Financial, Datastream

strata una lieve crescita in Giappone, dove il premio per il rischio è salito al 2,7% (2,5% a maggio 2007), oltre un punto percentuale in più rispetto all'inizio dell'anno.

L'andamento delle imprese di assicurazione in borsa

Nel 2006 l'andamento degli indici azionari relativi ai diversi settori produttivi italiani è stato piuttosto disomogeneo. La crescita più sostenuta è stata registrata dal settore bancario, il cui indice è aumentato rispetto all'inizio del 2006 del 24%, sospinto nella seconda metà dell'anno dal processo di aggregazione di importanti banche (figura 9).

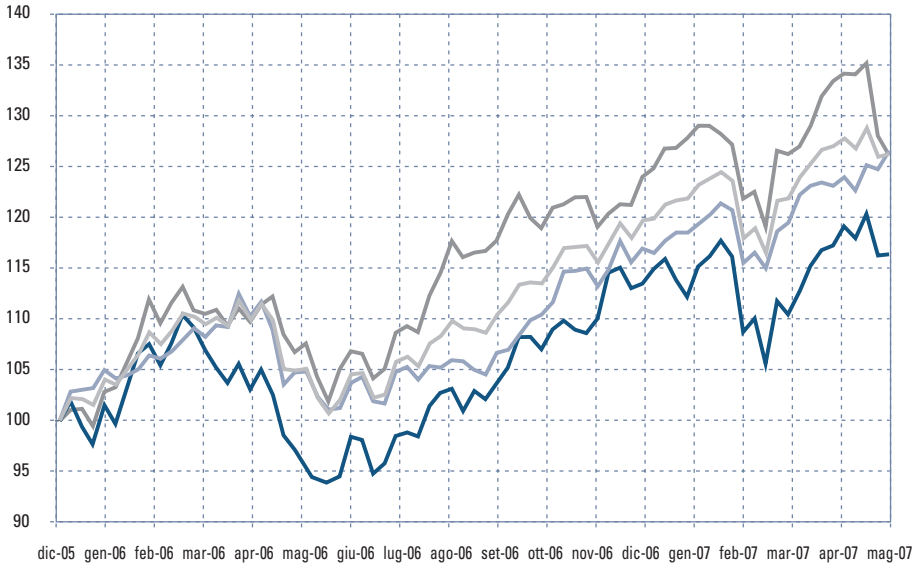


FIGURA 9
INDICI AZIONARI ITALIANI PER SETTORE
(1 gennaio 2006 = 100)

Assicurativo
Bancario
Non finanziari
Totale

Fonte: Thomson Financial, Datastream

Sempre nel 2006 l'indice del settore non finanziario è aumentato del 17%, come risultato di una fortissima crescita del settore automobilistico, di un forte aumento di quello dell'energia, di guadagni più contenuti nel settore dei prodotti petroliferi e dei media e di un calo nel comparto delle telecomunicazioni.

L'indice sui titoli assicurativi è aumentato in Italia del 14%; a una più forte diminuzione tra marzo e giugno del 2006 si è contrapposta una più vigorosa crescita nella seconda metà dell'anno, probabilmente connessa con aspettative di rialzo della redditività.

Nei primi cinque mesi del 2007 gli indici settoriali hanno mostrato aumenti contenuti rispetto all'inizio dell'anno, con forti oscillazioni: alla caduta in marzo ha fatto seguito un rapido recupero nelle settimane successive. Il guadagno maggiore è stato registrato per il settore non finanziario (+8%), mentre i settori bancario e assicurativo hanno registrato aumenti dell'ordine dell'1-3%

La performance dei titoli assicurativi ha mostrato andamenti diversi nei principali paesi. Nel 2006 l'aumento dell'indice sui titoli assicurativi italiani (14%), superiore a quelli americano (12%) e giapponese (-2%), è stato inferiore a quello registrato negli altri paesi europei: 21% nel Regno Unito, 22% in Germania e in Francia (figura 10). Nei primi cinque mesi del 2007, l'aumento è stato dell'ordine del 2-5% in Italia, Stati Uniti e Regno Unito, e più sostenuto in Francia, Germania e, soprattutto, Giappone (+12%).

FIGURA 10
I TITOLI ASSICURATIVI IN ITALIA E NEL MONDO
(1 gennaio 2006 = 100)

Fonte: Thomson Financial, Datastream

Dal gennaio del 2006 è aumentata la prociclicità dell'indice dei titoli assicurativi rispetto all'indice complessivo di mercato; il beta calcolato sull'indice assicurativo italiano è passato dall'1,15 nel gennaio 2006 all'1,31 a maggio dell'anno in corso.

La crescita della rischiosità relativa dei titoli assicurativi, attribuibile all'intensa attività di fusioni e acquisizioni e ai recenti provvedimenti di riforma dell'assetto regolamentare del settore assicurativo, è comune ai settori dei principali paesi. In Francia il beta è passato dall'1,58 nel gennaio 2006 all'1,7 a maggio 2007; in Germania dall'1,27 all'1,51; nel Regno Unito dall'1,62 all'1,74; negli Stati Uniti dallo 0,47 allo 0,89.

Sono diminuite nel corso dell'anno le imprese con sede legale in Italia, come risultato di numerose fusioni. È invece aumentata la presenza delle rappresentanze estere, particolarmente di quelle che esercitano i rami danni.

LE IMPRESE IN ESERCIZIO

Le imprese di assicurazione in esercizio al 30 aprile 2007 sono 242 (240 alla stessa data dell'anno precedente), di cui 166 aventi sede legale in Italia (171 un anno prima) e 76 rappresentanze di imprese estere (69 un anno prima), per la maggior parte (71) comunitarie.

Esercitano esclusivamente i rami vita 84 imprese (di cui 16 rappresentanze) ed esclusivamente i rami danni 126 (di cui 50 rappresentanze); esercitano sia i rami vita sia i rami danni 24 imprese che rappresentano in termini di quota di mercato il 48,1% della raccolta premi totale; esercitano la sola riassicurazione 8 imprese (di cui 6 rappresentanze).

Sono socie dell'ANIA 187 imprese (di cui 16 socie corrispondenti), che raccolgono circa il 91% dei premi dell'intero mercato.

Con riferimento alla natura giuridica delle 166 imprese aventi sede legale in Italia, si distinguono 162 società per azioni, 3 società di mutua assicurazione e una società cooperativa.

NUMERO DELLE IMPRESE RIPARTITE SECONDO LA NATURA GIURIDICA

	RAMI VITA	RAMI DANNI	MULTI RAMI	RIASS. PROFESS.	TOTALE IMPRESE
Situazione al 30 aprile 2006					
Società per azioni	71	76	17	3	167
Società cooperative	-	-	1	-	1
Società mutue	-	2	1	-	3
Totale imprese con sede in Italia	71	78	19	3	171
Rappresentanze estere	15	46	2	6	69
di cui con sede in paesi UE	*15*	*43*	*2*	*5*	*65*
Totale imprese	**86**	**124**	**21**	**9**	**240**
Situazione al 30 aprile 2007					
Società per azioni	68	74	18	2	162
Società cooperative	-	-	1	-	1
Società mutue	-	2	1	-	3
Totale imprese con sede in Italia	68	76	20	2	166
Rappresentanze estere	16	50	4	6	76
di cui con sede in paesi UE	*16*	*47*	*4*	*4*	*71*
Totale imprese	**84**	**126**	**24**	**8**	**242**

NUMERO DI IMPRESE NEI PAESI UE15
Dati al 31 dicembre

	2001	2002	2003	2004	2005
Austria	73	72	71	72	72
Belgio	204	201	189	181	181
Danimarca	241	226	214	210	210
Finlandia	69	68	68	68	65
Francia	504	495	486	475	470
Germania	694	703	703	677	670
Grecia	107	102	100	99	99
Irlanda	196	199	224	217	220
Italia	256	254	249	245	239
Lussemburgo	93	95	95	95	95
Olanda	353	341	335	317	300
Portogallo	86	85	74	70	70
Regno Unito*	808	806	772	1.167	1.170
Spagna	342	334	328	330	320
Svezia	461	448	440	428	415
Totale	**4.487**	**4.429**	**4.348**	**4.651**	**4.596**

Fonte: CEA
(*) Vi è un cambiamento di definizione dal 2004

PREMI PER IMPRESA NEI PAESI UE15
Valori in milioni di euro

	2001	2002	2003	2004	2005
Austria	171	173	180	191	210
Belgio	101	109	126	139	166
Danimarca	51	56	62	65	70
Finlandia	171	177	183	191	207
Francia	254	262	282	314	347
Germania	196	204	213	219	227
Grecia	25	27	30	34	37
Irlanda	54	57	61	61	66
Italia	298	343	379	395	429
Lussemburgo	68	69	79	96	123
Olanda	123	125	132	138	141
Portogallo	93	98	110	122	156
Regno Unito	284	289	265	272	273
Spagna	123	141	122	132	142
Svezia	39	37	42	42	48
Totale	**169**	**177**	**180**	**190**	**202**

Fonte: CEA

L'assicurazione italiana: i dati significativi 2006

Nel 2006 i risultati economici delle imprese di assicurazione italiane sono stati positivi, ma in flessione rispetto all'anno precedente. Il ROE complessivo del settore è calato dal 13,8% del 2005 all'11,6% del 2006. Vi hanno contribuito, da un lato, un più contenuto apporto positivo dell'utile degli investimenti che ha riguardato sia il settore danni sia quello vita e, dall'altro, la contrazione del 4% della raccolta premi nei rami vita.

CONTO ECONOMICO
Valori in milioni di euro

IL CONTO ECONOMICO

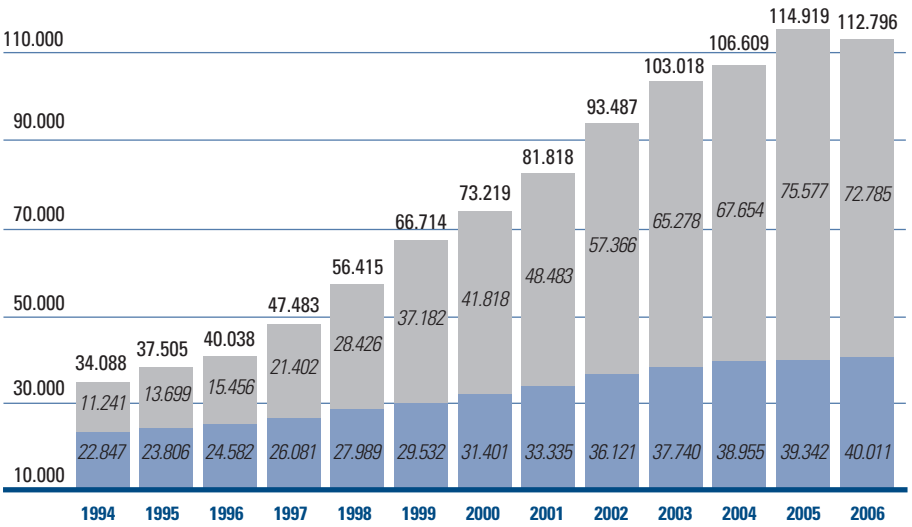
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Conto tecnico dei rami danni e vita (*)							
Premi diretti e indiretti	66.965	75.240	86.350	95.646	100.098	108.451	106.289
Variazione riserve (-)	27.500	30.046	32.645	43.720	40.427	41.999	19.222
Utile investimenti	7.567	5.435	3.939	13.090	16.316	20.064	15.141
Altri proventi tecnici	463	780	980	1.135	1.215	1.321	1.335
Oneri relativi ai sinistri (-)	35.583	38.240	44.459	48.994	58.826	68.236	83.976
Spese di gestione (-)	9.791	10.208	10.648	11.346	11.927	12.567	13.349
Altri oneri tecnici (-)	942	897	1.088	1.656	1.430	1.241	1.437
Risultato	**1.179**	**2.064**	**2.429**	**4.155**	**5.019**	**5.792**	**4.781**
Conto tecnico dei rami danni (*)							
Premi diretti e indiretti	27.029	28.915	30.958	32.729	34.208	34.663	35.474
Variazione riserve premi (-)	543	835	825	656	599	638	657
Utile investimenti	2.135	1.931	1.483	2.012	2.234	2.318	2.120
Altri proventi tecnici	294	409	321	371	371	319	371
Oneri relativi ai sinistri (-)	22.004	22.224	22.736	23.633	24.269	24.294	25.072
Spese di gestione (-)	6.457	6.851	7.178	7.522	7.949	8.184	8.371
Altri oneri tecnici (-)	754	696	760	874	1.045	883	1.086
Risultato	**-300**	**649**	**1.263**	**2.427**	**2.951**	**3.302**	**2.779**
Conto tecnico dei rami vita (*)							
Premi diretti e indiretti	39.936	46.325	55.392	62.917	65.890	73.788	70.815
Variazione riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	26.957	29.211	31.820	43.064	39.828	41.361	18.565
Utile investimenti	5.432	3.504	2.456	11.078	14.082	17.745	13.021
Altri proventi tecnici	169	371	659	764	844	1.001	964
Oneri relativi ai sinistri (-)	13.579	16.016	21.723	25.361	34.557	43.942	58.904
Spese di gestione (-)	3.334	3.357	3.470	3.824	3.978	4.383	4.978
Altri oneri tecnici (-)	188	201	328	782	385	358	351
Risultato	**1.479**	**1.415**	**1.166**	**1.728**	**2.068**	**2.490**	**2.002**
Conto non tecnico							
Altri proventi rami danni	705	629	401	518	810	894	830
Altri proventi rami vita	876	436	726	868	1.127	1.179	1.238
Saldo altri proventi altri oneri	-394	-2	-872	-951	-1.016	-862	-999
Risultato attività ordinaria	**2.366**	**3.127**	**2.684**	**4.590**	**5.940**	**7.003**	**5.850**
Risultato attività straordinaria	**1.067**	**1.204**	**2.262**	**1.132**	**1.027**	**691**	**953**
Imposte (-)	1.390	1.454	1.436	1.929	1.731	1.837	1.541
Risultato dell'esercizio	**2.043**	**2.877**	**3.510**	**3.793**	**5.236**	**5.857**	**5.262**
Return on Equity	**6,7%**	**8,9%**	**10,6%**	**10,6%**	**13,6%**	**13,8%**	**11,6%**

(*) *Voci tecniche al netto di cessioni e retrocessioni*

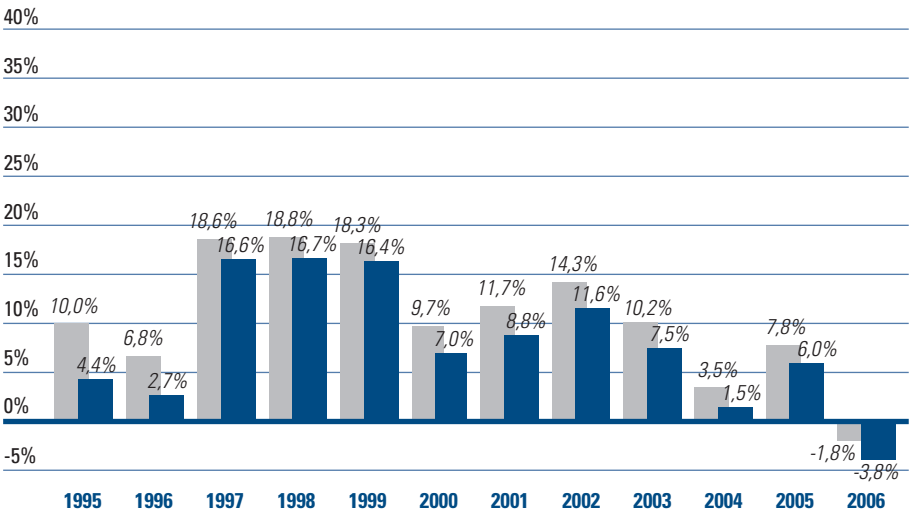
IL CONTO TECNICO

I premi

I **premi complessivi** del lavoro **italiano ed estero**, **diretto e indiretto**, al lordo della riassicurazione e raccolti dalle imprese aventi la sede legale in Italia e dalle rappresentanze di imprese estere non comunitarie, sono stati nel 2006 pari a 112.796 milioni di euro. In particolare, 40.011 milioni di euro sono stati raccolti nei rami danni e 72.785 milioni nei rami vita.



PREMI LORDI – LAVORO COMPLESSIVO
Valori in milioni di euro
Vita *Danni*

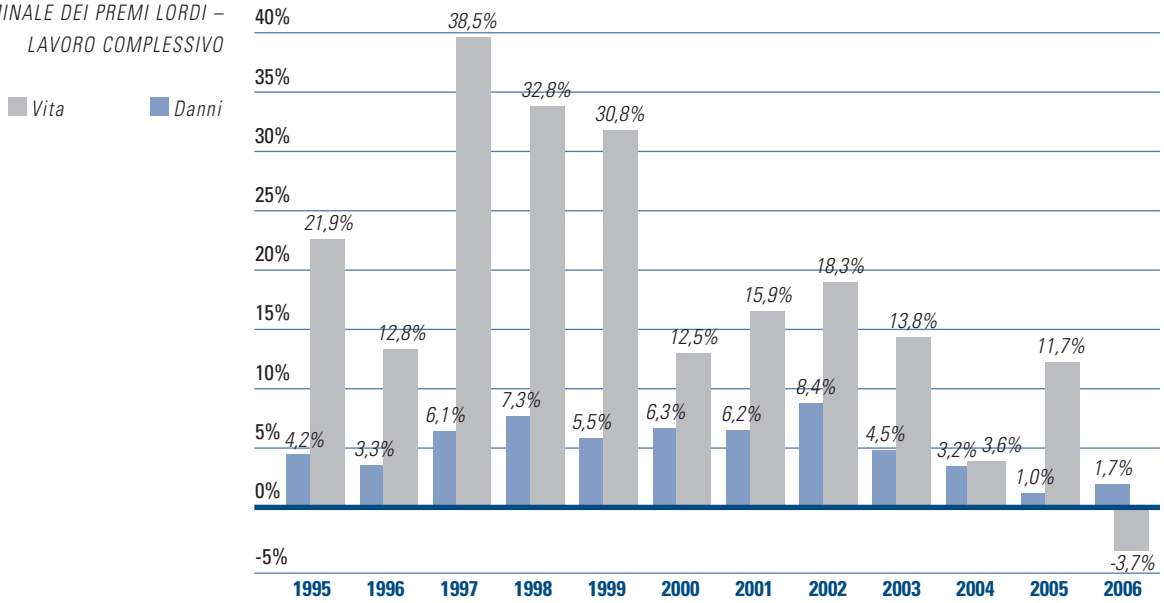


TASSO DI CRESCITA NOMINALE E REALE DEI PREMI LORDI – LAVORO COMPLESSIVO

Totale (nominale)
Totale (reale)

L'assicurazione italiana: i dati significativi 2006

TASSO DI CRESCITA NOMINALE DEI PREMI LORDI – LAVORO COMPLESSIVO



Dopo anni di forte espansione, i premi complessivi hanno registrato una lieve diminuzione, pari all'1,8%. Tale risultato è stato determinato dal settore vita i cui premi sono diminuiti nel 2006 del 3,7% (erano cresciuti dell'11,7% nel 2005). Questa dinamica riflette la riduzione della vendita di polizze con garanzia di rendimento minimo registrata in particolare dal canale bancassurance. I premi nei rami danni sono risultati in crescita, anche se in modo contenuto: +1,7% rispetto al 2005. Come risultato di questi andamenti, la quota dei premi vita sul totale è diminuita rispetto all'anno precedente (dal 65,8% al 64,5%).

Rimane ferma ai valori del 2005 la percentuale dei **premi ceduti in riassicurazione** pari al 5,8%. L'ammontare complessivo di questi premi è stato pari a 6.506 milioni di euro, di cui 4.536 nei rami danni e 1.970 nei rami vita.

I **premi complessivi, al netto della quota dei premi ceduti**, hanno raggiunto 106.289 milioni di euro (con una diminuzione del 2,0% rispetto all'anno precedente): 35.474 milioni di euro nei rami danni e 70.815 milioni nei rami vita.

Le prestazioni

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

– oneri relativi ai sinistri e variazione della riserva premi per i rami danni;

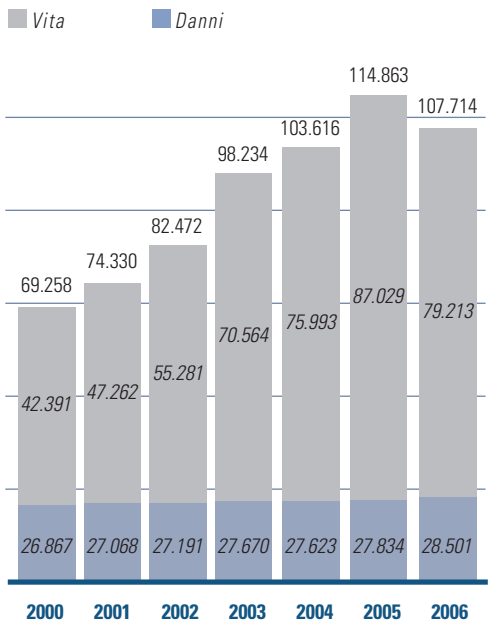
– oneri relativi ai sinistri e variazione delle riserve matematiche e delle altre riserve tecniche per i rami vita.

L'importo di tali prestazioni è stato di 107.714 milioni di euro (-6,2% rispetto al 2005): 28.501 milioni nei rami danni (+2,4%) e 79.213 milioni nei rami vita (-9,0%).

La **quota a carico della riassicurazione** risulta pari a 4.517 milioni di euro (-2,4%), di cui 2.773 milioni relativi ai rami danni e 1.744 milioni relativi ai rami vita.

L'ammontare netto delle prestazioni è stato pertanto di 103.198 milioni di euro (-6,4%): 25.729 milioni nei rami danni e 77.469 milioni nei rami vita.

PRESTAZIONI LORDE DEL LAVORO COMPLESSIVO
Valori in milioni di euro

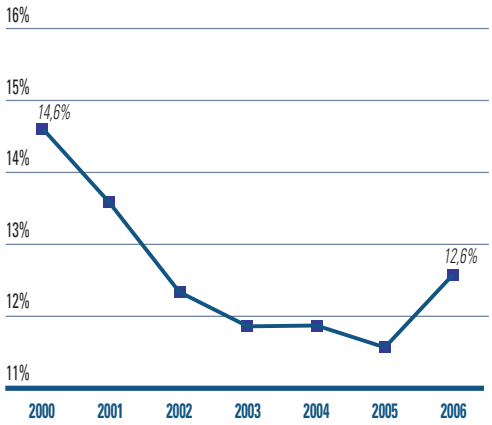


Le spese di gestione

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 delle spese di amministrazione relative alla gestione tecnica, sono state pari a 13.349 milioni di euro (6,2% in più rispetto al 2005). In presenza di una riduzione del totale dei premi contabilizzati, l'incidenza delle spese di gestione sui premi contabilizzati, è passata dall'11,6% del 2005 al 12,6% del 2006.

In particolare, le spese di gestione dei rami danni sono state pari a 8.371 milioni di euro, con una incidenza sui premi, invariata rispetto al 2005, del 23,6%; quelle dei rami vita sono state pari a 4.978 milioni di euro, con una incidenza sui premi del 7,0% (5,9% nel 2005); l'aumento è stato determinato, da un lato, dalla riduzione delle polizze di ramo V, caratterizzate da minori spese e, dall'altro, da una maggiore incidenza delle spese fisse a fronte di un volume premi in diminuzione.

SPESE DI GESTIONE
Incidenza % sui premi



Il risultato del conto tecnico

Il **risultato del conto tecnico** – al netto della riassicurazione – è stato positivo per 4.781 milioni di euro, pari al 4,5% dei premi diretti e indiretti (5,3% nel 2005). Nei rami danni il risultato è stato positivo per 2.779 milioni di euro (3.302 nel 2005); l'incidenza di tale risultato sui premi è diminuita al 7,8% (9,5% nel 2005).

Nei rami vita il risultato dell'esercizio è stato positivo per 2.002 milioni di euro (2.490 nel 2005); l'incidenza di tale risultato sui premi è stata del 2,8% (3,4% nel 2005).

RISULTATO DEL CONTO TECNICO
Incidenza % sui premi netti contabilizzati

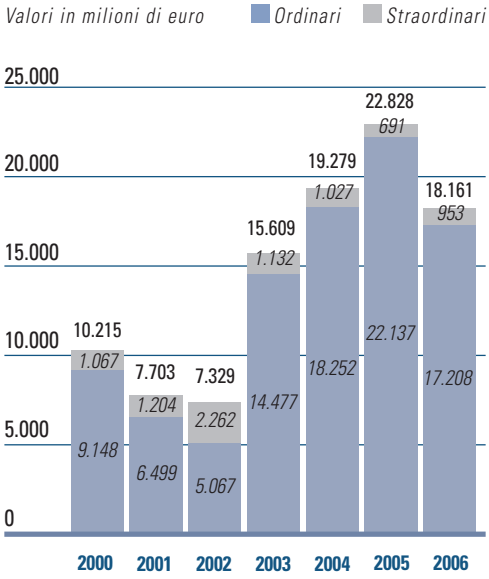
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Danni e Vita	1,8%	2,7%	2,8%	4,3%	5,0%	5,3%	4,5%
Danni	-1,1%	2,2%	4,1%	7,4%	8,6%	9,5%	7,8%
Vita	3,7%	3,1%	2,1%	2,7%	3,1%	3,4%	2,8%

IL CONTO NON TECNICO

I proventi da investimento

I **proventi netti ordinari e straordinari, vita e danni**, che comprendono anche gli utili da investimento trasferiti ai conti tecnici danni e vita, sono stati pari a 18.161 milioni di euro nel 2006, con una forte diminuzione rispetto all'anno precedente (-20,4%), a causa principalmente del calo nei proventi netti ordinari (-22,3% rispetto al 2005); la flessione è stata solo in parte compensata dall'aumento dei proventi straordinari (aumentati del 38,0% rispetto al 2005).

ANDAMENTO DEI PROVENTI NETTI



La diminuzione dei proventi netti ordinari rispetto al 2005 è stata pari a 4.928 milioni di euro; essa è concentrata nella diminuzione di 3.306 milioni di euro dei proventi lordi da investimento a beneficio degli assicurati; la variazione positiva dei proventi lordi straordinari vita e danni è stata pari ad appena 481 milioni di euro.

Più in dettaglio, i **proventi lordi ordinari, vita e danni,** sono stati pari a 26.364 milioni di euro (28.900 nel 2005), con un decremento dell'8,8%. Essi sono costituiti da:

- *azioni e quote*, per un importo di 3.078 milioni di euro (-1,6% rispetto al 2005), rappresentano l'11,7% del totale;
- *proventi da investimento a beneficio degli assicurati e proventi derivanti dalla gestione dei fondi pensione,* per un importo pari a 8.176 milioni di euro (-28,8% rispetto al 2005), rappresentano il 31,0% del totale;
- *terreni e fabbricati*, per un importo di 237 milioni di euro (-2,9% rispetto al 2005), rappresentano lo 0,9% del totale;
- *rettifiche di valore e realizzi di investimenti*, per un importo di 3.256 milioni di euro (+1,3% rispetto al 2005), rappresentano il 12,3% del totale;
- *titoli, obbligazioni e altri investimenti*, per un importo di 11.617 milioni di euro (+7,3% rispetto al 2005), rappresentano il 44,1% del totale.

DISTRIBUZIONE % DEI PROVENTI LORDI ORDINARI VITA E DANNI

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Azioni e quote	7,1%	11,9%	13,7%	12,0%	9,5%	10,8%	11,7%
Terreni e fabbricati	3,8%	4,1%	2,6%	1,5%	1,1%	0,8%	0,9%
Titoli, obbligazioni e altri investimenti	44,9%	49,7%	46,8%	41,9%	42,7%	37,5%	44,1%
Plusvalenze	25,8%	17,5%	12,9%	12,9%	11,7%	11,1%	12,3%
Inv. a beneficio assic. e fondi pens.	18,4%	16,8%	24,0%	31,7%	35,0%	39,8%	31,0%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Gli **oneri lordi relativi ai proventi da investimento, ordinari e straordinari, vita e danni,** sono stati pari a 10.001 milioni di euro, in forte crescita rispetto ai 7.390 milioni di euro del 2005.

I **proventi straordinari**, al lordo degli oneri, sono stati pari a 1.799 milioni di euro (1.318 nel 2005) e i relativi oneri pari a 846 milioni di euro (627 nel 2005).

IL RISULTATO DELL'ESERCIZIO

Il **risultato dell'attività ordinaria**, **danni e vita**, è stato positivo per 5.850 milioni di euro (7.003 nel 2005), con una diminuzione del 16,5%.

Il **risultato dell'attività straordinaria** è stato pari a 953 milioni di euro, in aumento (+37,9%) rispetto ai 691 milioni di euro del 2005.

Le **imposte sul reddito** sono state pari a 1.541 milioni di euro (1.837 milioni di euro nel 2005).

Nonostante il contributo dell'attività straordinaria, la riduzione dei risultati tecnici (sia per i rami danni che per quelli vita) ha determinato un **utile** per l'esercizio 2006 di 5.262 milioni di euro, in diminuzione del 10,2% rispetto ai 5.857 milioni di euro del 2005. L'utile è stato pari al 5,0% dei premi (5,4% nel 2005). Il ROE, calcolato come il rapporto tra l'utile e la media centrata della somma del capitale sociale e delle riserve patrimoniali, è stato pari all'11,6%, in diminuzione rispetto al 13,8% del 2005.

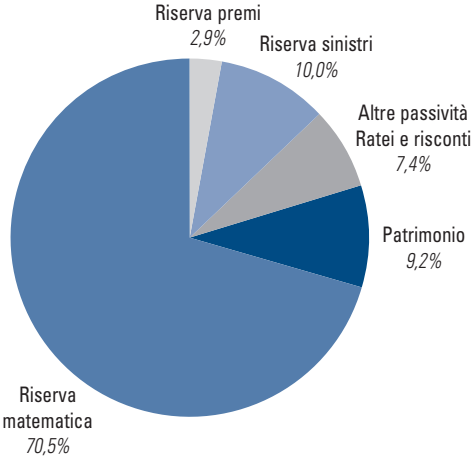
LA SITUAZIONE PATRIMONIALE

Il passivo

Il totale delle voci del passivo dello stato patrimoniale, pari a 552.796 milioni di euro, è aumentato del 4,9% rispetto al 2005.

In particolare:

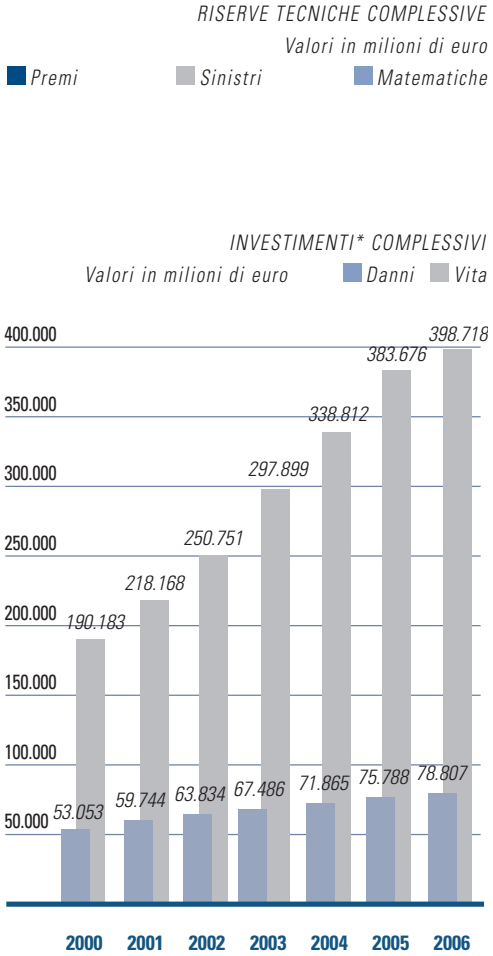
- il *patrimonio netto*, pari a 50.818 milioni di euro, è rimasto sostanzialmente invariato rispetto al 2005 ed è pari al 9,2% del totale del passivo; tra le componenti, la crescita del capitale sociale, pari a 13.638 milioni di euro, è stata del 5,1%, mentre le riserve patrimoniali, pari a 31.918 milioni di euro, sono diminuite dell'1,7% rispetto al 2005. L'utile dell'esercizio è stato di 5.262 milioni di euro;
- le *riserve tecniche*, che rappresentano gli impegni assunti nei confronti degli assicurati, sono state pari a 460.963 milioni di euro e hanno registrato un aumento del 5,0% rispetto al 2005; esse rappresentano l'83,4% del totale del passivo. Le riserve vita, che hanno un peso del 70,5% sul totale, sono aumentate del 5,2% mentre le riserve danni (sinistri e premi) sono cresciute del 3,9%;
- le *altre passività*, pari a 40.348 milioni di euro (7,3% del totale), sono aumentate dell'11,6% rispetto all'anno precedente. Tra le componenti, sono aumentate del 47,0% le passività subordinate (da 3.295 a 4.843 milioni di euro) e dello 0,1% i depositi ricevuti da riassicuratori (da 12.994 a 13.013 milioni di euro). I fondi per rischi e oneri (2.202 milioni di euro) sono sostanzialmente invariati, mentre i debiti e le altre passività sono aumentati del 15,1%, passando da 17.632 a 20.290 milioni di euro;
- i *ratei e risconti* sono pari a 667 milioni di euro (0,1% del totale).



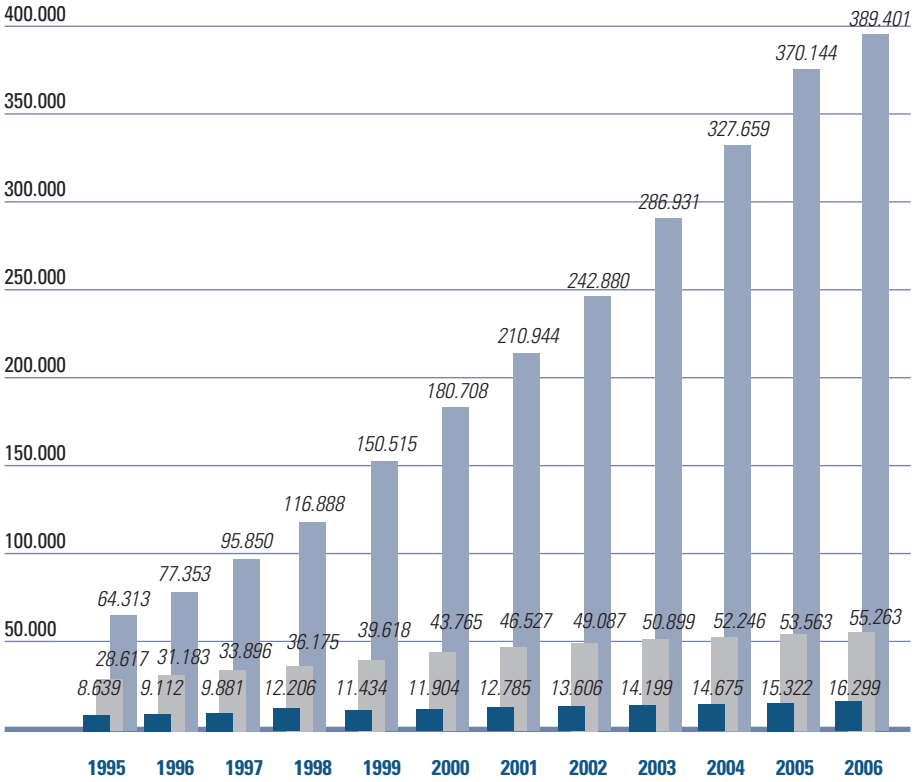
552.796 milioni di euro

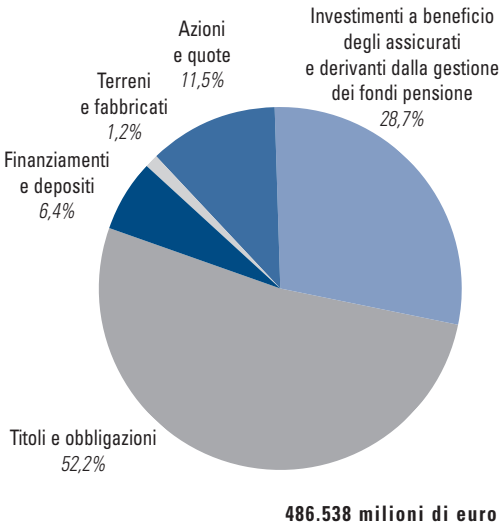
COMPOSIZIONE % PASSIVITÀ

L'assicurazione italiana: i dati significativi 2006



(*) sono esclusi i riassicuratori professionali





COMPOSIZIONE % INVESTIMENTI

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 552.796 milioni di euro, che pareggia il totale del passivo.

In particolare:

– gli *investimenti*, pari a 486.538 milioni di euro, rappresentano l'88,0% del totale attivo. Escludendo le imprese che esercitano la sola riassicurazione, in quanto la relativa modulistica di bilancio non prevede la suddivisione fra rami vita e rami danni, gli investimenti dei rami danni sono stati pari a 78.807 milioni di euro (4,0% in più rispetto al 2005) e quelli dei rami vita pari a 398.718 milioni di euro (3,9% in più rispetto al 2005).
L'incremento più elevato (+8,1%) si è avuto per gli investimenti in obbligazioni e altri titoli a reddito fisso con 254.130 milioni di euro; seguono gli investimenti in azioni e quote (+3,0%) con 55.714 milioni di euro, gli investimenti in terreni e fabbricati (+2,3%) con 5.937 milioni di euro e, infine, i finanziamenti e depositi che, con 30.905 milioni di euro, registrano una contrazione dell'8,0% rispetto al 2005. Gli investimenti a beneficio degli assicurati, pari a 139.852 milioni di euro, sono aumentati del 2,4%;

– le *riserve tecniche a carico dei riassicuratori*, pari a 21.427 milioni di euro, sono aumentate dell'1,7% e rappresentano il 3,9% del totale attivo;

– i *crediti* sono pari a 23.155 milioni di euro (4,2% del totale), con un aumento del 7,6%. Si tratta di crediti derivanti da assicurazioni dirette (11.182

milioni di euro), crediti derivanti dalla riassicurazione (2.570 milioni di euro), altri crediti (9.403 milioni di euro);

– i *crediti verso soci* (25 milioni di euro), gli *attivi immateriali* (3.958 milioni di euro di provvigioni e altre spese) e gli *altri elementi dell'attivo* (13.439 milioni di euro) hanno raggiunto un totale di 17.421 milioni di euro (3,2% del totale), con un aumento dell'11,7%;

– i *ratei e risconti*, pari a 4.255 milioni di euro (0,8% del totale), sono aumentati del 18,6%.

STATO PATRIMONIALE

Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PASSIVO	**298.174**	**338.346**	**378.192**	**429.890**	**475.716**	**526.899**	**552.796**
PATRIMONIO NETTO	34.496	35.093	37.401	41.342	44.780	51.301	50.818
Capitale sociale	*9.775*	*9.512*	*9.961*	*10.529*	*10.991*	*12.982*	*13.638*
Riserve patrimoniali	*22.678*	*22.704*	*23.930*	*27.033*	*28.621*	*32.463*	*31.918*
Utile dell'esercizio	*2.043*	*2.877*	*3.510*	*3.780*	*5.169*	*5.857*	*5.262*
RISERVE TECNICHE	236.377	270.256	305.573	352.029	394.581	439.029	460.963
Rami danni	*55.669*	*59.312*	*62.693*	*65.098*	*66.921*	*68.885*	*71.562*
Rami vita	*180.708*	*210.944*	*242.880*	*286.931*	*327.659*	*370.144*	*389.401*
ALTRE PASSIVITÀ	27.125	32.674	34.920	36.203	35.989	36.141	40.348
Passività subordinate	*1.072*	*1.487*	*1.990*	*2.666*	*2.862*	*3.295*	*4.843*
Fondi per rischi ed oneri	*2.048*	*1.524*	*2.045*	*2.189*	*2.105*	*2.219*	*2.202*
Depositi ricevuti dai riassicuratori	*10.453*	*11.682*	*13.011*	*13.231*	*12.876*	*12.994*	*13.013*
Debiti e altre passività	*13.552*	*17.981*	*17.874*	*18.117*	*18.146*	*17.632*	*20.290*
RATEI E RISCONTI	176	323	298	316	366	428	667
ATTIVO	**298.174**	**338.346**	**378.192**	**429.890**	**475.716**	**526.899**	**552.796**
CREDITO VERSO SOCI	46	99	84	45	15	3	25
ATTIVI IMMATERIALI	2.424	2.469	2.792	3.707	4.262	3.947	3.958
INVESTIMENTI:	248.346	283.381	320.069	370.814	416.322	465.109	486.538
Terreni e fabbricati	*8.335*	*7.798*	*5.484*	*4.534*	*4.842*	*5.805*	*5.937*
Azioni e quote	*40.700*	*40.478*	*40.145*	*43.763*	*48.793*	*54.096*	*55.714*
Obbligazioni e altri titoli a reddito fisso	*123.825*	*140.530*	*161.343*	*186.564*	*208.051*	*235.036*	*254.130*
Finanziamenti e depositi	*22.892*	*24.977*	*28.342*	*28.837*	*30.460*	*33.603*	*30.905*
Investimenti a beneficio degli assicurati e derivanti dalla gestione dei fondi pensione	*52.594*	*69.598*	*84.755*	*107.116*	*124.176*	*136.569*	*139.852*
RISERVE TECNICHE A CARICO DEI RIASSICURATORI	19.895	21.499	22.003	21.789	20.753	21.072	21.427
CREDITI	16.808	18.696	19.915	20.333	21.020	21.529	23.155
ALTRI ELEMENTI DELL'ATTIVO	8.332	9.715	10.585	10.198	10.149	11.652	13.439
RATEI E RISCONTI	2.323	2.487	2.744	3.004	3.194	3.587	4.255

IL MARGINE DI SOLVIBILITÀ

Le imprese di assicurazione aventi sede legale in Italia, escludendo le imprese di riassicurazione, disponevano a fine 2006 per il complesso delle loro attività, nel settore vita e in quello danni, di un margine di solvibilità pari a 44,7 miliardi di euro, in lieve diminuzione rispetto allo scorso anno.

Per i rami vita, il margine posseduto (24,3 miliardi di euro) era pari a 2,02 volte il minimo richiesto ai sensi di legge (12,0 miliardi di euro), determinato in rapporto alle riserve matematiche e ai capitali sotto rischio; tale rapporto era pari a 2,08 nel 2005 e a 2,04 nel 2004.

Nei rami danni il margine posseduto (20,4 miliardi di euro) era pari a 3,29 volte il margine minimo di solvibilità da costituire (6,2 miliardi di euro), determinato in rapporto all'ammontare dei premi raccolti o all'onere medio dei sinistri dell'ultimo triennio (assumendo il risultato più elevato tra i due criteri); dopo anni di continua crescita, il valore del 2006 è stato lievemente inferiore a quello dell'anno precedente.

MARGINE DI SOLVIBILITÀ 2000-2006
(ESCLUSE LE IMPRESE DI RIASSICURAZIONE)
Valori in milioni di euro

VITA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Margine di solvibilità posseduto	16.415	17.512	18.418	20.000	20.954	23.999	24.312
Margine di solvibilità da possedere	6.400	7.034	7.986	9.132	10.266	11.544	12.036
Rapporto di copertura	2,56	2,49	2,31	2,19	2,04	2,08	2,02

DANNI	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Margine di solvibilità posseduto	13.558	12.927	14.792	15.615	17.308	20.826	20.384
Margine di solvibilità da possedere	4.626	4.938	5.138	5.356	5.825	6.095	6.192
Rapporto di copertura	2,93	2,62	2,88	2,92	2,97	3,42	3,29

Fonte: ISVAP

LA REDDITIVITÀ DEL SETTORE ASSICURATIVO

La redditività del settore assicurativo, misurata attraverso l'indice del return on equity (ROE), definito come il rapporto fra l'utile e il patrimonio netto (escluso l'utile) è risultata in flessione nel 2006 rispetto all'anno precedente; in particolare:

– nelle assicurazioni danni, l'indicatore è risultato pari all'11,6%, in diminuzione di oltre tre punti percentuali rispetto al 14,7% del 2005; questo andamento è dovuto principalmente al rallentamento del risultato dell'attività ordinaria (in particolare il tasso di rendimento del capitale investito dato dal rapporto fra i proventi di investimento e il totale degli attivi è risultato in calo di 1,6 punti percentuali) non sufficientemente compensato dall'aumento della redditività della gestione straordinaria, data dal rapporto fra il risultato della gestione straordinaria e il patrimonio netto;
– nel settore vita (escludendo le riassicuratrici pure), il ROE è stato pari all'11,2%, in diminuzione rispetto al 12,6% del 2005; anche in questo compar-

to l'andamento è stato influenzato dal calo del rendimento del capitale investito che è sceso di 1,6 punti percentuali e, seppure in misura meno rilevante, dalla minore redditività rispetto al 2005 della gestione straordinaria.

Complessivamente il ROE del totale settore assicurativo, includendo anche le imprese di riassicurazione pura, è sceso di oltre 2 punti percentuali dal 13,8% del 2005 all'11,6% del 2006 (figura 1). Nel 2006 il ROE delle imprese di assicurazione è stato in linea con quello delle banche (11,8%). Negli ultimi venti anni, il ROE medio delle assicurazioni (pari al 6,5%) è stato inferiore a quello delle banche (7,2%) e al rendimento medio dei titoli di Stato (8,1%).

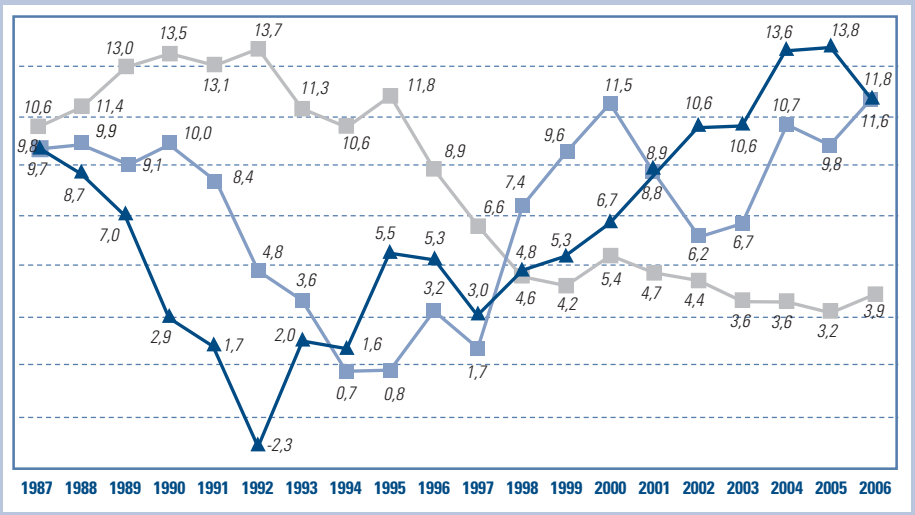


FIGURA 1
CONFRONTO ROE

ROE Banche (%)
ROE Assicurazioni (%)
Rendimento medio titoli di Stato (%)

Fonte: il rendimento medio dei titoli di Stato è tratto da Thomson Financial, Datastream e riporta il rendimento medio sul mercato secondario di tali titoli

Nel confronto storico emerge come i ROE dei due principali settori del mercato assicurativo abbiano avuto nel periodo analizzato (1987-2006) un'evoluzione diversa (figura 2). Dal 1987 al 2001 la reddività del comparto vita è stata sempre superiore a quella del danni; dal 2002 in poi, grazie al progressivo miglio-

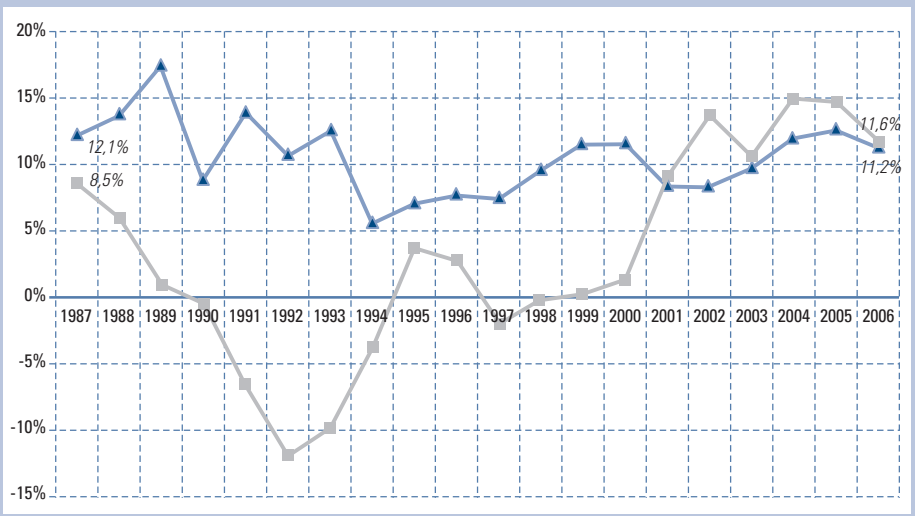


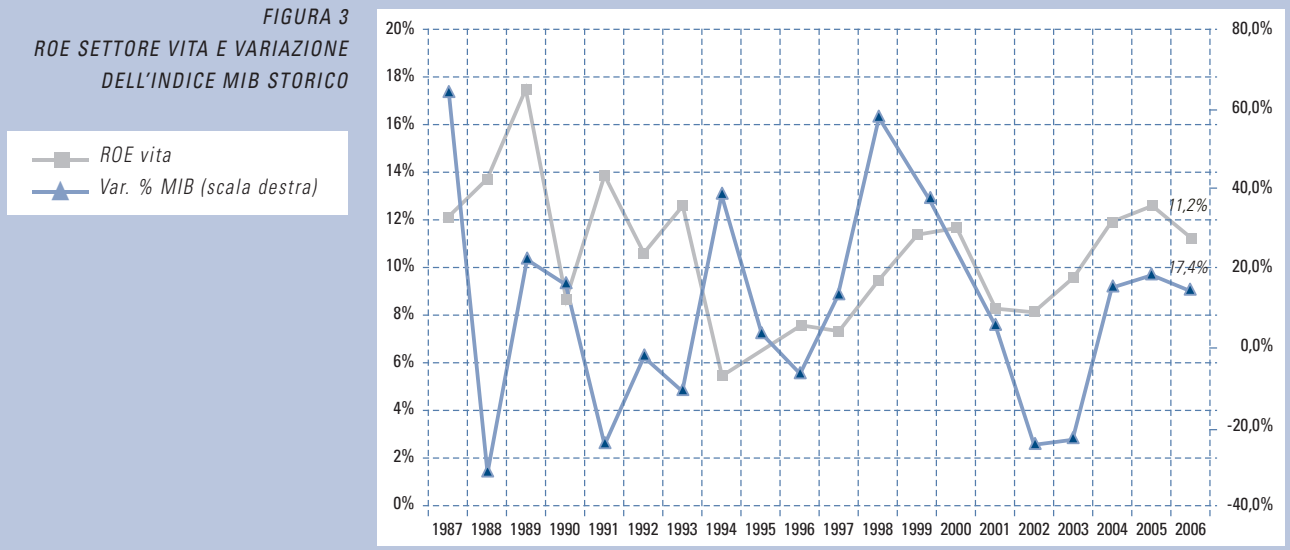
FIGURA 2
CONFRONTO ROE – DANNI E VITA

ROE danni
ROE vita

ramento della gestione tecnica, il settore danni ha migliorato i propri risultati, superando il settore vita e raggiungendo nel 2004 un valore pari al 15,0%; nel 2006 i ROE dei due settori sono allineati.

Analizzando separatamente i due comparti, emerge come la redditività del **vita** abbia evidenziato nel periodo in esame un andamento ciclico correlato con l'andamento dei mercati finanziari: livelli elevati di ROE verso la fine degli anni '80, in corrispondenza di un'elevata inflazione, e una progressiva diminuzione nei primi anni '90: nel 1994 il ROE raggiunge il valore di 5,4%. Successivamente, tassi di inflazione contenuti e nello stesso tempo la crescita dei mercati borsistici, hanno favorito l'offerta e la diffusione di nuovi prodotti con elevata componente finanziaria, la cui diffusione ha consentito al mercato vita italiano di aumentare il volume dei fondi intermediati e di competere maggiormente con gli altri principali paesi europei: il ROE passa dal 5,4% del 1994 all'11,3% del 2000. Quest'ultimo aspetto si evidenzia più chiaramente confrontando due serie storiche: il ROE del settore vita e la variazione percentuale del MIB (figura 3); a partire dalla seconda metà degli anni '90, quando si diffondono i nuovi prodotti con elevata componente finanziaria, i due indicatori iniziano ad avere andamenti analoghi risultando positivamente correlati fra loro.

FIGURA 3
ROE SETTORE VITA E VARIAZIONE DELL'INDICE MIB STORICO



Nonostante gli anni 2001 e 2002 siano stati caratterizzati da un forte calo dei mercati azionari e da notevoli timori di deflazione, la redditività del settore vita è scesa in Italia in misura contenuta (8%) grazie a una raccolta molto sostenuta, a una limitata esposizione azionaria nei portafogli dove il rischio finanziario è a carico dell'impresa e alla presenza nel portafoglio di tipo "durevole" di titoli con cedole ancora elevate.

La ripresa dei mercati finanziari ha consentito negli ultimi quattro anni l'aumento del ROE che si è mantenuto stabilmente al di sopra dell'11%.

Sempre con riferimento al settore vita è stata effettuata anche un'analisi del ROE per dimensione d'impresa; la dimensione di un'impresa è stata calcolata sulla base delle riserve tecniche complessive al 31 dicembre 2006 (figura 4). Questa analisi evidenzia come un ROE superiore alla media di settore sia individuabile nelle 11 imprese di grandi dimensioni (con riserve tecniche superiori ai 10 mld di euro) e che rappresentano oltre il 60% delle riserve totali. Si nota che il valore più basso del ROE è riscontrabile fra le 37 imprese con un ammontare di riserve inferiore a 1 miliardo di euro, per le quali l'indicatore registra un valore pari a 3,6%.

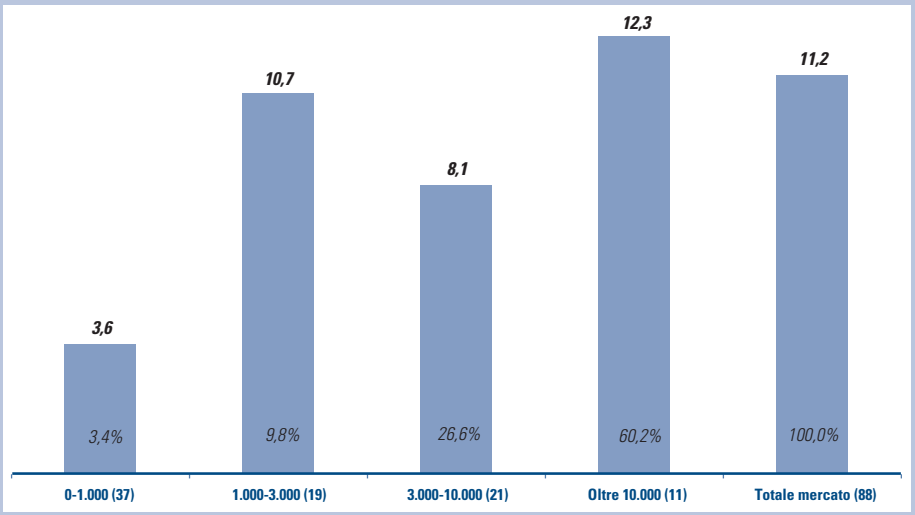


FIGURA 4
ROE PER FASCE DI IMPORTO SECONDO LE RISERVE TECNICHE DEL MERCATO VITA (valori in milioni di euro, %) – ANNO 2006

Il valore in parentesi indica il numero di imprese presenti in ciascuna fascia; il valore all'interno dell'istogramma la relativa quota di mercato

Nel settore **danni** la capacità per un'impresa di creare valore è strettamente collegata alla gestione assicurativa e, in misura minore rispetto al settore vita, alla gestione finanziaria. A tal proposito è interessante analizzare la serie storica del ROE danni confrontandola con la serie storica del combined ratio di competenza (figura 5).

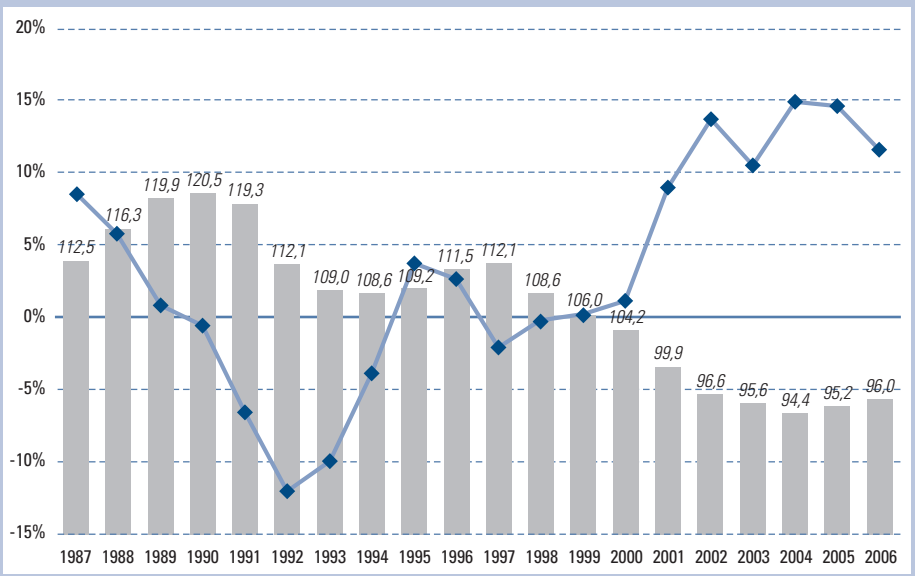


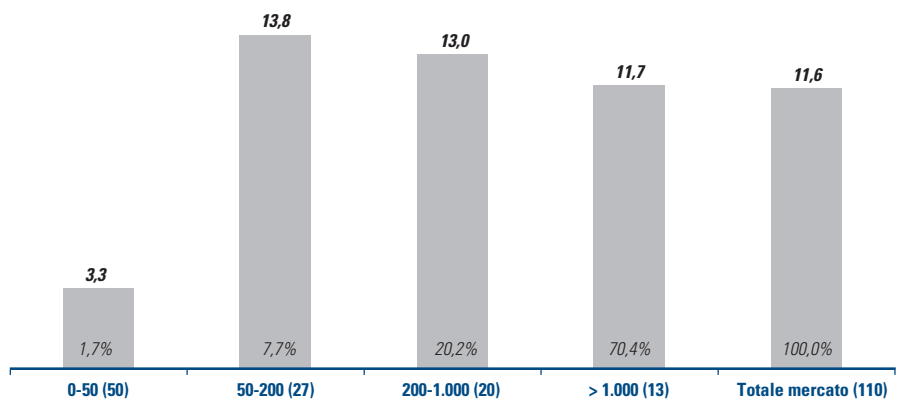
FIGURA 5
ROE SETTORE DANNI E COMBINED RATIO DI COMPETENZA

Tra il 1987 e il 1992 il ROE ha evidenziato una forte diminuzione di oltre 20 punti percentuali (-12% il valore più basso registrato nel 1992) in corrispondenza di valori particolarmente elevati del combined ratio che in quegli anni ha raggiunto e superato il 120%.

Dopo essere risultato negativo per la prima metà degli anni novanta, nei successivi cinque anni (ossia dal 1995 al 2000) il ROE del settore danni è rimasto comunque su valori prossimi a zero. In definitiva per oltre un decennio, la redditività delle imprese danni è stata negativa e ha distrutto valore per gli azionisti che avevano investito in questo settore. Solo a partire dal 2001 (e quindi negli ultimi 6 anni) si è assistito ad un graduale miglioramento e il ROE ha oscillato fra il 10% e il 15%, per effetto soprattutto del raggiungimento di un equilibrio nella gestione tecnica degli affari sottoscritti, come dimostra il miglioramento dei valori del combined ratio rimasto sotto la soglia del 100%. Nel 2006 il deterioramento di un punto percentuale del combined ratio ha contribuito al peggioramento del ROE, che è sceso dal 14,7% all'11,6%.

Anche per il settore danni è stata effettuata un'analisi di come varia il ROE in base alla dimensione dell'impresa; a differenza del Vita, però, la dimensionalità dell'impresa è stata definita sulla base del volume dei premi raccolti (figura 6).

FIGURA 6
ROE PER FASCE DI IMPORTO SECONDO I PREMI CONTABILIZZATI DEL MERCATO DANNI – ANNO 2006
(Valori in milioni di euro, %)



Il valore in parentesi indica il numero di imprese presenti in ciascuna fascia; il valore all'interno dell'istogramma la relativa quota di mercato

Per le 50 imprese sotto i 50 milioni di euro di raccolta (che rappresentano però meno del 2% del totale danni), si registra un ROE pari al 3,3% inferiore a quello medio di mercato che è pari all'11,6%. È per le 27 imprese della classe dimensionale successiva (ossia con un volume premi compreso fra 50 e 200 milioni di euro) che si registra il ROE più elevato e pari al 13,8%; questo indicatore va poi diminuendo al crescere della dimensione aziendale, arrivando per le 13 imprese più importanti (che rappresentano oltre il 70% del mercato) a raggiungere un valore molto vicino alla media e pari all'11,7%.

CONFRONTI INTERNAZIONALI

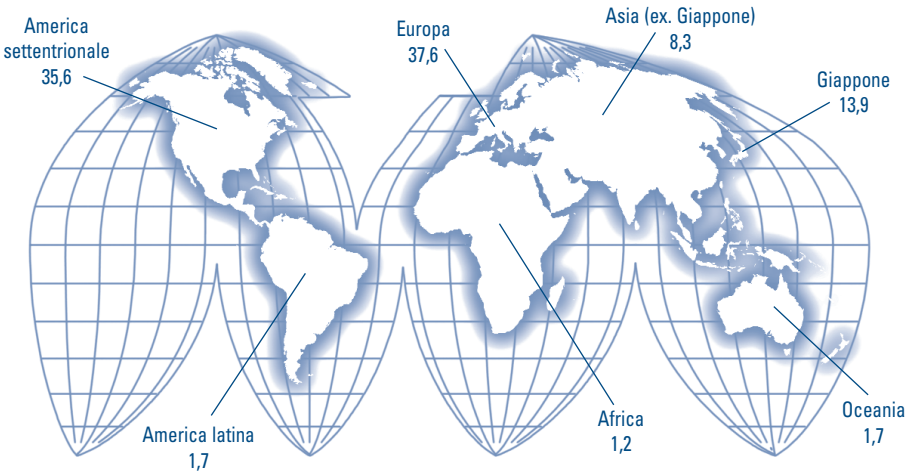
Nel 2005 i premi assicurativi complessivamente raccolti nel mondo sono stati pari a 3.426 miliardi di dollari con un aumento del 4,9% in termini reali, più del doppio rispetto alla variazione registrata nel 2004.

L'assicurazione vita ha raccolto premi per 1.974 miliardi di dollari con una crescita, in termini reali, del 5,7% (2,3% nel 2004); l'assicurazione danni ha registrato un volume premi pari a 1.452 miliardi di dollari e una variazione, in termini reali, del 3,9% (2,3% nel 2004).

Il mercato vita ha registrato nel 2005 un'espansione del 9,1% in Europa. La crescita nel Nord-America è stata positiva e pari al 3,8%, mentre è risultata ancora negativa in Giappone (-3,6%). Una forte espansione si è registrata in America latina (15,6%).

Nel ramo danni la crescita dei premi è stata pari al 3,4% negli Stati Uniti e al 3,5% in Europa. In America latina la crescita è stata pari al 21%, in fortissimo aumento rispetto all'anno precedente.

QUOTE % DEL MERCATO MONDIALE ASSICURAZIONE DIRETTA NEL 2005



Fonte: Swiss Re - SIGMA

RACCOLTA PREMI 2005
Valori in milioni di dollari

	VITA	DANNI	TOTALE
America settentrionale	551.530	670.105	1.221.635
America latina	23.263	35.336	58.599
Europa	769.337	518.583	1.287.920
Asia	573.239	186.540	759.779
di cui: Giappone	*375.958*	*100.523*	*476.481*
Africa	27.795	12.230	40.025
Oceania	28.539	29.217	57.756
Totale	**1.973.703**	**1.452.011**	**3.425.714**

Fonte: Swiss Re - SIGMA

CRESCITA % REALE 2005

	VITA	DANNI	TOTALE
America settentrionale	3,8	3,4	3,6
America latina	15,6	21,0	18,8
Europa	9,1	3,5	6,8
Asia	2,7	3,3	2,8
di cui: Giappone	*-3,6*	*-4,2*	*-3,7*
Africa	10,2	9,3	9,9
Oceania	7,5	6,1	6,8
Totale	**5,7**	**3,9**	**4,9**

Fonte: Swiss Re - SIGMA

IL PESO DELL'ASSICURAZIONE NEI DIVERSI PAESI

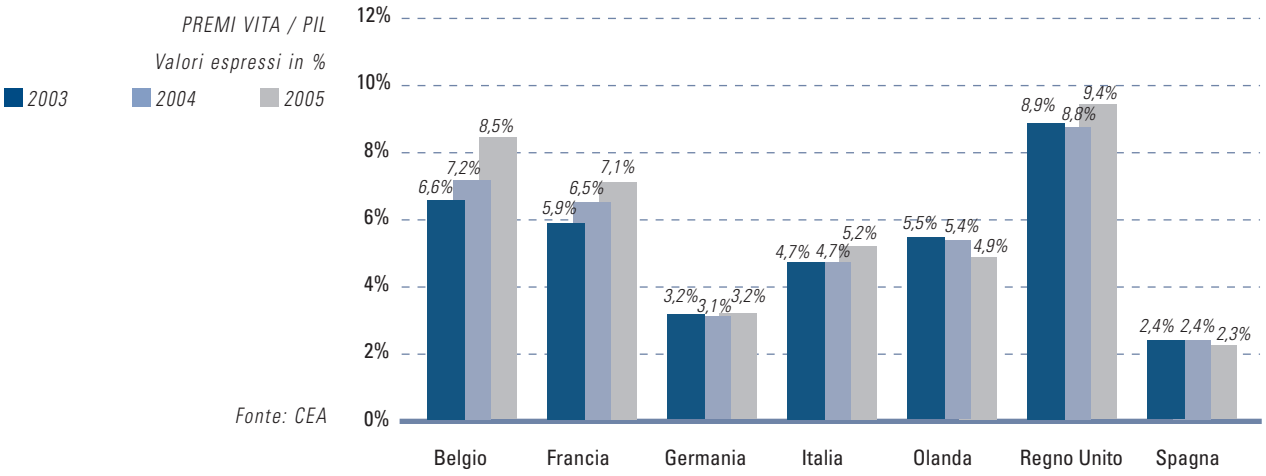
Tra il 2003 e il 2005 il rapporto tra il volume dei premi e il PIL – il c.d. indice di penetrazione assicurativa – ha mostrato andamenti diversi tra il settore vita e quello danni.

Relativamente ai rami vita, nel 2005 il rapporto è aumentato in Francia, Belgio, Italia e Regno Unito; in particolare in Francia è passato dal 6,5% del 2004 al

7,1% del 2005, in Belgio ha raggiunto l'8,5% (7,2% nel 2004) e in Italia il 5,2% (4,7% nel 2004). Nel Regno Unito, dove l'indicatore è il più alto d'Europa, il rapporto è salito al 9,4% (8,8% nel 2004). È rimasto pressoché stabile il valore del rapporto registrato in Germania, pari al 3,2%, mentre è diminuito in Olanda e Spagna, rispettivamente al 4.9% e al 2,3%.

PREMI VITA / PIL

Valori espressi in %

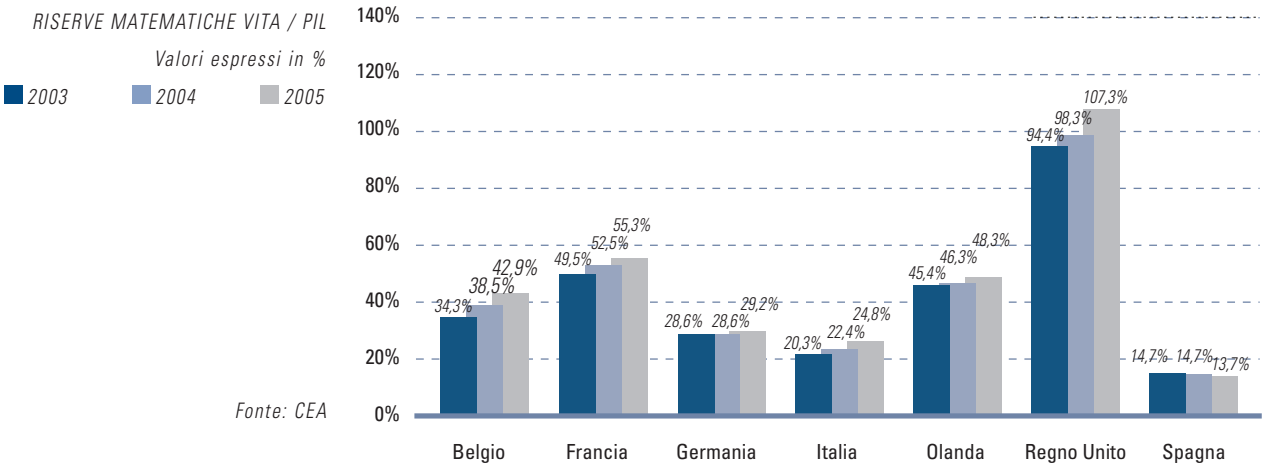


Fonte: CEA

Tra il 2003 e il 2005 il rapporto tra le riserve matematiche e il PIL – indicatore che approssima il grado di maturazione del mercato vita – è aumentato in Italia dal 20,3% al 24,8%; nonostante l'incremento, il valore del rapporto si situa ancora ampiamente al di sotto degli altri paesi europei, con l'eccezione della Spagna, dove è pari al 13,7% nel 2005, in diminuzione rispetto all'anno precedente. Anche in Germania il valore dell'indice è inferiore rispetto agli altri paesi europei (29,2%). Elevati sono invece i valori dell'indice registrati da altri paesi quali il Regno Unito (107,3%), la Francia (55,3%), l'Olanda (48,3%) e il Belgio (42,9%).

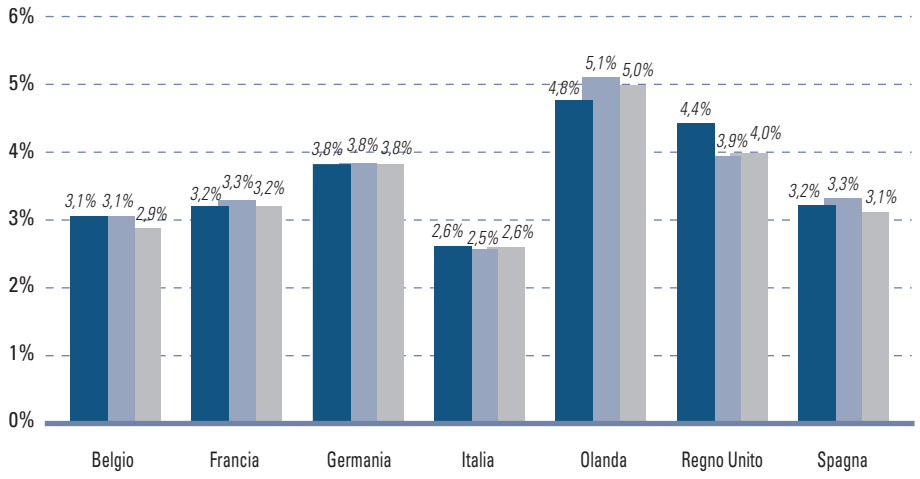
RISERVE MATEMATICHE VITA / PIL

Valori espressi in %



Fonte: CEA

Nel settore delle assicurazioni danni l'Italia continua a essere nel 2005 il paese con il più basso rapporto tra i premi e il PIL con un valore pari al 2,6%, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente. Nel triennio considerato, il divario con gli altri paesi è rimasto pressoché immutato; in particolare, nel 2005 è stato pari a quasi mezzo punto percentuale rispetto al Belgio, a oltre mezzo punto percentuale rispetto a Francia e Spagna, a oltre un punto percentuale rispetto a Germania e Regno Unito e a quasi due punti percentuali e mezzo rispetto all'Olanda.



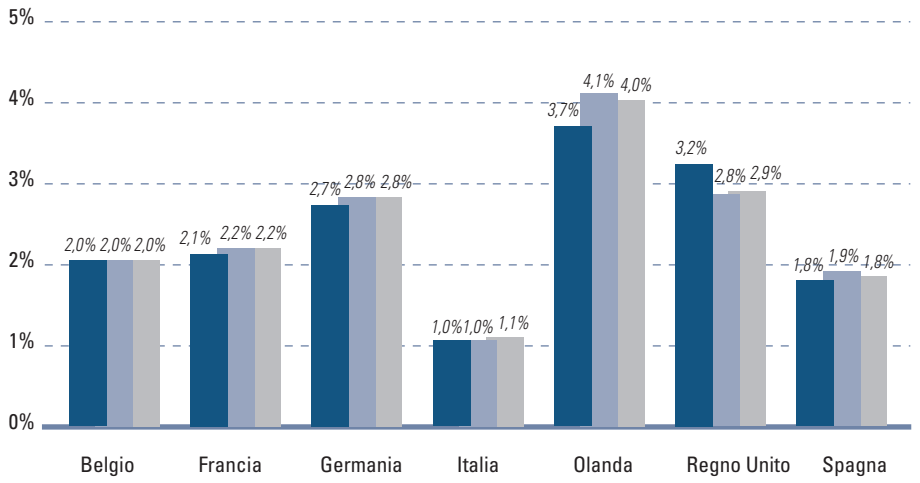
PREMI DANNI / PIL

Valori espressi in %

2003 *2004* *2005*

Fonte: CEA

Il divario dell'Italia con gli altri paesi europei aumenta, in termini di penetrazione assicurativa, quando dal rapporto fra premi e PIL si escludono i premi contabilizzati del settore auto. Questa operazione permette di confrontare infatti in modo chiaro il grado di propensione ad assicurarsi essendo il ramo r.c. auto ovunque obbligatorio per legge.



PREMI NON-AUTO / PIL

Valori espressi in %

2003 *2004* *2005*

Fonte: CEA

Il rapporto è pari all'1% in Italia, mentre negli altri paesi si registrano valori mediamente doppi (come in Belgio, Francia e Spagna) o addirittura tre o quattro volte più elevati, come in Germania, Regno Unito e Olanda.

I PRINCIPALI MERCATI DELL'UNIONE EUROPEA

Il mercato assicurativo dei primi 15 paesi dell'Unione Europea ha raccolto nel 2005 premi per 922.530 milioni di euro con un incremento dell'8,4% (+5,5% nel 2004); tale andamento è il risultato di una crescita che ha interessato tutti i paesi. I tassi di crescita più elevati sono stati registrati nei seguenti paesi: Portogallo (+28,3%), Lussemburgo (+27,8%), Belgio (+19,0%), Svezia (+16,1%), Irlanda (+13,2%) e Francia (+10,6%).

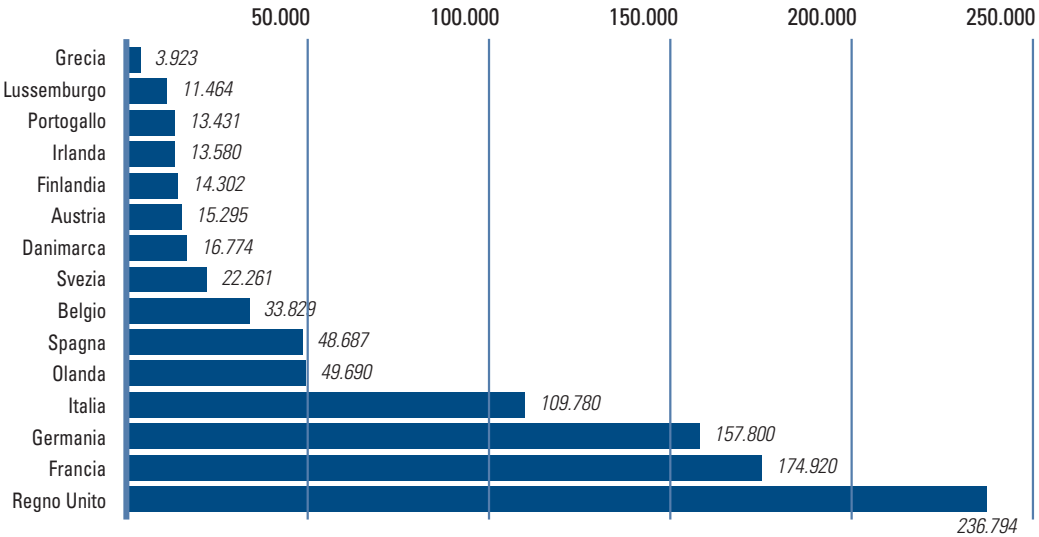
Nel 2005 i premi dell'assicurazione vita sono cresciuti dell'11,6% (+6,8% nel 2004): in forte crescita la raccolta premi del Portogallo (+49,4%) e anche quella del Belgio (+26,7%), del Lussemburgo (+25,3%), dell'Irlanda (+22,8) e dell'Austria (+15,6%); l'Olanda è stato l'unico paese a registrare una raccolta vita in diminuzione dell'1,6% rispetto all'anno precedente.

Nei rami danni i premi sono aumentati nel 2005 del 3,6% rispetto all'anno precedente (stesso valore nel 2004), influenzati in particolar modo dall'andamento positivo della raccolta premi del Lussemburgo (+44,9%), della Svezia (+22,9%), della Finlandia (+7,5%) della Spagna (+7,2%) e dell'Olanda (+5,9%). Negativo è stato invece il contributo alla crescita del mercato danni apportato dall'Irlanda (-5,6% rispetto al 2004).

PREMI DIRETTI NEI PAESI UE15 NEL 2005

TOTALE

Valori in milioni di euro

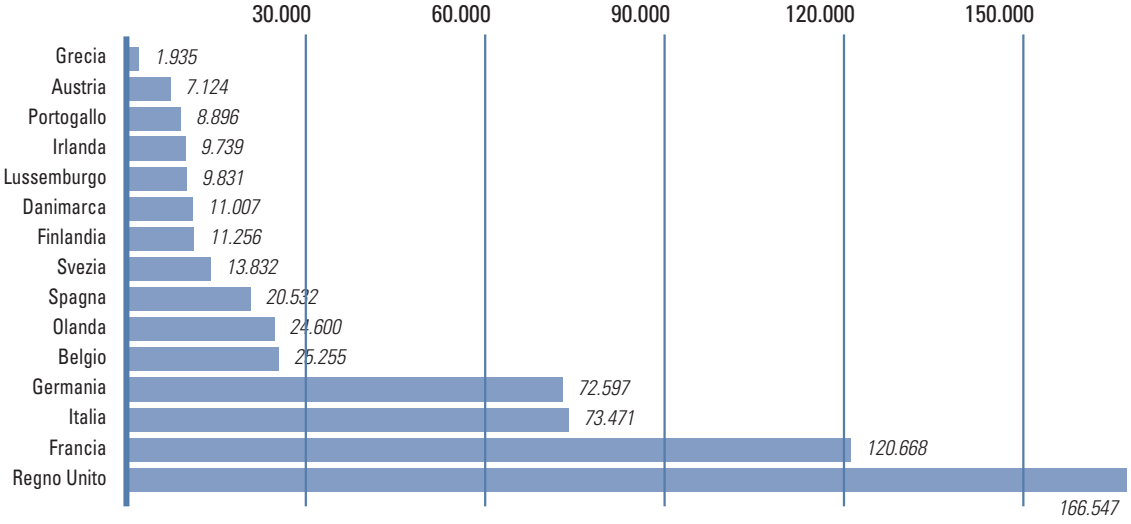


Fonte: CEA

PREMI DIRETTI NEI PAESI UE15 NEL 2005

VITA

Valori in milioni di euro

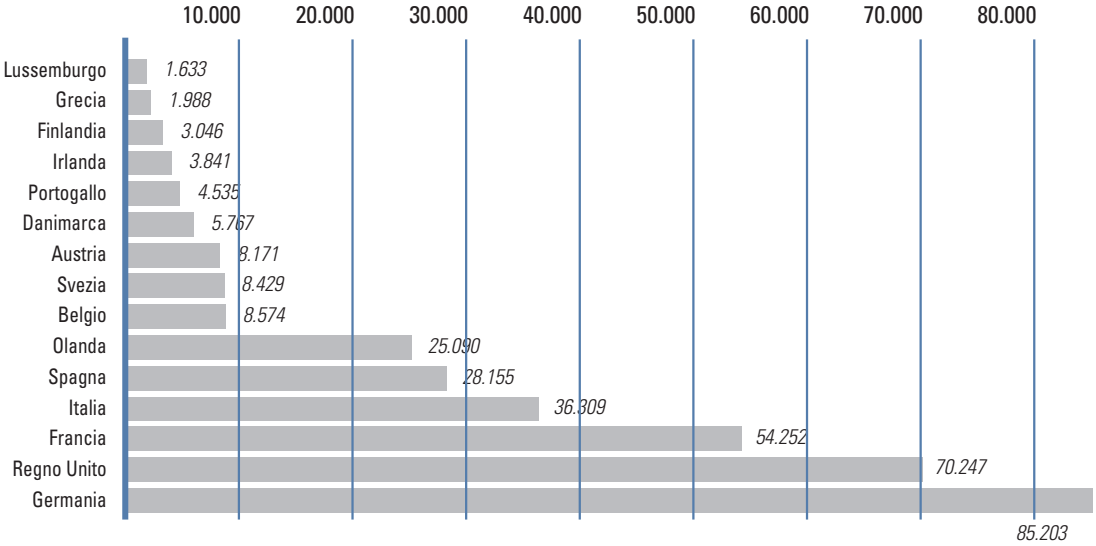


Fonte: CEA

PREMI DIRETTI NEI PAESI UE15 NEL 2005

DANNI

Valori in milioni di euro

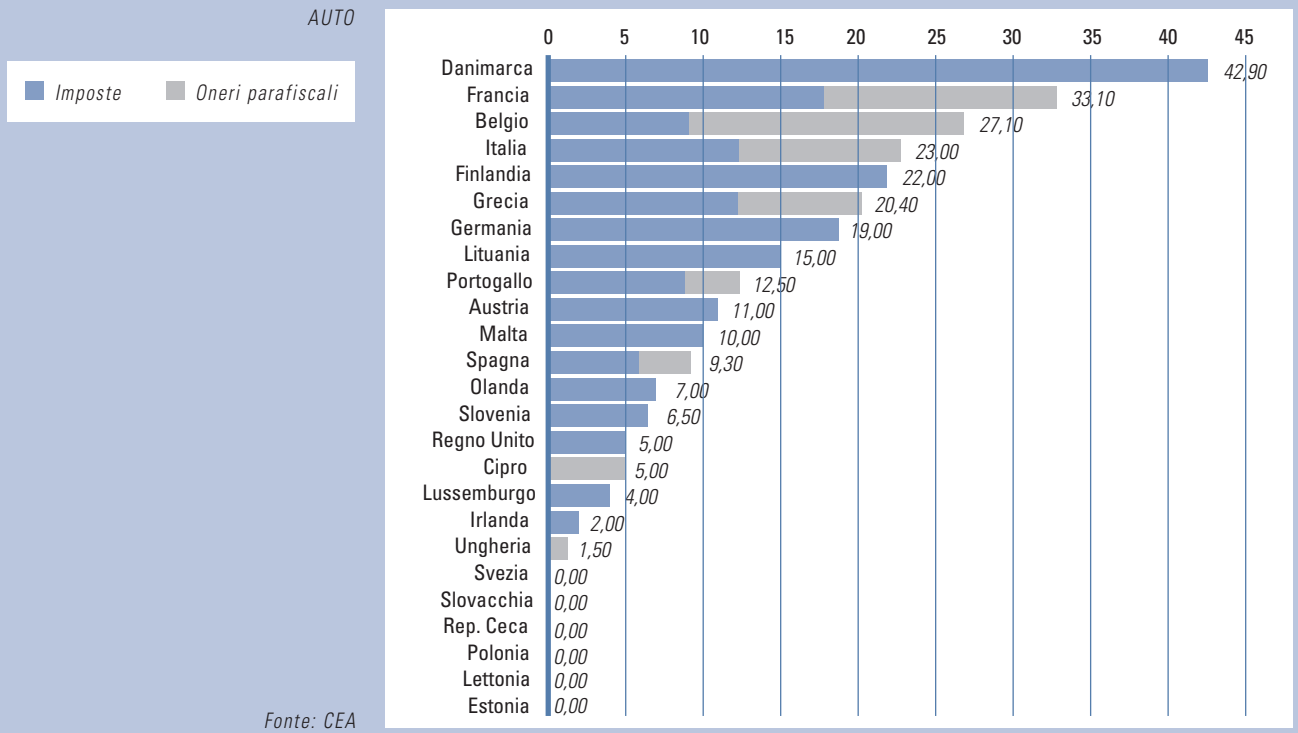


Fonte: CEA

LA TASSAZIONE DEI PREMI NELL'UNIONE EUROPEA

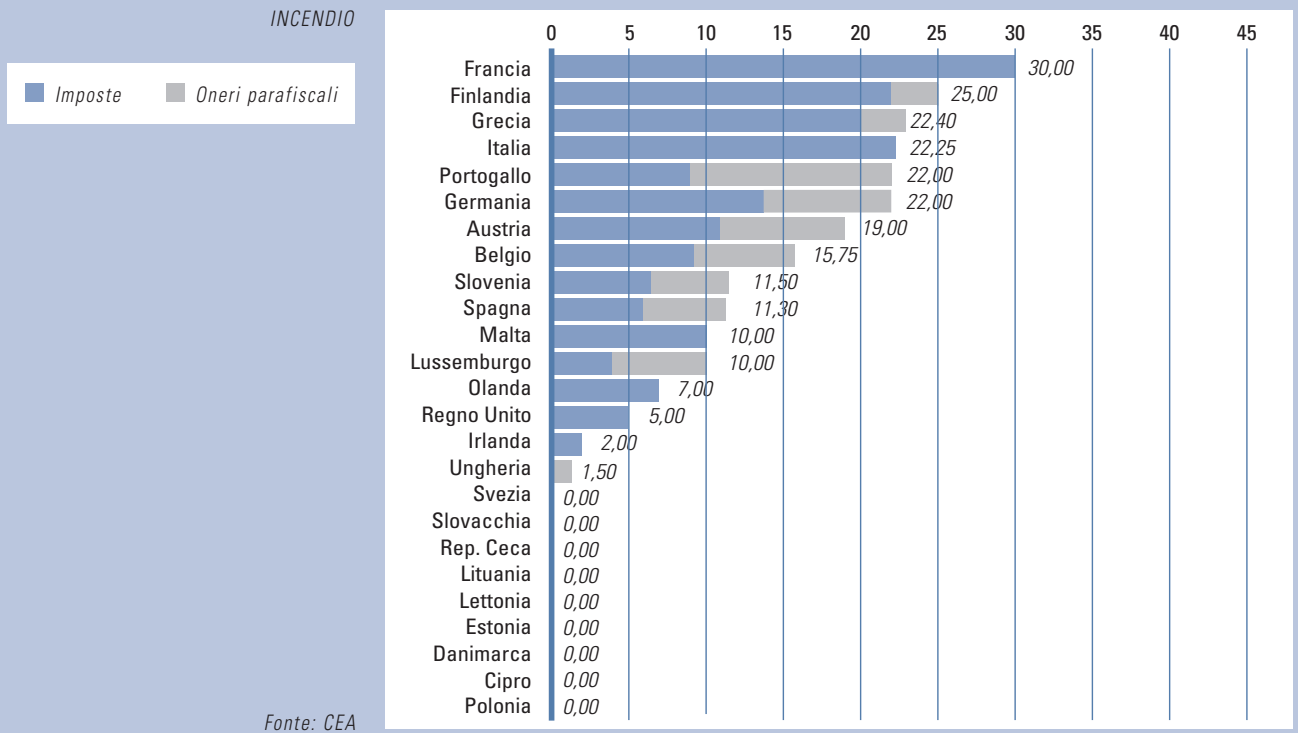
Sembra ormai consolidata la situazione della fiscalità indiretta nel nostro Paese, caratterizzata da una pressione impositiva fra le più elevate.

AUTO

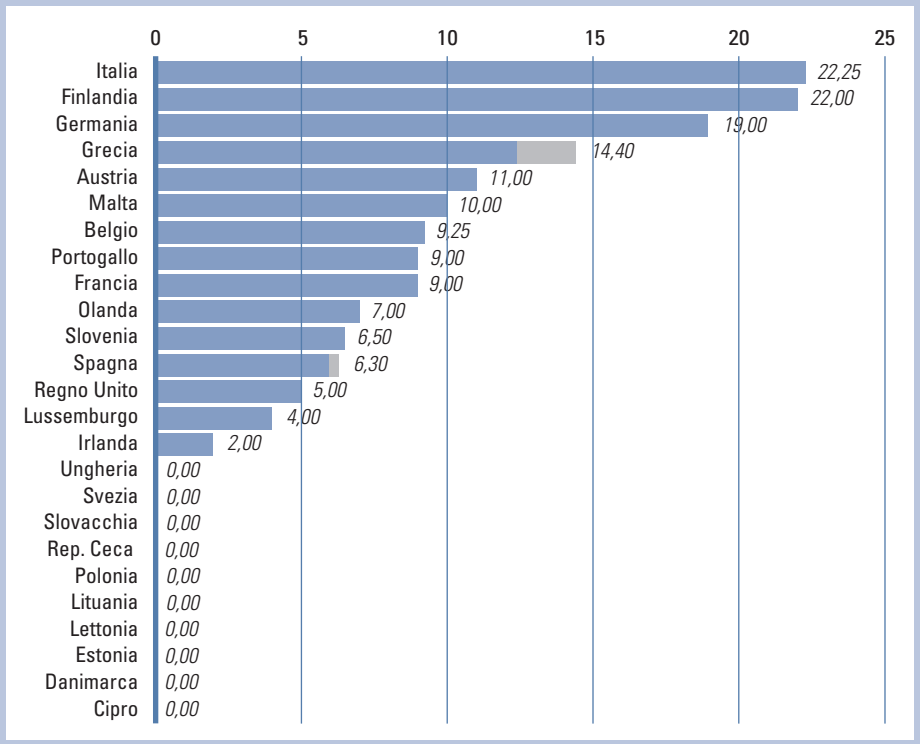


Fonte: CEA

INCENDIO



Fonte: CEA



R.C. GENERALE

Imposte — Oneri parafiscali

Fonte: CEA

LA FISCALITÀ DELL'ASSICURAZIONE VITA NEI PRINCIPALI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA

Nella maggioranza dei paesi europei esistono forme di agevolazione fiscale in relazione alle polizze per l'assicurazione vita a seconda della funzione del contratto, previdenziale o di risparmio a lungo termine.

In generale i premi sono deducibili dal reddito o detraibili in parte dall'imposta personale sul reddito a condizione che il contratto duri un numero prestabilito di anni (in Belgio, Austria e Danimarca dieci anni) o che continui fino alla fine della carriera lavorativa, come avviene in Spagna e Portogallo per le forme di previdenza individuale.

In molti paesi europei i benefici fiscali sui premi riguardano solo alcuni tipi di prodotto, con la tendenza a privilegiare le polizze a più spiccato carattere previdenziale e le assicurazioni di puro rischio.

Le prestazioni erogate godono di un trattamento fiscale favorevole in molti di tali paesi, con differenze a seconda dei tipi di polizza e della durata del contratto.

Nella gran parte dei paesi dell'Unione risulta consolidata la tendenza verso un sistema EET per tutte le tipologie di prodotto. Il sistema è caratterizzato dall'agevolazione in termini di deduzione dall'imponibile o di detrazione dall'imposta per i premi versati nella fase del versamento; dall'esenzione durante la fase dell'accumulazione e dall'assoggettamento a imposta della prestazione erogata.

In **Francia** i contratti stipulati dopo settembre 1996 godono di una detrazione d'imposta pari al 25% dei premi pagati; in precedenza ammessa in ogni caso, ora la detrazione è concessa soltanto se i contratti vengono stipulati a favore di portatori di handicap. Per quanto riguarda i capitali erogati viene tassata la differenza tra l'ammontare corrisposto all'assicurato alla scadenza del contratto e la somma dei premi pagati. Per le polizze stipulate dopo il 1990 è prevista l'opzione tra l'applicazione dell'imposta con le aliquote ordinarie o con una ritenuta alla fonte, pari al 35% se il riscatto della prestazione avviene durante i primi 4 anni di durata, al 15% nei successivi quattro e al 7,5% dopo l'ottavo anno.

Le rendite vitalizie sono soggette all'imposta sul reddito per una quota inversamente proporzionale all'età del contraente al momento della stipula della polizza, quota che varia dal 70% al 30%.

I rendimenti delle polizze vita, al pari degli altri redditi da capitale, sono soggetti a un'aliquota contributiva pari all'11%. Le somme sono prelevate annualmente dalle compagnie di assicurazione dai rendimenti a favore degli assicurati.

Fin dal 1998 esistono regole che esentano dall'imposta sui redditi i rendimenti maturati da determinate categorie di prodotti unit-linked. Inoltre, la legge finanziaria 2005, al fine di favorire il finanziamento delle piccole e medie imprese, ha previsto che l'esenzione venga estesa ai contratti assicurativi di durata minima di 8 anni che investono in quote di OICVM il cui attivo è costituito per almeno il 30% da azioni, per il 10% da investimenti "a rischio" o nel campo dell'innovazione e per il 5% da azioni di società non quotate.

In **Germania** non sono previste agevolazioni per i premi versati per i contratti stipulati a partire dal 2005. Sono completamente esenti da tassazione i capitali erogati in relazione alle polizze a premio periodico della durata di almeno 12 anni stipulate anteriormente al 2005. Per le polizze di durata inferiore o a premio unico l'aliquota è del 25%.

In caso di morte dell'assicurato, il capitale è esente a condizione che il contratto di assicurazione preveda in caso di morte una prestazione pari ad almeno il 60% dei premi pagati.

Per le polizze stipulate a partire dal 2005, le imposte sono calcolate sulla differenza tra capitale erogato e premi versati, con un abbattimento del 50% se il beneficiario ha almeno 60 anni e il contratto ha una durata maggiore o uguale a 12 anni. Le rendite vitalizie sono imponibili per una quota che diminuisce con l'età del beneficiario, da un massimo del 22% fino al 15%.

In **Olanda** è possibile dedurre i premi pagati per i contratti di rendita vitalizia e di capitale con opzione in rendita. Il plafond base è di 2.500 euro per una persona singola, il doppio per una coppia. Inoltre esistono ulteriori deduzioni se il reddito complessivo garantito dalla previdenza pubblica e dagli schemi pensionistici privati e pubblici è inferiore al 70% dell'ultima retribuzione.

I capitali erogati agli assicurati sono tassati come gli altri redditi da capitale, ovvero con un'aliquota del 30%, applicata sul rendimento medio dell'investimento, convenzionalmente individuato nel 4% (corrispondente quindi a un'imposta annua patrimoniale dell'1,2%).

Le rendite vitalizie invece sono soggette alla normale tassazione dei redditi da lavoro.

Nel **Regno Unito** sono previste deduzioni per i premi pagati solo per quanto riguarda determinate polizze a premio periodico emesse fino al 1984 con durata non inferiore ai dieci anni, sottoposte a vincoli sull'ammontare dei premi e delle somme assicurate. I capitali erogati da questo tipo di polizze (*qualified policies*) non sono tassati. Per quanto riguarda gli altri tipi di contratti la differenza tra capitale corrisposto e premi pagati è tassata con un'aliquota del 18%, che corrisponde alla differenza tra l'aliquota sul reddito dell'impresa dell'assicurazione (23%), presso cui vengono tassati i rendimenti, e l'aliquota massima dell'imposta sul reddito delle famiglie (41%). Se l'aliquota marginale dell'assicurato non supera il 23%, i capitali non sono tassati.

Le rendite vitalizie sono tassate per la quota corrispondente al rendimento.

In **Spagna** non sono previste agevolazioni, salvo che per prodotti pensionistici dove la deduzione varia, in funzione dell'età, da 8.000 a 12.500 euro.

Le prestazioni sono equiparate ai rendimenti dei capitali mobiliari e il relativo ammontare viene ridotto in funzione della durata del contratto: il rendimento finanziario viene ridotto del 40%, se sono stati pagati premi per almeno 2 anni; del 75%, se sono stati pagati premi per almeno 5 anni. L'abbattimento del 75% viene comunque previsto per i capitali corrisposti a fronte di contratti aventi durata di almeno 12 anni a condizione che il contratto preveda il pagamento di premi periodici e regolari. La somma imponibile è soggetta a una ritenuta alla fonte del 25%.

Per i contratti stipulati a decorrere dal 2007, è prevista una ritenuta a titolo definitivo del 18% che si applica senza abbattimenti sul reddito derivante dalla polizza.

Le rendite vitalizie sono assoggettate a imposta come redditi di capitale con una ritenuta del 25%, che viene applicata su un ammontare ridotto percentualmente in relazione alla durata del contratto. L'ammontare imponibile delle rendite vitalizie immediate è determinato in base all'età del beneficiario al momento della percezione e varia dal 45% fino al 20% della rendita.

Anche in Spagna sono presenti prodotti con caratteristiche sostanzialmente analoghe a quelle previste nel nostro ordinamento per le rendite vitalizie aventi funzione previdenziale.

UN CONFRONTO INTERNAZIONALE SUI CONTI ECONOMICI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

Il dettaglio sul conto economico e lo stato patrimoniale delle imprese di assicurazione europee e americane riportato nella banca dati ISIS, Bureau Van Dijk, consente di esaminare l'andamento comparato della profittabilità nei settori assicurativi di Stati Uniti, Regno Unito, Francia, Germania, Spagna e Italia. La banca dati raccoglie le informazioni messe a disposizione da Fitch-IBCA su un campione di imprese che rappresentano oltre il 90% del mercato. Il periodo di osservazione va dal 2000 al 2005.

Le imprese che esercitano il ramo danni

Nel 2005 le imprese che esercitano il ramo danni censite da ISIS sono 2.190, di cui 1.542 negli Stati Uniti, 112 nel Regno Unito, 113 in Francia, 237 in Germania, 63 in Italia e 123 in Spagna.

La redditività delle imprese è misurata dal rapporto tra l'utile prima delle tasse e i mezzi patrimoniali, o capitale proprio (definiti come somma del capitale sottoscritto, delle riserve per azioni proprie, delle riserve di perequazione, di altre riserve e del riporto utili).

Secondo questo indicatore sintetico, nel 2005 la profittabilità delle imprese italiane è aumentata: il ROE dell'impresa mediana italiana è stato pari al 16,1% (14,8% nel 2004). Il ROE dell'impresa mediana tedesca è rimasto stabile, assestandosi sul 10,1% (10% nel 2004). Sono aumentati anche gli indici di profittabilità dell'impresa mediana francese: 15,1% nel 2005 (14,9% nel 2004), di quella spagnola: 18,4% nel 2005 (18% nel 2004) e di quella americana: 10,3% nel 2005 (9,4% nel 2004). È invece diminuito l'indice registrato nel Regno Unito: 13,2% nel 2005 (14,9% nel 2004).

È possibile ottenere un'informazione sulla dispersione delle imprese attorno al valore mediano dalla 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 2005 la differenza tra il primo e il terzo quarto della distribuzione delle imprese in Italia è stata piuttosto ampia, 23 punti percentuali, a causa del miglioramento registrato dalle imprese più profittevoli e il peggioramento registrato da quelle meno profittevoli; in Francia la differenza è stata pari a 16 punti, in Germania a 14, nel Regno Unito a 25, negli Stati Uniti a 14 e in Spagna a 26 (figura 1).

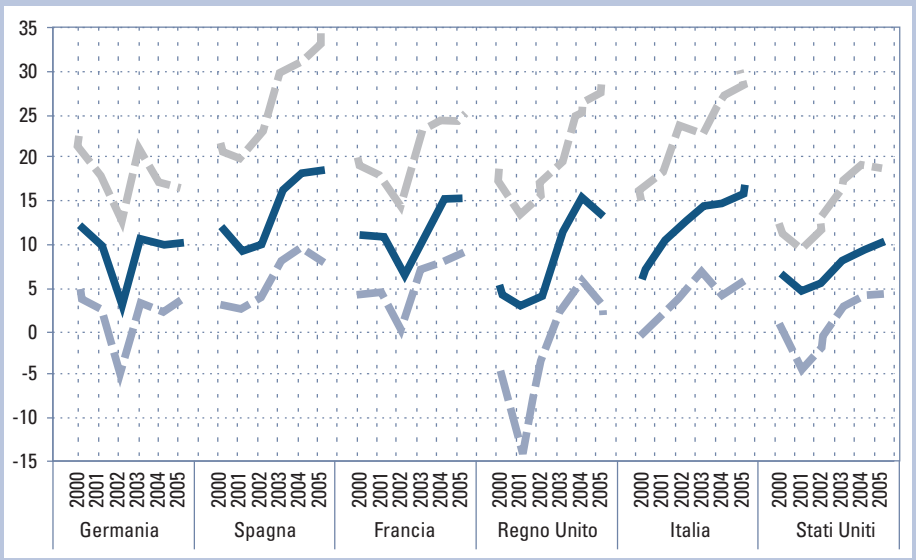


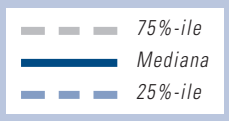
FIGURA 1
RENDIMENTO % DEL CAPITALE PROPRIO – DANNI

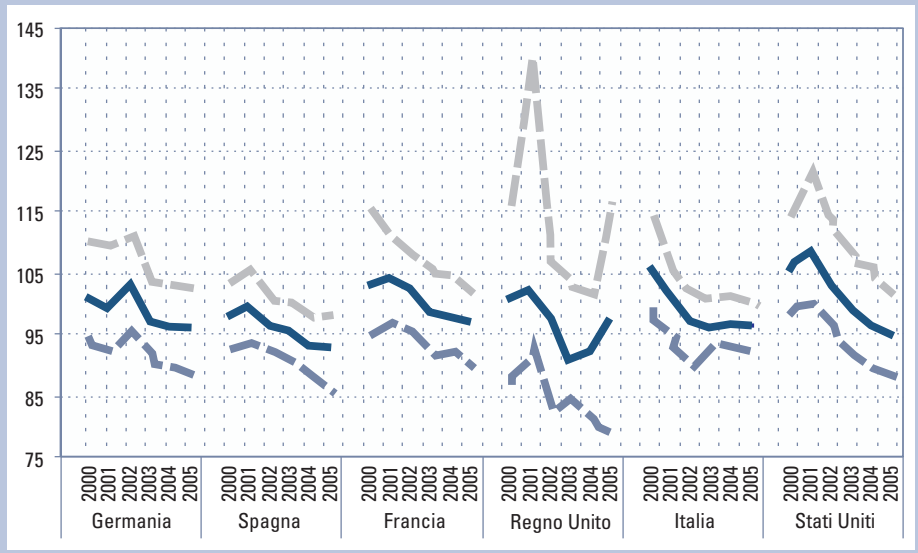
Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

Il principale indicatore tecnico, il *combined ratio*, definito come la somma tra il *loss ratio* e l'*expense ratio* dell'impresa mediana è lievemente diminuito in Italia, passando dal 96,6% nel 2004 al 96,3% nel 2005. Un andamento simile si è registrato in Germania (96,1%, contro 96,7% nel 2004), e in Spagna (92,9% contro 93,1% nel 2004). Si è registrata una diminuzione anche in Francia (dal 98,1% nel 2004 al 97,1% del 2005) e negli Stati Uniti (dal 96,3% nel 2004 al 94,7% nel 2005), mentre si è avuto un aumento nel Regno Unito (dal 92,3% nel 2004 al 97,4% nel 2005). La differenza tra il primo e il terzo quarto del campione di imprese è risultata pari a 8 punti percentuali in Italia, 12 in Francia, 14 in Germania, 37 nel Regno Unito, 14 negli Stati Uniti e 13 in Spagna (figura 2).

Con l'esclusione del Regno Unito, la dinamica del *combined ratio* nel 2005 ha riflettuto essenzialmente l'evoluzione della sinistralità, sintetizzata dal *loss ratio*; l'indicatore nel 2005 è stato pari al 68,9% in Italia, al 76,0% in Francia, al 68,6% in Germania, al 69,4% nel Regno Unito, al 66,0% negli Stati Uniti e al

FIGURA 2
COMBINED RATIO % – DANNI

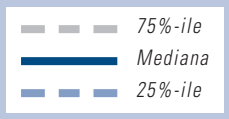


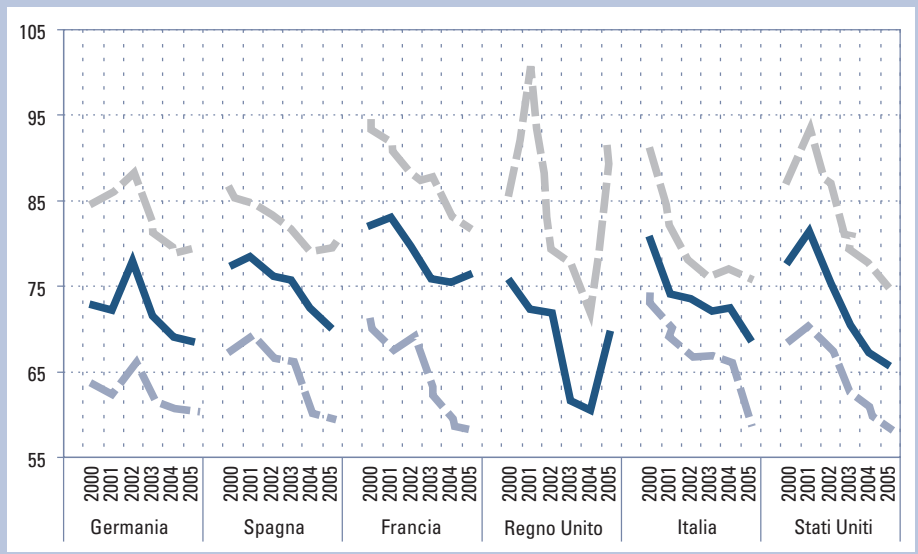


Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

70,1% in Spagna (figura 3). L'*expense ratio* è stato pari nel 2005 al 27,1% in Italia, al 23,9% in Francia, al 26,9% in Germania, al 31,5% nel Regno Unito, al 28,6% negli Stati Uniti e al 20,9% in Spagna (figura 4).

FIGURA 3
LOSS RATIO % – DANNI





Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

Nel 2005, il rendimento degli investimenti dell'impresa mediana, é rimasto sostanzialmente invariato in Italia e negli Stati Uniti dove ha raggiunto rispettivamente il 2,9% e 3,8%. È sceso il rendimento degli attivi delle imprese mediane in Francia e Germania rispettivamente al 3,0% e 3,9% nel 2005 (3,4% e 4,1% nel 2004, rispettivamente). In Spagna e nel Regno Unito si è registrato invece un lieve aumento: rispettivamente al 2,5% (2,2% nel 2004) e al 4,2% (4,0% nel 2004). La concentrazione delle imprese attorno al valore mediano è stata simile in tutti i paesi; in Francia la differenza tra primo e

terzo quarto della popolazione di imprese è stata di 2,3 punti percentuali, in Germania di 1,6, in Italia di 1,3, nel Regno Unito di 1,9, negli Stati Uniti di 1,4 e in Spagna di 2,5 (figura 5).

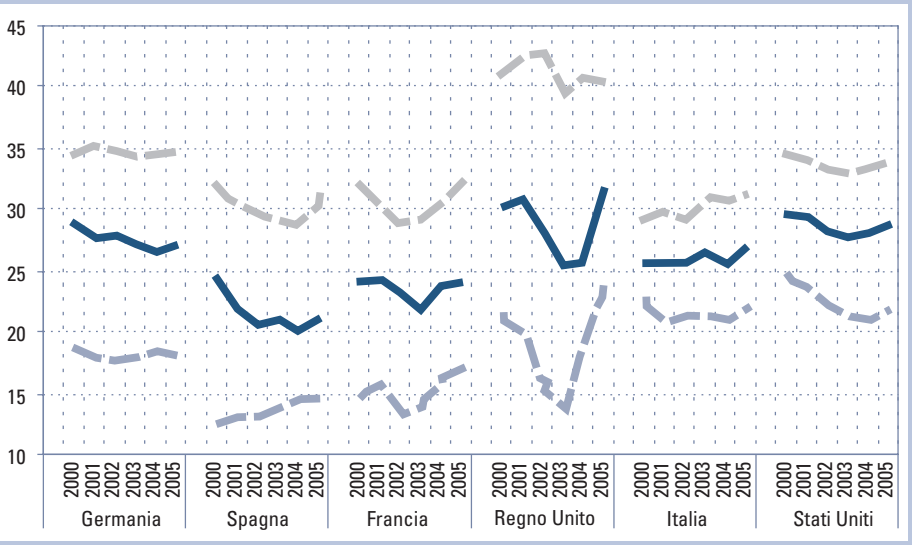


FIGURA 4
EXPENSE RATIO % – DANNI

Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

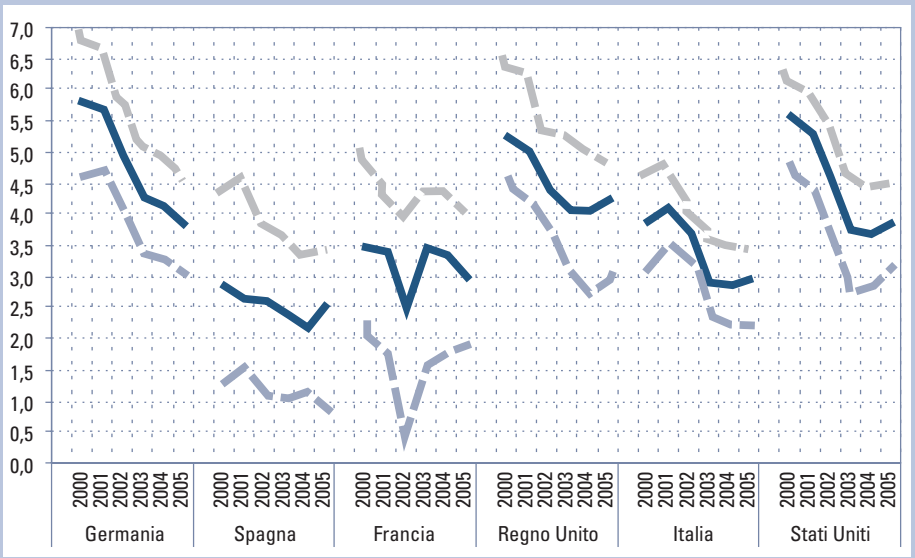


FIGURA 5
RENDIMENTO % DEGLI INVESTIMENTI – DANNI

Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

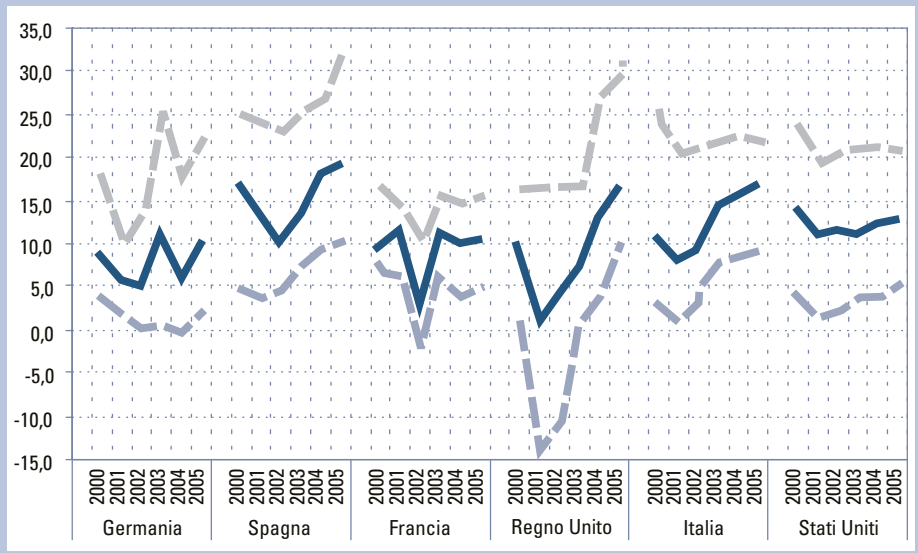
Le imprese che esercitano il ramo vita

Nel 2005 le imprese che esercitano il ramo vita censite da ISIS sono 1.038, di cui 525 negli Stati Uniti, 76 nel Regno Unito, 78 in Francia, 226 in Germania, 65 in Italia e 68 in Spagna.

Nel 2005 è aumentato il rendimento sul capitale proprio dell'impresa mediana italiana che opera nel ramo vita, passando al 16,6% dal 15,7% dell'anno pre-

cedente. Anche la redditività delle imprese mediane in Spagna e Regno Unito è aumentata notevolmente, rispettivamente dal 17,8% al 19% e dal 12,5% al 16,4%. L'indicatore ha segnato un aumento anche per le imprese mediane di Francia e Germania (rispettivamente, dal 10,0% al 10,4% e dal 6,8% al 9,6%). L'andamento invece è stato piuttosto stabile negli Stati Uniti: dal 12,4% nel 2004 al 12,5% nel 2005. La redditività delle imprese è stata molto variabile tra i paesi in esame; ne è conseguita una distribuzione della concentrazione attorno al valore mediano piuttosto ampia: in Italia la differenza tra il primo e il terzo quarto della distribuzione di imprese è stata di 12,7 punti percentuali, in Francia di 10,3, in Germania di 20,0, nel Regno Unito di 21,2, negli Stati Uniti di 16,2 e in Spagna di 21,6 (figura 6).

FIGURA 6
RENDIMENTO % DEL CAPITALE PROPRIO – VITA



Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

Nel 2005 l'*expense ratio* dell'impresa mediana in Italia è stato pari al 7,1%, segnando un lieve aumento rispetto al valore registrato nel 2004 (6,9%); in Francia è risultato pari al 7,6% (8,8% nel 2004), in Germania all'11,1% (14,9%), nel Regno Unito al 17,7% (17,4%), negli Stati Uniti al 26,6% (27,3%) e in Spagna al 10,5% (11,6%). La media e la distribuzione variano notevolmente da paese a paese anche in ragione dell'incidenza del business di tipo linked che generalmente ha un expense ratio inferiore. Nel 2005 la differenza tra primo e terzo quarto della distribuzione delle imprese italiane è stata di 5,1 punti percentuali, in Francia di 10,8, in Germania di 10,3, nel Regno Unito di 21,6, negli Stati Uniti di 22,6 e in Spagna di 11,7 (figura 7).

Il tasso di crescita delle riserve matematiche dell'impresa mediana italiana è stato pari nel 2005 all'11,0%, in riduzione rispetto al 13,3% registrato nel 2004. Una riduzione è stata registrata anche negli Stati Uniti, con un valore pari al 4,1% (5,5% nel 2004). L'aumento è stato invece superiore a quello registrato nel 2004 per le imprese mediane francesi, tedesche, inglesi e spagnole, rispettivamente, pari a 10,8% (10% nel 2004), 10,2% (9,3%), 12,0% (4,5%) e 9,1%

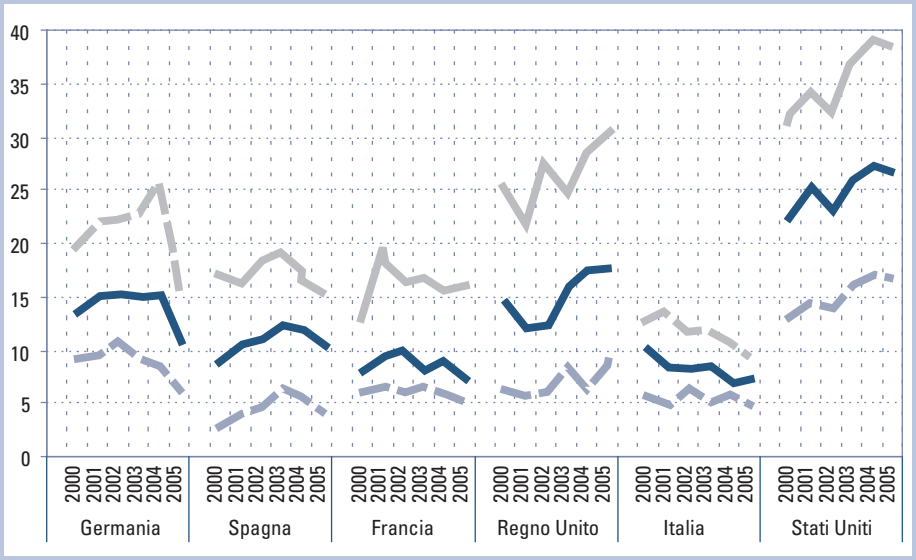


FIGURA 7
EXPENSE RATIO % – VITA

75%-ile
Mediana
25%-ile

Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

(7,7%). Si riduce la dispersione fra le imprese italiane: nel 2005 la differenza tra primo e terzo quarto della distribuzione delle imprese è stata di 14,9 punti percentuali; in Francia di 8,7, in Germania di 27,8, nel Regno Unito di 16,5, negli Stati Uniti di 10,9 e in Spagna di 8,2 (figura 8).

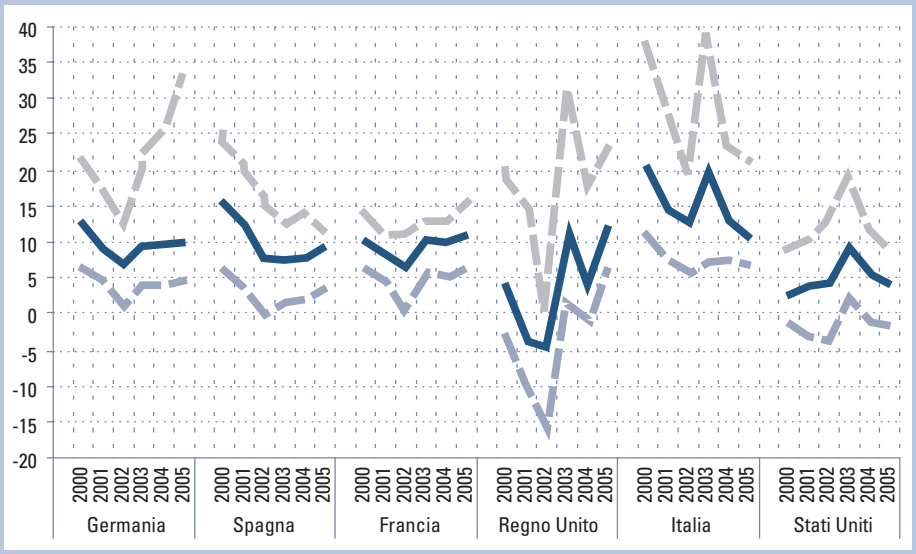


FIGURA 8
VARIAZIONE % RISERVE – VITA

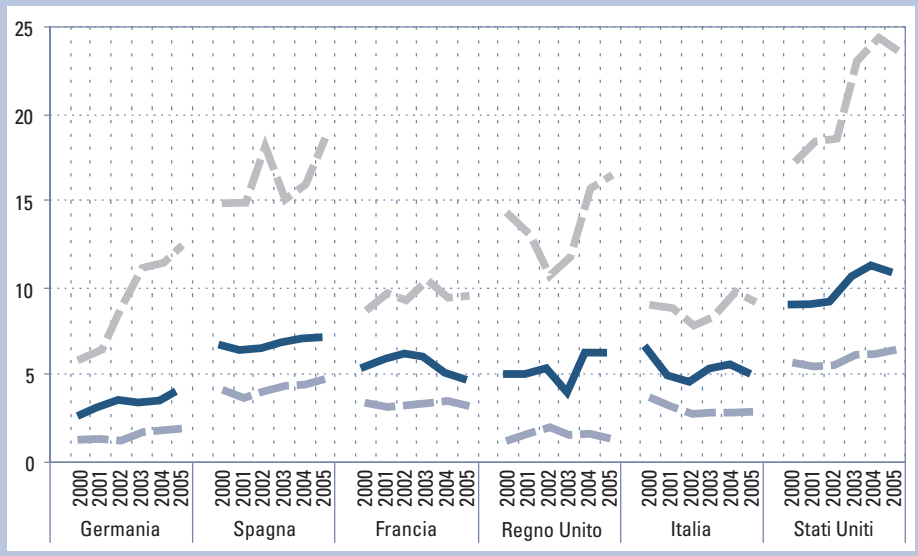
75%-ile
Mediana
25%-ile

Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

È lievemente diminuito il *solvency ratio* dell'impresa mediana in Italia, dal 5,5% nel 2004 al 5,1% nel 2005. In Francia e negli Stati Uniti l'andamento è stato simile: rispettivamente, dal 5,0% nel 2004 al 4,7% nel 2005 e dall'11,2% al 10,9%. In Germania il rapporto è cresciuto dal 3,5% nel 2004 al 3,8% nel 2005. Nel Regno Unito e in Spagna il rapporto è rimasto pressoché invariato: rispettivamente, dal 6,2% nel 2004 al 6,3% nel 2005 e dal 7,1% al 7,2%. Le variazioni, nel complesso di ridotta entità, non hanno praticamente alterato gli indici di concen-

trazione: la differenza tra primo e terzo quarto della distribuzione delle imprese è stata in Italia di 6,3 punti percentuali, in Germania di 10,4, in Francia di 6,5, negli Stati Uniti di 17,0, nel Regno Unito di 15,1 e in Spagna di 13,8 (figura 9).

FIGURA 9
SOLVENCY RATIO % – VITA



Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

LA REDDITIVITÀ DELLE IMPRESE EUROPEE QUOTATE NEL 2006

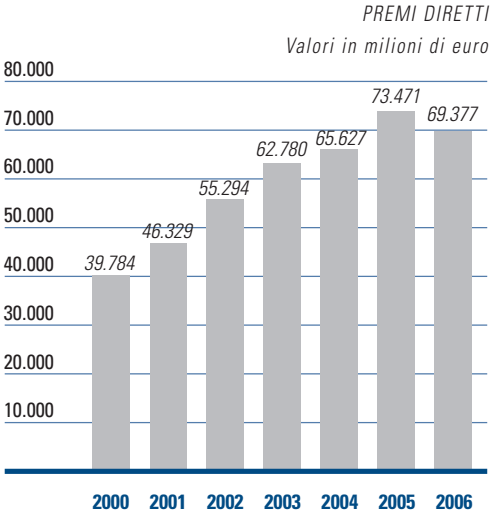
Nel 2006 la profittabilità delle imprese quotate italiane ha registrato una lieve diminuzione: il ROE dell'impresa mediana è sceso dal 16,8% nel 2005 al 15,5% nel 2006. Un andamento simile è stato osservato in Francia (dal 18,9% al 15,7%). Il ROE è invece aumentato in Germania e nel Regno Unito, dove è stato pari, rispettivamente al 19,2% e al 20,0%. Valori superiori sono stati registrati in Olanda, Spagna, Irlanda e nei paesi nordici.

RETURN ON EQUITY
DELLE IMPRESE QUOTATE

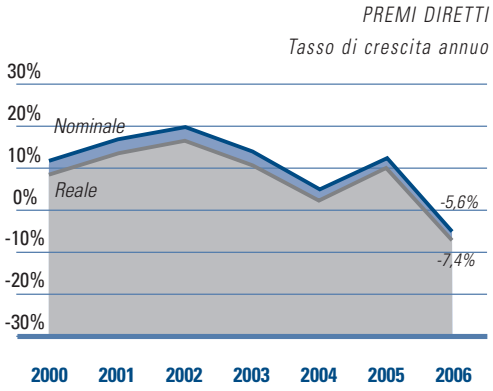
	2002	2003	2004	2005	2006
Danimarca	5,0	13,9	18,1	22,3	35,4
Finlandia	13,5	12,1	25,8	26,6	22,7
Francia	5,9	12,0	11,9	18,9	15,7
Germania	0,7	8,1	8,9	17,0	19,2
Irlanda	12,5	24,9	27,0	26,7	33,3
Italia	6,3	12,3	13,3	16,8	15,5
Olanda	16,5	16,2	18,2	23,9	21,0
Spagna	10,9	15,8	20,9	22,3	23,9
Regno Unito	5,7	11,9	15,9	18,6	20,0

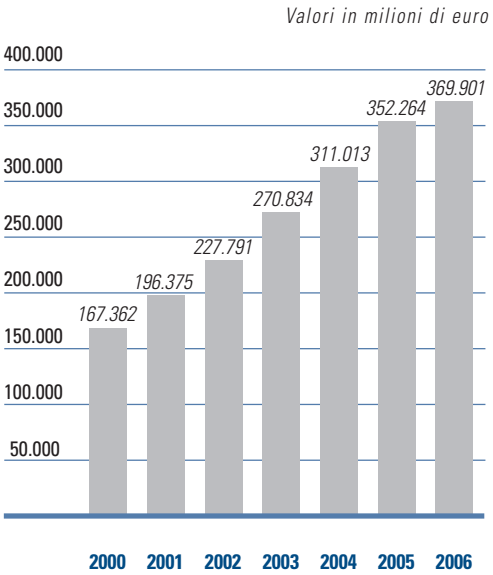
Fonte: elaborazione da dati Thomson Financial, Datastream

Le assicurazioni vita



La raccolta nei rami vita ha registrato nel 2006 una riduzione del 5,6% rispetto al 2005. La dinamica è il risultato del forte calo dei premi relativi al ramo V (-30%), di una contrazione del 3,3% della raccolta di ramo I e di un aumento dei premi delle polizze di tipo linked (+3,8%). La riduzione dei premi e quella dell'utile degli investimenti hanno contribuito a una diminuzione del risultato tecnico complessivo.





IL LAVORO ITALIANO

I **premi del lavoro diretto italiano**, raccolti dalle 89 imprese operanti nei rami vita, sono stati pari a 69.377 milioni di euro e hanno registrato una variazione rispetto al 2005 del -5,6% in termini nominali (+12,0% nel 2005) e del -7,4% in termini reali (+10,1 nel 2005). In termini percentuali, i premi vita rappresentano nel 2006 il 65% del totale (vita e danni), quota di oltre due punti percentuali inferiore a quella registrata nel 2005.

Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, pari a 57.716 milioni di euro, sono aumentate del 32,0%.

Nonostante il calo registrato nella raccolta premi, le **riserve matematiche**, pari a 369.901 milioni di euro, sono aumentate del 5,0%; questa crescita è dovuta da un lato alla rivalutazione dello stock indotta dal buon andamento dei mercati azionari e, dall'altro, da un positivo flusso di raccolta netta.

La variazione delle riserve matematiche e delle riserve tecniche diverse, è stata pari a 18.426 milioni di euro (41.196 nel 2005).

Nel complesso la **raccolta netta**, definita come la differenza tra i premi e le somme pagate e la variazione delle riserve per somme da pagare, è stata pari a 11.661 milioni di euro, in diminuzione rispetto ai 29.761 del 2005. L'incidenza della raccolta netta sulla variazione delle riserve matematiche è stata pari al 63,3% (72,2% nel 2005).

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 4.597 milioni di euro (4.308 nel 2005); l'incidenza sui premi è stata del 6,6% (5,9% nel 2005). La dinamica dipende in

TOTALE RAMI VITA
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Premi contabilizzati	39.784	46.329	55.294	62.780	65.627	73.471	69.377
Oneri relativi ai sinistri (-)	13.574	16.100	21.783	25.453	34.313	43.710	57.716
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	26.693	28.981	31.504	43.257	39.666	41.196	18.426
Saldo delle altre partite tecniche	-5	175	284	427	476	697	675
Spese di gestione (-)	3.398	3.323	3.379	3.745	3.864	4.308	4.597
Utile investimenti	4.688	2.812	1.845	10.661	13.523	17.062	12.168
Risultato del conto tecnico diretto	**802**	**912**	**757**	**1.413**	**1.783**	**2.016**	**1.481**
Saldo della riassicurazione e altre partite	659	480	279	293	249	327	459
Risultato del conto tecnico complessivo	**1.461**	**1.392**	**1.036**	**1.706**	**2.032**	**2.343**	**1.940**
Variazione % annua dei premi	11,8%	16,5%	19,4%	13,5%	4,5%	12,0%	-5,6%
Expense ratio	8,5%	7,2%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	6,6%
Utile investimenti/Riserve tecniche	3,0%	1,5%	0,9%	4,3%	4,6%	5,1%	3,5%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**2,0%**	**2,0%**	**1,4%**	**2,3%**	**2,7%**	**2,7%**	**2,1%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**3,7%**	**3,0%**	**1,9%**	**2,7%**	**3,1%**	**3,2%**	**2,8%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**0,95%**	**0,77%**	**0,49%**	**0,68%**	**0,70%**	**0,71%**	**0,55%**

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base di dati espressi in migliaia di euro

misura importante dalla forte riduzione del volume premi del ramo V, caratterizzato da una più contenuta incidenza percentuale delle spese.

Considerati gli utili degli investimenti, pari a 12.168 milioni di euro contro 17.062 nel 2005, il **risultato del conto tecnico del lavoro diretto** è stato positivo per 1.481 milioni di euro (2.016 nel 2005). L'incidenza sui premi è scesa dal 2,7% del 2005 al 2,1% nel 2006.

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato positivo per 459 milioni di euro (327 nel 2005).

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato pari a 1.940 milioni di euro (2.343 nel 2005). Sono diminuite sia l'incidenza sui premi (dal 3,2% nel 2005 al 2,8% nel 2006) sia quella sulle riserve tecniche (dallo 0,71% allo 0,55%).

I SINGOLI RAMI VITA

Ramo I - Assicurazioni sulla durata della vita umana

I **premi diretti del lavoro italiano,** raccolti dalle 87 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 32.753 milioni di euro; la diminuzione rispetto al 2005 è stata del 3,3%. L'incidenza dei premi del ramo sul totale dei premi vita è salita dal 46,1% del 2005 al 47,2% del 2006.

Le assicurazioni vita

Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, hanno raggiunto i 23.034 milioni di euro (+26,2% rispetto al 2005).

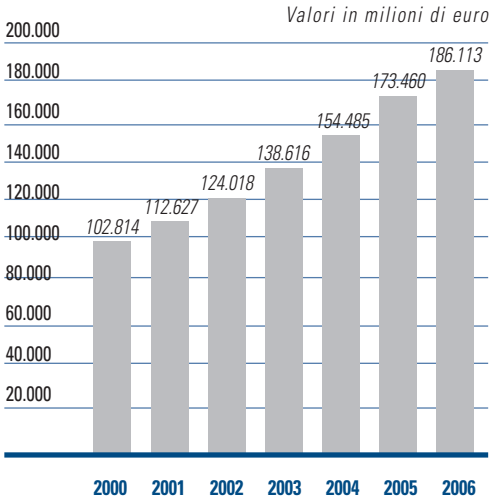
La **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse, pari a 12.746 milioni di euro, è diminuita del 31,5%; tale diminuzione è in linea con la crescita delle somme pagate, conseguenza principale del sopraggiungere a scadenza di un numero significativo di polizze sottoscritte in anni passati.

RAMO I - VITA UMANA
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Premi contabilizzati	15.967	19.413	23.991	27.788	30.101	33.871	32.753
Oneri relativi ai sinistri (-)	9.686	11.254	13.660	14.839	16.761	18.253	23.034
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	8.680	9.806	12.233	14.737	15.692	18.610	12.746
Saldo delle altre partite tecniche	-66	-81	-109	-96	-88	-41	-71
Spese di gestione (-)	2.019	1.791	1.770	1.941	2.048	2.365	2.641
Utile investimenti	5.403	4.801	4.399	5.350	5.950	6.458	6.611
Risultato del conto tecnico diretto	**919**	**1.282**	**618**	**1.525**	**1.462**	**1.060**	**872**
Saldo della riassicurazione e altre partite	642	407	293	292	247	371	446
Risultato del conto tecnico complessivo	**1.561**	**1.689**	**911**	**1.817**	**1.709**	**1.431**	**1.318**
Variazione % annua dei premi	-9,3%	21,6%	23,6%	15,8%	8,3%	12,5%	-3,3%
Expense ratio	12,6%	9,2%	7,4%	7,0%	6,8%	7,0%	8,1%
Utile investimenti/Riserve tecniche	5,5%	4,5%	3,7%	4,1%	4,1%	3,9%	3,8%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**5,8%**	**6,6%**	**2,6%**	**5,5%**	**4,9%**	**3,1%**	**2,7%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**9,8%**	**8,7%**	**3,8%**	**6,5%**	**5,7%**	**4,2%**	**4,0%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**1,57%**	**1,57%**	**0,77%**	**1,38%**	**1,17%**	**0,87%**	**0,75%**
Incidenza dei premi sul totale dei rami vita	*40,1%*	*41,9%*	*43,4%*	*44,3%*	*45,9%*	*46,1%*	*47,2%*

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base di dati espressi in migliaia di euro

RISERVE TECNICHE - RAMO I - VITA UMANA
Valori in milioni di euro



Nel complesso la **raccolta netta**, definita come la differenza tra i premi e le somme pagate e la variazione delle riserve per somme da pagare, è stata pari 9.719 milioni di euro, in diminuzione rispetto ai 15.618 del 2005. L'incidenza della raccolta netta sulla variazione delle riserve matematiche è stata pari al 76,3% (83,9% nel 2005).

Le **spese di gestione** sono state pari a 2.641 milioni di euro (2.365 nel 2005). L'incidenza sui premi è salita dal 7,0% nel 2005 all'8,1% nel 2006.

Considerati gli utili degli investimenti, pari a 6.611 milioni di euro contro 6.458 nel 2005, **il risultato del conto tecnico diretto** è stato positivo per 872 milioni di euro (1.060 nel 2005). In rapporto ai premi, tale risultato è lievemente sceso al 2,7% dal 3,1% del 2005.

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato positivo per 446 milioni di euro.

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato pari a 1.318 milioni di euro, in lieve calo rispetto a 1.431 nel 2005. L'incidenza sui premi è sostanzialmente stabile rispetto al 2005 e pari al 4,0%; quella sulle riserve tecniche è invece scesa dallo 0,87% allo 0,75%, per effetto di una crescita dello stock di riserve pari al 7,3%.

RAMO III - FONDI DI INVESTIMENTO
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Premi contabilizzati	22.214	23.613	24.559	26.488	24.756	26.389	27.385
Oneri relativi ai sinistri (-)	2.421	3.098	5.562	7.590	13.370	20.797	25.179
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	17.485	16.670	14.233	22.145	16.146	12.634	4.173
Saldo delle altre partite tecniche	72	267	341	548	589	757	741
Spese di gestione (-)	1.282	1.394	1.378	1.578	1.614	1.706	1.746
Utile investimenti	-1.335	-2.576	-3.318	4.156	5.993	8.781	3.770
Risultato del conto tecnico diretto	**-237**	**142**	**409**	**-121**	**207**	**790**	**798**
Saldo della riassicurazione e altre partite	4	61	-19	-5	5	-45	17
Risultato del conto tecnico complessivo	**-233**	**203**	**390**	**-126**	**212**	**745**	**815**
Variazione % annua dei premi	47,9%	6,3%	4,0%	7,9%	-6,5%	6,6%	3,8%
Expense ratio	5,8%	5,9%	5,6%	6,0%	6,5%	6,5%	6,4%
Utile investimenti/Riserve tecniche	-3,3%	-4,4%	-4,5%	4,5%	5,4%	7,0%	2,9%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**-1,1%**	**0,6%**	**1,7%**	**-0,5%**	**0,8%**	**3,0%**	**2,9%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**-1,0%**	**0,9%**	**1,6%**	**-0,5%**	**0,9%**	**2,8%**	**3,0%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**-0,57%**	**0,35%**	**0,53%**	**-0,14%**	**0,19%**	**0,59%**	**0,62%**
Incidenza dei premi sul totale dei rami vita	*55,8%*	*51,0%*	*44,4%*	*42,2%*	*37,7%*	*35,9%*	*39,5%*

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base di dati espressi in migliaia di euro

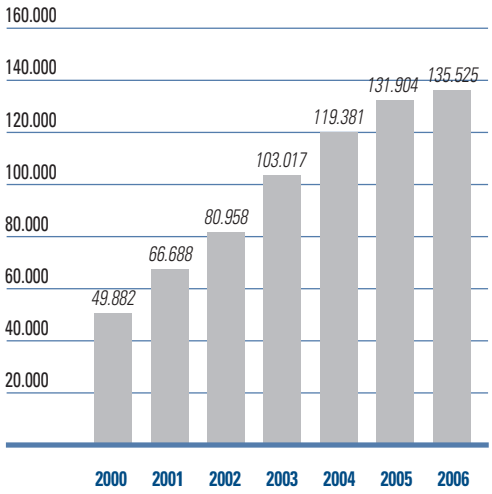
Ramo III - Assicurazioni sulla vita connesse con fondi di investimento o indici

I **premi diretti del lavoro italiano,** raccolti dalle 78 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 27.385 milioni di euro (3,8% in più rispetto al 2005). L'incidenza dei premi di questo ramo sul totale dei premi vita è salita dal 35,9% nel 2005 al 39,5% nel 2006.

Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, pari a 25.179 milioni di euro, hanno registrato un incremento sensibile rispetto al 2005 (21,1%), in connessione con il sopraggiungere a scadenza di molti contratti che erano stati stipulati alla fine degli anni novanta.

La **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse è fortemente diminuita rispetto al 2005 (-67,0%), per un importo di 4.173 milioni di euro. Ciò è spiegabile, da un lato, con la crescita dell'onere per sinistri e, dall'altro dalle perdite in conto capitale sui portafogli obbligazionari. Lo stock di riserve è aumentato del 3%, in linea con lo sviluppo della raccolta premi.

RISERVE TECNICHE - RAMO III - POLIZZE LINKED
Valori in milioni di euro



Le assicurazioni vita

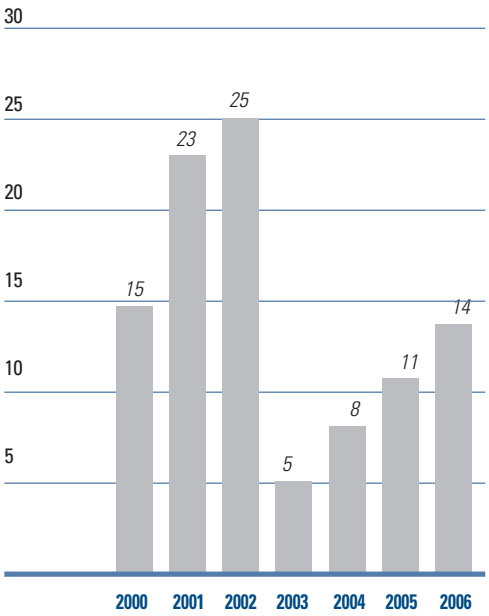
Nel complesso la **raccolta netta**, definita come la differenza tra i premi e le somme pagate e la variazione delle riserve per somme da pagare, è stata pari 2.206 milioni di euro, in diminuzione rispetto ai 5.592 del 2005. L'incidenza della raccolta netta sulla variazione delle riserve matematiche è stata pari al 52,9% (44,3% nel 2005).

RAMO IV - MALATTIA
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Premi contabilizzati	8	12	10	17	18	24	23
Oneri relativi ai sinistri (-)	2	3	3	7	9	12	7
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	4	8	4	2	2	2	3
Saldo delle altre partite tecniche	-1	0	1	0	0	-2	0
Spese di gestione (-)	0	0	0	4	2	3	3
Utile investimenti	1	1	1	0	0	1	0
Risultato del conto tecnico diretto	**2**	**2**	**5**	**4**	**5**	**6**	**10**
Saldo della riassicurazione e altre partite	1	0	-2	-5	-4	-5	-9
Risultato del conto tecnico complessivo	**3**	**2**	**3**	**-1**	**1**	**1**	**1**
Variazione % annua dei premi	36,1%	46,8%	-10,3%	61,3%	9,2%	28,9%	-2,4%
Expense ratio	3,6%	3,3%	2,3%	21,8%	11,6%	12,5%	12,3%
Utile investimenti/Riserve tecniche	5,9%	6,0%	5,9%	1,4%	3,9%	5,6%	2,8%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**21,4%**	**14,8%**	**44,2%**	**24,2%**	**27,7%**	**23,6%**	**44,0%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**34,1%**	**20,6%**	**28,9%**	**-6,2%**	**3,5%**	**6,0%**	**3,6%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**21,6%**	**12,71%**	**12,48%**	**-6,93%**	**9,67%**	**14,93%**	**7,14%**
Incidenza dei premi sul totale dei rami vita	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base di dati espressi in migliaia di euro

RISERVE TECNICHE - RAMO IV - MALATTIA
Valori in milioni di euro



Le **spese di gestione** sono state pari a 1.746 milioni di euro (1.706 nel 2005). L'incidenza sui premi è stata del 6,4%, sostanzialmente invariata rispetto a quella del 2005.

Tenuto conto della sensibile contrazione degli utili da investimenti (pari a 3.770 milioni di euro da 8.781 milioni del 2005), il **risultato del conto tecnico diretto** è stato comunque positivo per 798 milioni di euro, in linea con il valore del 2005. L'incidenza sui premi è rimasta sostanzialmente stabile e pari al 2,9%.

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato positivo per 17 milioni di euro.

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 815 milioni di euro (745 nel 2005). Sia l'incidenza sui premi (pari al 3,0%) che quella sulle riserve tecniche (pari a 0,62%), risultano essere tra i valori più elevati degli ultimi anni.

Ramo IV - Assicurazioni malattia a lungo termine

I **premi diretti del lavoro italiano,** raccolti dalle 30 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 23 milioni di euro (-2,4% rispetto al 2005).

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 1 milione di euro come nel 2005. L'incidenza sui premi è stata del 3,6% (6,0% nel 2005).

Ramo V - Operazioni di capitalizzazione

I **premi diretti del lavoro italiano,** raccolti dalle 78 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 8.931 milioni di euro in forte contrazione (-29,6% rispetto al 2005). L'incidenza dei premi di questo ramo sul totale dei premi è conseguentemente passata dal 17,3% del 2005 al 12,9% del 2006.

RAMO V - CAPITALIZZAZIONE
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Premi contabilizzati	1.503	3.201	6.610	8.360	10.554	12.692	8.931
Oneri relativi ai sinistri (-)	1.463	1.739	2.551	3.003	4.149	4.615	9.432
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	435	2.421	4.951	6.243	7.631	9.418	1.237
Saldo delle altre partite tecniche	-12	-13	52	-26	-29	-20	-3
Spese di gestione (-)	91	131	224	215	190	223	189
Utile investimenti	621	594	792	1.136	1.558	1.751	1.740
Risultato del conto tecnico diretto	**123**	**-509**	**-272**	**9**	**113**	**167**	**-190**
Saldo della riassicurazione e altre partite	12	11	7	11	1	5	5
Risultato del conto tecnico complessivo	**135**	**-498**	**-265**	**20**	**114**	**172**	**-185**
Variazione % annua dei premi	-48,5%	113,0%	106,5%	26,5%	26,2%	20,3%	-29,6%
Expense ratio	6,0%	4,1%	3,4%	2,6%	1,8%	1,8%	2,1%
Utile investimenti/Riserve tecniche	4,4%	3,8%	4,0%	4,4%	4,8%	4,3%	4,0%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**8,2%**	**-15,9%**	**-4,1%**	**0,1%**	**1,1%**	**1,3%**	**-2,1%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**9,0%**	**-15,6%**	**-4,0%**	**0,2%**	**1,1%**	**1,4%**	**-2,1%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**0,95%**	**-3,18%**	**-1,35%**	**0,08%**	**0,35%**	**0,42%**	**-0,42%**
Incidenza dei premi sul totale dei rami vita	*3,8%*	*6,9%*	*12,0%*	*13,3%*	*16,1%*	*17,3%*	*12,9%*

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base di dati espressi in migliaia di euro

Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, hanno raggiunto i 9.432 milioni di euro (4.615 nel 2005).

La **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse è stata di 1.237 milioni di euro (9.418 nel 2005).

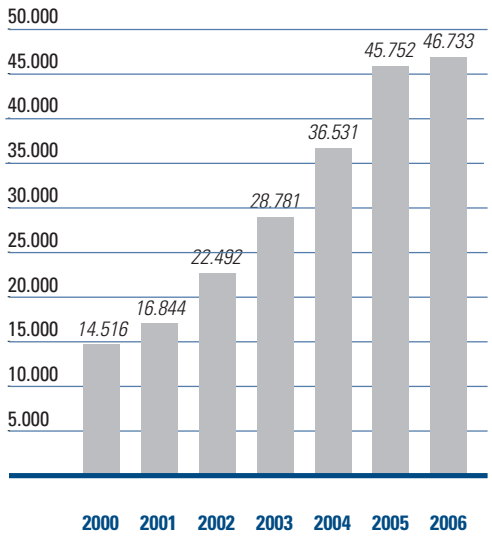
Le **spese di gestione** sono state pari a 189 milioni di euro (223 nel 2005); l'incidenza sui premi è passata dall'1,8% del 2005 al 2,1% del 2006.

Considerati gli utili degli investimenti, pari a 1.740 milioni di euro, il **risultato del conto tecnico diretto** è stato negativo per 190 milioni di euro (167 nel 2005).

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato positivo per 5 milioni di euro.

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato negativo e pari a -185 milioni di euro (172 nel 2005).

RISERVE TECNICHE - RAMO V - CAPITALIZZAZIONE
Valori in milioni di euro

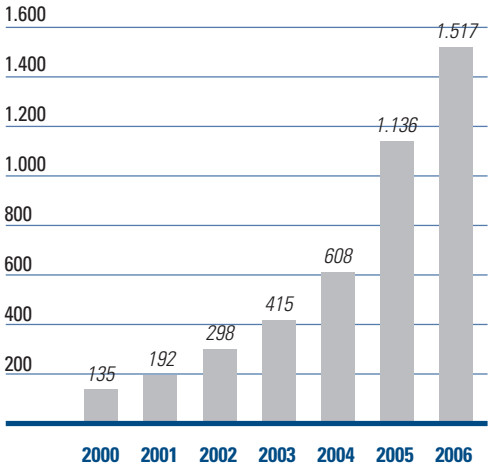


RAMO VI - FONDI PENSIONE
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Premi contabilizzati	93	91	124	128	198	495	285
Oneri relativi ai sinistri (-)	2	7	8	15	24	33	64
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	89	76	85	131	194	532	267
Saldo delle altre partite tecniche	1	1	2	3	3	4	7
Spese di gestione (-)	6	6	7	8	10	11	17
Utile investimenti	-2	-7	-30	19	23	71	47
Risultato del conto tecnico diretto	**-5**	**-4**	**-4**	**-4**	**-4**	**-6**	**-9**
Saldo della riassicurazione e altre partite	0	0	0	0	0	0	0
Risultato del conto tecnico complessivo	**-5**	**-4**	**-4**	**-4**	**-4**	**-6**	**-9**
Variazione % annua dei premi	108,4%	-2,6%	36,6%	3,4%	54,4%	150,4%	-42,4%
Expense ratio	6,6%	7,0%	5,8%	6,4%	5,0%	2,3%	6,0%
Utile investimenti/Riserve tecniche	-1,8%	-4,5%	-12,1%	5,2%	4,4%	8,2%	3,9%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**-5,1%**	**-4,7%**	**-3,1%**	**-3,3%**	**-2,0%**	**-1,2%**	**-3,2%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**-5,1%**	**-4,9%**	**-3,2%**	**-3,3%**	**-2,0%**	**-1,2%**	**-3,2%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**-5,36%**	**-2,72%**	**-1,60%**	**-1,20%**	**-0,79%**	**-0,66%**	**-0,76%**
Incidenza dei premi sul totale dei rami vita	*0,2%*	*0,2%*	*0,2%*	*0,2%*	*0,3%*	*0,7%*	*0,4%*

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base di dati espressi in migliaia di euro

RISERVE TECNICHE - RAMO VI - FONDI PENSIONE
Valori in milioni di euro



Ramo VI - Gestione di fondi pensione

I **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 38 imprese operanti nel ramo sono stati pari a 285 milioni di euro, valore inferiore a quello del 2005 (495 milioni di euro).

La riduzione osservata nel 2006 (-42,4%) è dovuta al fatto che nel 2005 primarie compagnie di assicurazione avevano ricevuto in gestione l'intera attività di alcuni comparti di fondi negoziali di rilevanti dimensioni e pertanto la crescita complessiva del ramo era stata pari al 150%. Nel 2006 pur continuando le contribuzioni degli aderenti a tali fondi, il settore non ha registrato altri trasferimenti di simile portata.

Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, sono state pari a 64 milioni di euro (33 nel 2005).

La **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse è stata di 267 milioni di euro, con una diminuzione di circa il 50%.

Le **spese di gestione** sono state pari a 17 milioni di euro (11 nel 2005). L'incidenza sui premi è stata del 6,0% (2,3% nel 2005).

Considerati gli utili degli investimenti, pari a 47 milioni di euro, il **risultato del conto tecnico diretto** è stato negativo per 9 milioni di euro (-6 nel 2005).

Anche il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato negativo per 9 milioni di euro (-6 nel 2005).

UN'ANALISI DISAGGREGATA PER IMPRESE E RAMI DELL'ANDAMENTO DEI PREMI NEL 2006

Nel 2006 la dinamica della raccolta dei rami vita è il risultato di andamenti assai differenti, sia a livello di imprese sia di singoli rami.

Considerando il tasso di crescita dei premi nel 2006 delle singole imprese, il valore mediano di tali tassi è stato pari a -0,7% (figura 1), un valore nettamente inferiore a quello della raccolta complessiva (-5,6%). Il calo è infatti concentrato in alcune imprese di grandi dimensioni, interessate da operazioni di ristrutturazione societaria, la cui quota complessiva di mercato è stata pari nel 2006 al 16,7%, e che hanno registrato una riduzione della raccolta premi del 26,2%.

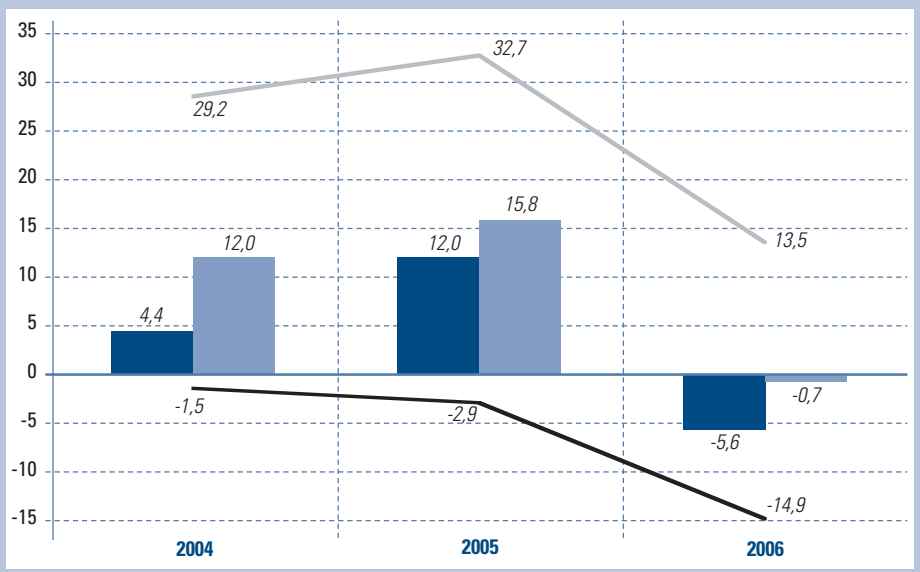
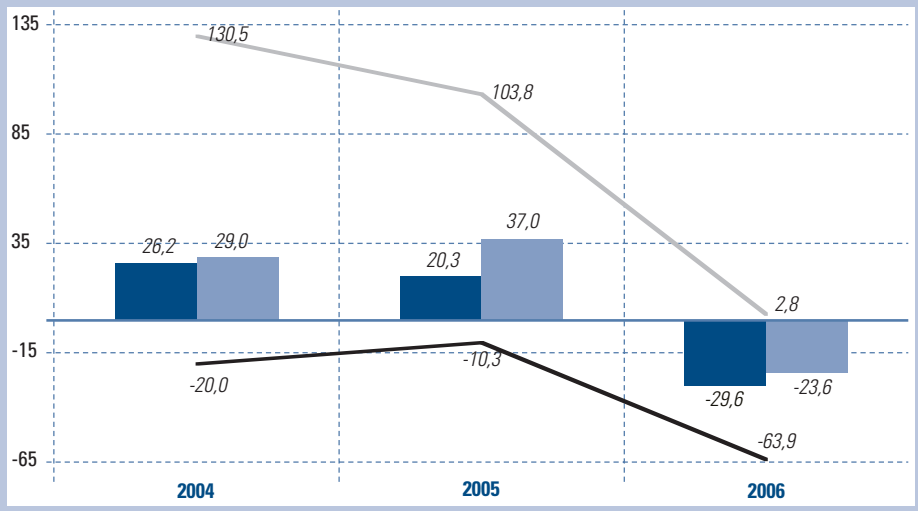


FIGURA 1
TASSO DI VARIAZIONE DELLA RACCOLTA PREMI NEL TOTALE RAMI VITA – VARIAZIONI %

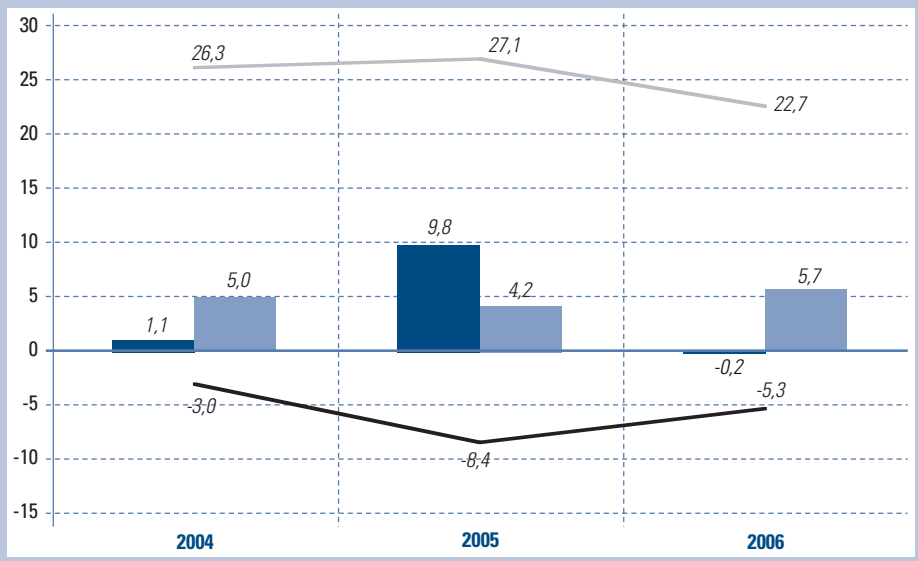
La contrazione dei premi è stata molto forte nel ramo V (-29,6%), dopo anni di crescita molto sostenuta. Per questo ramo, il valore mediano dei tassi di crescita delle diverse imprese è stato pari a -23,6%, valore simile alla media del

FIGURA 2
TASSO DI VARIAZIONE DELLA RACCOLTA PREMI
RAMO V – VARIAZIONI %



mercato (figura 2). La contrazione dei premi è spiegata essenzialmente dal rialzo dei tassi a breve termine che ha reso meno conveniente l'investimento in questo tipo di prodotto.

FIGURA 3
TASSO DI VARIAZIONE DELLA RACCOLTA PREMI
RAMI I E III – VARIAZIONI %



Infine, considerando l'aggregato composto dai rami I e III (che rappresenta nel 2006 l'87% del totale dei premi vita), si nota che il valore mediano dei tassi di crescita delle imprese è pari al 5,7%. Si tratta di un valore in linea con quello dell'anno precedente, quando l'aumento dei premi era stato molto più forte per le imprese di grandi dimensioni e molto simile al tasso di crescita dell'aggregato ottenuto escludendo dal calcolo le menzionate imprese interessate da ristrutturazioni (6,2%).

Si può concludere quindi che la contrazione della raccolta premi è stato il risultato del calo di interesse per le polizze di ramo V e delle politiche di offerta di alcune grandi imprese.

LA DISCIPLINA DEI "PRODOTTI FINANZIARI EMESSI DALLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE"

Il d.lgs. 24 febbraio 1998, n. 58, recante il testo unico delle disposizioni in materia di intermediazione finanziaria" (TUF), recava sin dall'origine, oltre alla definizione di "strumenti finanziari", anche quella di "prodotti finanziari". Quest'ultima ricomprendeva non soltanto gli "strumenti finanziari", ma anche "ogni altra forma di investimento di natura finanziaria" e riguardava, quindi, sostanzialmente anche i prodotti finanziari emessi dalle imprese di assicurazione.

A norma della lett. f) del comma 1 dell'art. 100 del TUF, la disciplina in materia di "sollecitazione al pubblico risparmio" (definita oggi – a seguito del recepimento della direttiva sui prospetti informativi – "offerta al pubblico") non si applicava ai prodotti assicurativi.

Allo stesso modo, l'art. 30, comma 9, del TUF dichiarava inapplicabile ai prodotti assicurativi la disciplina dell'offerta fuori sede e, quindi, l'obbligo di avvalersi per essa esclusivamente dei promotori finanziari.

La legge 28 dicembre 2005, n. 262, recante disposizioni per la tutela del risparmio e la disciplina dei mercati finanziari (di seguito, legge sul risparmio), ha inciso profondamente sull'assetto normativo sopra descritto, apportando al TUF le seguenti modificazioni e integrazioni:

- abrogazione della lett. f) del comma 1 dell'art. 100, e, quindi, istituzione dell'obbligo anche per le imprese assicuratrici di impiegare per il collocamento dei propri prodotti di natura finanziaria il prospetto informativo predisposto dalla CONSOB;
- applicazione degli artt. 21 e 23 sulle regole di comportamento, in quanto compatibili, anche ai prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, con conseguente esercizio dei relativi poteri di vigilanza da parte della CONSOB.

La stessa legge sulla tutela del risparmio stabiliva che le competenze in materia di nota informativa precontrattuale dei prodotti assicurativi di ramo III (unit e index-linked) avrebbero dovuto essere esercitate dall'ISVAP d'intesa con la CONSOB.

Ne risultava un quadro normativo alquanto lacunoso, giacché i "prodotti finanziari emessi dalle imprese di assicurazione" non venivano puntualmente definiti sul piano legislativo.

Con il d.lgs. 29 dicembre 2006, n. 303, recante il coordinamento del TUB (testo unico bancario) e del TUF con la legge sulla tutela del risparmio, sono stati chiariti numerosi e rilevanti aspetti della normativa in tema di "prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione".

In particolare, il legislatore ha previsto che nella suddetta categoria rientrano le polizze di ramo III (a eccezione di quelle con finalità previdenziali, disciplinate dalla specifica normativa) e le operazioni di capitalizzazione (ramo V).

È stata inoltre eliminata la competenza congiunta ISVAP-CONSOB in materia di nota informativa precontrattuale dei prodotti di ramo III, con conseguente competenza esclusiva della CONSOB per quel che concerne il prospetto informativo di detti prodotti.

È stato invece confermato che le disposizioni in tema di regole di comportamento (v. citati artt. 21 e 23 del TUF) si applicano anche ai prodotti finanziari emessi da imprese assicuratrici.

Infine, è stato stabilito che la disciplina sull'offerta fuori sede si applica anche ai prodotti finanziari emessi dalle imprese di assicurazione, ma soltanto ove al loro collocamento provvedano i "soggetti abilitati" ai sensi del TUF (banche, SIM).

Alla luce di quanto sopra sinteticamente esposto, attualmente il quadro normativo prevede:

- le imprese di assicurazione devono utilizzare, per i prodotti di ramo III (non previdenziali) e di ramo V, il prospetto informativo, secondo il contenuto predeterminato dalla CONSOB;
- le stesse imprese sono assoggettate agli artt. 21 e 23 del TUF (e alla relativa disciplina attuativa dettata dalla CONSOB) nella distribuzione dei prodotti finanziari da esse emessi;
- soltanto i "soggetti abilitati" ai sensi del TUF (banche, SIM) sono obbligati a servirsi dei promotori finanziari ai fini dell'offerta fuori sede di prodotti finanziari emessi da imprese assicuratrici. Risulta pertanto confermata l'inapplicabilità della disciplina sull'offerta fuori sede ove al collocamento provvedano le imprese di assicurazione mediante la tradizionale rete distributiva.

IL RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA SUI PROSPETTI INFORMATIVI

È recentemente entrato in vigore il d.lgs. 28 marzo 2007, n. 51, recante l'attuazione della direttiva 2003/71/CE relativa al prospetto da pubblicare per l'offerta pubblica o l'ammissione alla negoziazione di strumenti finanziari, che modifica la direttiva 2001/34/CE.

Il decreto ha apportato numerose modifiche e integrazioni al d.lgs. 24 febbraio 1998, n. 58 (di seguito TUF). Esso interessa anche il settore assicurativo in

quanto, da un lato, la legge 28 dicembre 2005, n. 262 (legge sulla tutela del risparmio), ha abrogato la lettera f) del comma 1 dell'art. 100 del TUF, così assoggettando anche i prodotti finanziari emessi dalle imprese assicuratrici alla normativa sulla sollecitazione all'investimento (prospetto informativo) e, dall'altro, il d.lgs. 29 dicembre 2006, n. 303, ha precisato che per "prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione" si debbono intendere le polizze di ramo III (a eccezione di quelle previdenziali) e le operazioni di capitalizzazione.

A seguito delle suddette novità normative, la CONSOB ha provveduto all'adeguamento della propria regolamentazione in tema di emittenti, predisponendo appositi prospetti informativi da utilizzare per il collocamento dei citati prodotti finanziari assicurativi (cfr. la deliberazione 3 maggio 2007, n. 15915, che modifica e integra il regolamento attuativo del TUF concernente gli emittenti).

Il d.lgs. n. 51 ha sostituito, innanzitutto, la definizione di "sollecitazione all'investimento" con quella di "offerta al pubblico di prodotti finanziari", che consiste in ogni comunicazione rivolta a persone "che presenti sufficienti informazioni sulle condizioni dell'offerta e dei prodotti finanziari offerti, così da mettere un investitore in grado di acquistare o di sottoscrivere tali prodotti finanziari".

Lo stesso d.lgs. ha poi integralmente sostituito il capo I del titolo II della parte IV del TUF, suddividendolo in tre sezioni dedicate, rispettivamente, a: offerta al pubblico di "strumenti finanziari comunitari" e di prodotti finanziari diversi dalle quote o azioni di OICR aperti, nei quali sono compresi i "prodotti finanziari assicurativi"; offerta al pubblico di quote o azioni di OICR aperti; disposizioni comuni.

Di seguito vengono indicate le principali novità introdotte dalla nuova disciplina, con particolare riguardo ai profili di maggior interesse per il settore assicurativo:

- le informazioni necessarie all'investitore debbono risultare facilmente analizzabili e comprensibili e i prospetti devono contenere anche una nota di sintesi concernente i rischi e le caratteristiche essenziali dell'offerta. Va sottolineato che, per quanto riguarda i prodotti finanziari assicurativi, la CONSOB – nell'ambito della citata deliberazione 3 maggio 2007, n. 15915 – non ha previsto l'autorizzazione dei prospetti informativi; tale scelta deriva da quanto la stessa CONSOB aveva osservato, nel documento di consultazione relativo alla suddetta deliberazione, in merito alla "coerenza con la legislazione comunitaria e nazionale in materia di assicurazioni sulla vita";
- l'emittente, l'offerente, l'eventuale soggetto garante, nonché le persone responsabili delle informazioni contenute nel prospetto rispondono (cia-

scuno in relazione alle parti di propria competenza) degli eventuali danni subiti dall'investitore "che abbia fatto ragionevole affidamento sulla veridicità e completezza delle informazioni contenute nel prospetto" stesso, a meno che essi non provino di essersi comportati diligentemente "allo scopo di assicurare che le informazioni in questione fossero conformi ai fatti e non presentassero omissioni tali da alterarne il senso". La medesima responsabilità grava anche sull'intermediario responsabile del collocamento, a meno che non provi di aver adottato la stessa diligenza richiesta ai soggetti sopra indicati; fermi gli eventuali chiarimenti che la CONSOB potrà fornire in materia, e tenuto conto della definizione di "responsabile del collocamento", da tale specifica responsabilità sembrano esclusi gli intermediari assicurativi iscritti nelle sezioni A, B, C ed E del Registro unico informatico tenuto dall'ISVAP;

- le eventuali azioni risarcitorie possono essere esercitate entro cinque anni dalla pubblicazione del prospetto, a meno che l'investitore non provi di aver scoperto la falsità o l'omissione delle informazioni nell'arco dei due anni precedenti l'esercizio dell'azione;
- ai consueti poteri interdettivi attributi alla CONSOB è stato aggiunto quello di poter vietare l'offerta nel caso in cui la CONSOB stessa abbia il "fondato sospetto" di violazione delle disposizioni sull'offerta al pubblico o delle relative norme di attuazione;
- qualsiasi tipo di pubblicità concernente le offerte al pubblico deve essere trasmessa alla CONSOB contestualmente alla sua diffusione, fermo restando il divieto di diffondere annunci pubblicitari prima della pubblicazione del prospetto. Al riguardo, si sottolinea che nella sopra citata deliberazione 3 maggio 2007, n. 15915, la CONSOB non ha previsto il sistematico invio degli annunci pubblicitari relativi ai prodotti finanziari assicurativi, riservandosi di richiedere, ove ritenuto opportuno, la trasmissione degli annunci stessi utilizzati dalle imprese di assicurazione offerenti e dagli intermediari incaricati della distribuzione: quest'ultima espressione sembra riferirsi a tutti gli intermediari assicurativi iscritti nel Registro unico informatico tenuto dall'ISVAP;
- la CONSOB dovrà stabilire con apposito regolamento i criteri secondo cui la pubblicità potrà essere effettuata. In materia di pubblicità, si ripropone il noto problema creato dalla sovrapposizione e dal mancato coordinamento delle diverse normative vigenti e, in particolare, di quella in parola con le disposizioni dettate dal d.lgs. 6 settembre 2005, n. 206-Codice del consumo.

Da ultimo, è necessario sottolineare che il d.lgs. n. 51 ha cambiato anche l'impianto sanzionatorio concernente l'offerta al pubblico dei prodotti finanziari, aumentando l'importo di talune sanzioni amministrative.

LA STRUTTURA DEI COSTI DELL'ASSICURAZIONE VITA

I costi riportati nel conto economico delle compagnie vita vengono generalmente suddivisi in:

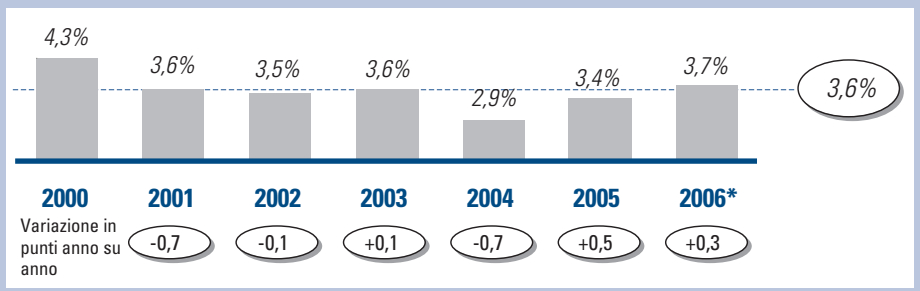
- spese di distribuzione, a loro volta distinte in:
  - spese di acquisizione
  - spese di incasso;
- spese di amministrazione o generali.

Spese di acquisizione

Una misura standardizzata di rappresentazione delle spese di acquisizione, ossia delle spese sostenute dalle imprese in gran parte per commissioni su nuovi contratti pagate ai distributori, è rappresentata dal rapporto delle stesse spese e una misura dei premi denominata SPE – single premium equivalent, pari alla somma dei premi unici e dei premi annui moltiplicati per la durata media in anni dei contratti.

Tale misura dei premi si rapporta in maniera più adeguata alle spese di acquisizione in quanto considera non solo il versamento iniziale ma tutti i versamenti complessivi attesi dei contraenti, e soprattutto tiene conto della diversa composizione, generalmente corrispondente anche a una diversa struttura commissionale, tra premi annui e unici.

Nel 2006 l'indicatore si attesta al 3,7%, in aumento rispetto agli ultimi due anni e sostanzialmente in linea con il valore medio del periodo analizzato.



PROVVIGIONI E ALTRE SPESE DI ACQUISIZIONE SU SPE (SINGLE PREMIUM EQUIVALENT) LAVORO DIRETTO

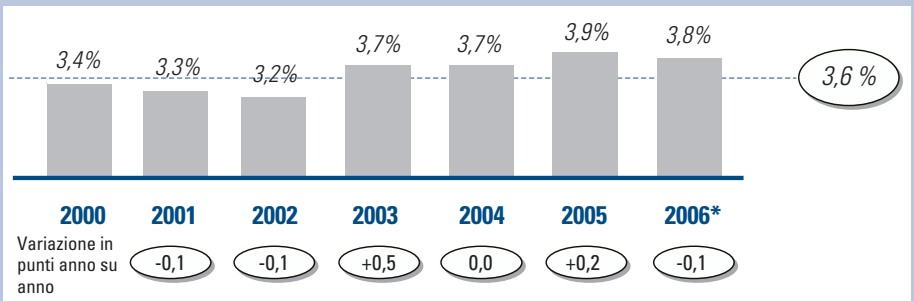
** Stima ANIA*

Spese di incasso

Le spese di incasso rappresentano le spese sostenute dalle imprese in gran parte per commissioni di rinnovo pagate sui versamenti successivi al primo nei piani pluriennali e registrate nel conto economico. Di conseguenza, un indicatore immediato di rappresentazione del livello di tali spese è il rapporto tra queste e i premi di annualità successive alla prima, escludendo quindi i premi di nuova produzione.

L'indicatore, come mostrato dal grafico riportato di seguito, mostra nel 2006 un valore pari a 3,8%, sostanzialmente in linea con quello registrato negli anni precedenti.

PROVVIGIONI DI INCASSO SU PREMI CONTABILIZZATI ANNUI – LAVORO DIRETTO

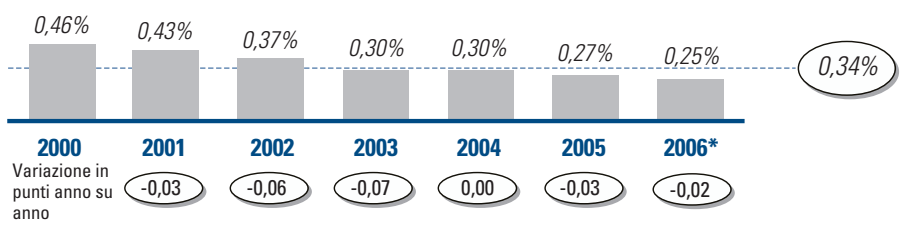


** Stima ANIA*

Spese di amministrazione o generali

Le spese di amministrazione vengono generalmente rapportate alle riserve tecniche, in modo da rappresentare, come comunemente avviene nell'industria del risparmio gestito, un valore che approssima il complesso dei fondi investiti per conto degli assicurati, i costi sostenuti dalle imprese per la gestione delle masse finanziarie affidate loro dai risparmiatori. L'andamento dell'indice delle spese generali, raffigurato nel grafico seguente, evidenzia un andamento sostanzialmente decrescente negli ultimi anni, e un valore nel 2006 pari a 25 punti base.

SPESE DI AMMINISTRAZIONE SU RISERVE TECNICHE – LAVORO DIRETTO



** Stima ANIA*

IL RENDIMENTO DELLE POLIZZE RIVALUTABILI

Nelle gestioni assicurative di ramo I e V i premi versati dagli assicurati, al netto dei costi, confluiscono in una gestione separata che investe principalmente in attività finanziarie. Una volta assegnate alla gestione separata, le attività a copertura degli impegni possono uscire dalla gestione solo per realizzo. La contabilizzazione degli attivi e dei rendimenti della gestione viene effettuata, in base all'attuale normativa comunitaria, con riferimento al valore di carico, definito anche costo storico, e di realizzo delle attività. Il rendimento delle gestioni è determinato annualmente come il rapporto tra la somma di cedole, dividendi e realizzi di plusvalenze delle attività presenti

nella gestione separata rispetto alla giacenza media. Tale rendimento viene attribuito, in parte o del tutto, al valore maturato dalle prestazioni del contratto.

Può essere utile effettuare un confronto di lungo periodo tra i rendimenti realizzati dalle gestioni separate collegate alle polizze rivalutabili con quelli dei titoli di Stato, il tasso di inflazione e la remunerazione del TFR.

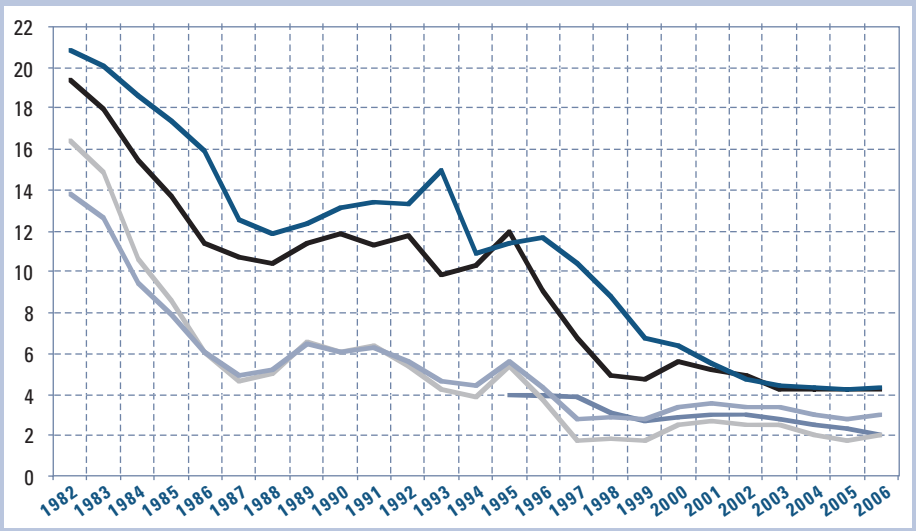


FIGURA 1
RENDIMENTO % DELLE GESTIONI SEPARATE E DI ALTRI STRUMENTI FINANZIARI

- *Rendimenti lordi delle gestioni separate*
- *Rendimento titoli di Stato (dal 1995 BTP)*
- *Tasso massimo garantito*
- *Inflazione*
- *Rendimento TFR*

Fonte: Elaborazioni ANIA sui dati Banca d'Italia, ISTAT e ISVAP

Il grafico evidenzia come il rendimento delle gestioni separate sia stato tra il 1982 e il 2000 ampiamente superiore in ciascun anno al tasso dei titoli di Stato (dal 1995 è stato considerato il rendimento dei BTP), al tasso di remunerazione del TFR e al tasso di inflazione. Nel quinquennio 2002-2006 il rendimento delle gestioni separate è stato pari al 4,4% annuo, mentre l'inflazione è stata pari al 2,1%, la remunerazione del TFR al 3,1% e il tasso sui BTP al 4,2%.

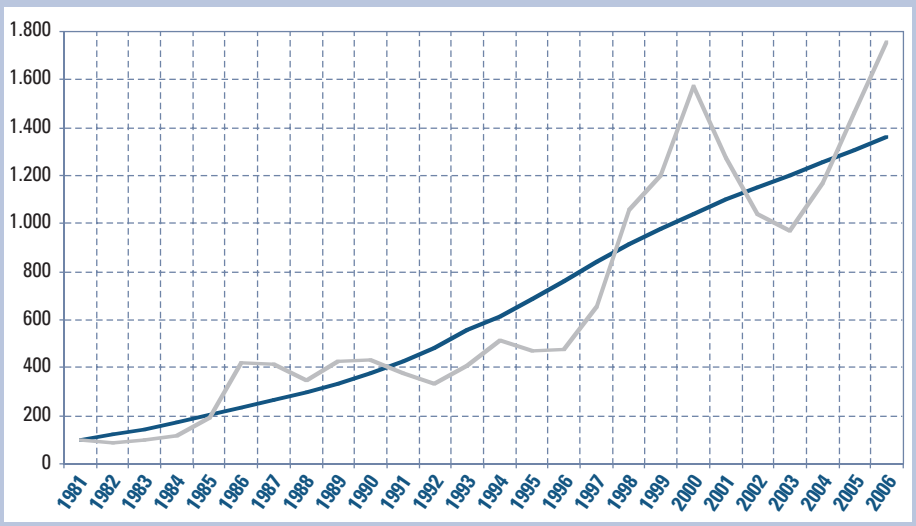


FIGURA 2
VALORE DI UN INVESTIMENTO NELLE POLIZZE RIVALUTABILI E NEL MERCATO AZIONARIO (IPOTIZZANDO IL COMPLETO REINVESTIMENTO DEI DIVIDENDI)

- *Rendimento lordo delle gestioni separate*
- *Rendimento azionario*

Fonte: Elaborazioni ANIA sui dati Banca d'Italia, ISTAT e ISVAP

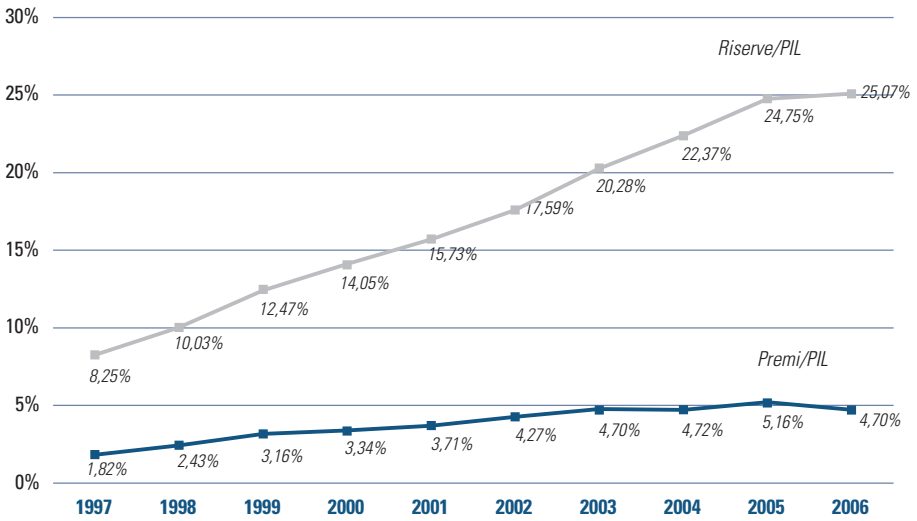
Fatto 100 nel 1981, il valore di un investimento in una polizza di "pura" capitalizzazione a prestazione rivalutabile, il valore dell'investimento nel 2006 era pari a 1.362 (con un rendimento annuo dell'11,12%); lo stesso investimento in azioni italiane valeva 1.755 nel 2006, nell'ipotesi di completo reinvestimento dei dividendi (con un rendimento annuo del 15,65%; figura 2). Il rendimento reale medio annuo (non composto) delle gestioni separate è stato pari al 5,96% con una deviazione standard del 2,60%; per l'investimento in azioni il rendimento reale medio annuo è stato del 10,49% con una deviazione standard del 32,02%. Sulla base dello Sharpe ratio (calcolato come il rapporto tra il rendimento e la sua deviazione standard) la strategia di investimento in polizze rivalutabili è risultata, nei passati 25 anni, ampiamente preferibile a quella dell'investimento in azioni; alla stessa conclusione si giunge se si considera che generalmente viene retrocessa all'assicurato una quota compresa tra l'80% e il 95% del rendimento delle gestioni separate.

ASSICURAZIONE VITA E PIL

Dopo anni di costante crescita, nel 2006 l'incidenza delle riserve matematiche sul PIL è rimasta pressoché invariata e di poco superiore al 25%. Fino al 2005 tale incidenza è aumentata a un tasso medio annuo del 13%, con un incremento complessivo di circa 17 punti (era pari ad appena l'8,25% nel 1997). A causa della contrazione registrata nel totale dei premi contabilizzati, il peso dei premi del lavoro diretto italiano dei rami vita sul PIL è sceso dal 5,16% del 2005 al 4,7 del 2006.

I rapporti indicati tengono conto della revisione generale dei dati del PIL recentemente effettuata dall'ISTAT.

*PREMI E RISERVE IN % DEL PIL**



(*) I rapporti indicati tengono conto della revisione generale dei dati del Prodotto Interno Lordo recentemente effettuata dall'ISTAT.

ASSICURAZIONE VITA E RISPARMIO DELLE FAMIGLIE ITALIANE

Nel 2006 il reddito disponibile delle famiglie è aumentato del 2,3% in termini nominali e dello 0,5% in termini reali; questo valore, che segue la riduzione dello 0,3% in termini reali osservata nel 2005, evidenzia la sostanziale stazionarietà del potere d'acquisto delle famiglie. All'aumento delle retribuzioni unitarie, cresciute in termini nominali del 2,6%, e dell'occupazione si è contrapposta la crescita significativa delle imposte correnti sul reddito e patrimonio (+8,9%, a fronte di una media dell'1,9% nel quinquennio precedente).

La propensione al risparmio delle famiglie è scesa, passando dal 12,3% del 2005 all'11,0%. È il livello più basso dal 2000, ma rimane ancora un valore piuttosto alto rispetto agli altri paesi europei. Il costante miglioramento del clima di fiducia ha probabilmente indotto le famiglie a ridurre il risparmio precauzionale. Secondo la Banca d'Italia a ciò potrebbe aver contribuito anche la riduzione del divario tra l'inflazione effettiva e quella percepita, ampliatosi notevolmente col passaggio all'euro nel 2002.

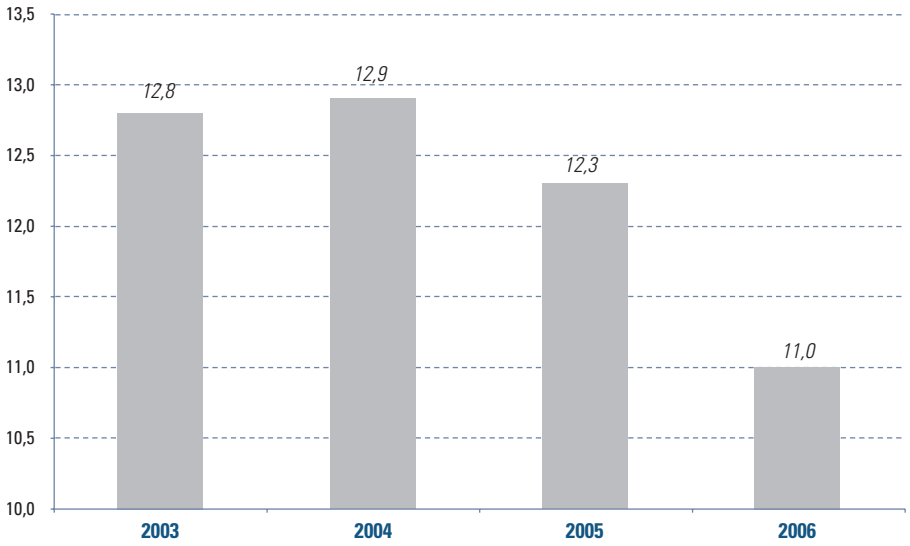


FIGURA 1
TASSO DI RISPARMIO DELLE FAMIGLIE (% DEL REDDITO DISPONIBILE)

Fonte: Banca d'Italia. Il tasso di risparmio è definito come il rapporto tra il risparmio, al lordo degli ammortamenti e al netto della variazione delle riserve dei fondi pensione, e il reddito lordo disponibile

Nel 2006 il risparmio finanziario delle famiglie, definito come la differenza tra il flusso lordo delle attività e quello delle passività, è stato pari a 64.863 milioni di euro, il 13,2% in meno rispetto al 2005. La riduzione della propensione al risparmio e la continua crescita degli investimenti immobiliari sono le cause principali di questa diminuzione. La ricchezza finanziaria è cresciuta del 4,2%, grazie al buon andamento del mercato azionario, e ha raggiunto i 3.386 miliardi di euro. Tale valore è pari a oltre 3,2 volte il reddito disponibile, un valore più elevato della media europea (2,8).

Il rialzo dei tassi ha riportato l'interesse delle famiglie verso le obbligazioni: i titoli a breve e medio/lungo termine, sia italiani che esteri, hanno rappresentato oltre il 28% dei flussi lordi di risparmio. L'aumento dei tassi d'interesse ha

anche stimolato gli investimenti in depositi a scadenza, di durata prefissata e in pronti conto termine ("Altri depositi"). Il flusso complessivo di investimenti diretto verso questi strumenti è aumentato da 10.504 a 26.972 milioni di euro e ha costituito il 22,4% dei nuovi investimenti.

L'investimento netto in azioni è diminuito sensibilmente, passando da 27.617 a 5.119 milioni di euro, pari al 4,3% del flusso totali; da un lato, l'aumento dei rendimenti delle obbligazioni può aver reso meno vantaggioso l'investimento in titoli rischiosi, dall'altro, il buon andamento del mercato azionario ha spinto gli investitori a realizzare parte dei guadagni. In termini di consistenze, le azioni rimangono lo strumento finanziario che rappresenta la quota maggiore del portafoglio (21,6%).

Il disinvestimento netto di fondi comuni italiani ha assunto proporzioni molto più ampie di quelle osservate nel 2005: il deflusso è stato prossimo ai 37.000 milioni di euro. Esso è stato solo parzialmente compensato da acquisti netti di quote di fondi esteri (9.822 milioni di euro). Nel complesso, le quote di fondi comuni, italiani ed esteri, rappresentavano alla fine del 2006, il 9% del portafoglio finanziario delle famiglie.

L'investimento in polizze vita è proseguito, seppur a un ritmo più lento rispetto a quello del 2005. Questa forma di investimento ha rappresentato il 17,3% del flusso di risparmio del 2006, contro il 32,0% dell'anno precedente. La riserve di assicurazione vita rappresentano l'11,0% del totale del risparmio finanziario, in leggera crescita rispetto al 2005 (10,8%).

TAVOLA 1 - ATTIVI FINANZIARI DELLE FAMIGLIE ITALIANE

STRUMENTI	FLUSSI				CONSISTENZE			
	milioni di euro		% sul totale		milioni di euro		% sul totale	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Biglietti e depositi	37.007	31.273	28,34	25,99	552.650	583.824	17,01	17,24
Altri depositi	10.504	26.972	8,04	22,41	319.599	346.571	9,84	10,24
Titoli a breve termine	-15.219	11.802	-11,66	9,81	1.889	13.065	0,06	0,39
Titoli a medio/lungo termine	-25.115	12.805	-19,23	10,64	535.461	532.654	16,48	15,73
Azioni e altre partecipazioni	27.617	5.119	21,15	4,25	695.590	730.722	21,41	21,58
Quote di fondi comuni	-7.065	-36.869	-5,41	-30,64	269.271	224.802	8,29	6,64
Riserve tecniche di assicurazione (*)	56.501	33.559	43,27	27,89	577.643	611.202	17,78	18,05
di cui: riserve vita	41.736	20.832	31,96	17,31	352.531	373.363	10,76	11,03
Altri attivi	4.203	3.070	3,22	2,55	17.598	20.668	0,54	0,61
Attivi esteri	42.140	32.601	32,27	27,09	278.623	322.504	8,58	9,52
di cui: titoli a medio/lungo termine	27.909	9.737	21,37	8,09	119.034	125.369	3,66	3,70
azioni e partecipazioni	-654	1.534	-0,50	1,27	91.186	100.254	2,81	2,96
quote di fondi comuni	13.797	9.822	10,57	8,16	64.940	81.358	2,00	2,40
Totale attività	130.574	120.334			3.248.324	3.386.012		
Totale passività	55.831	55.471			542.170	595.580		

Fonte: elaborazioni sui conti finanziari della Banca d'Italia. (*) La voce include, oltre alle riserve dei rami vita e danni, il TFR e i fondi pensione.

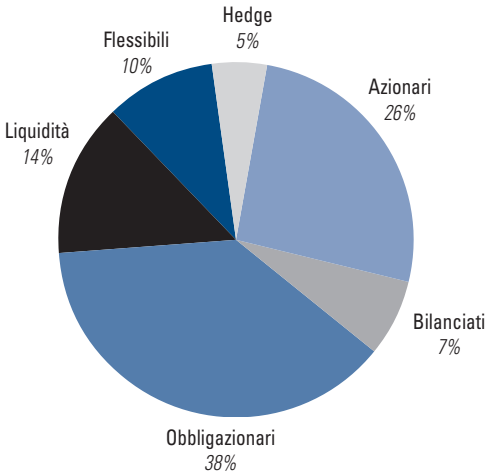
Secondo i dati di Assogestioni nel 2006 la raccolta netta complessiva dei fondi comuni di diritto italiano è stata negativa per quasi 18 miliardi. Il disinvestimento più massiccio si è registrato nel comparto obbligazionario, penalizzato dal basso livello dei tassi d'interesse conseguiti. Nonostante il buon risultato dei mercati borsistici, sia il comparto azionario che quello bilanciato hanno chiuso l'anno con una raccolta netta negativa. Al contrario il settore dei fondi flessibili e quello dei degli *hedge funds* hanno registrato una raccolta netta positiva.

I dati del primo trimestre del 2007 confermano la tendenza dell'anno passato. La raccolta netta complessiva resta fortemente negativa (-10,6 miliardi), con deflussi che si concentrano soprattutto nei comparti azionario e obbligazionario.

Per quanto riguarda il domicilio dei fondi, la raccolta di quelli di origine italiana è stata nel 2006 di -42.494 milioni di euro, mentre quelle dei fondi roundtrip ed esteri sono state positive per, rispettivamente, 11.780 e 12.848 milioni di euro.

A fine marzo 2007 il patrimonio complessivo gestito dai fondi comuni ammontava a 609.691 milioni di euro, l'1,5% in meno rispetto a un anno prima. Quasi il 40% del patrimonio gestito è investito in fondi obbligazionari (figura 2), contro il 26% dei fondi azionari. I fondi di domicilio italiano gestiscono il 58,8% del patrimonio, i fondi roundtrip il 33,6% e i fondi esteri il restante 7,5%.

FIGURA 2
PATRIMONIO DEI FONDI COMUNI PER CATEGORIA. DATI AL 31 MARZO 2007



Fonte: Assogestioni

TAVOLA 2 - RACCOLTA NETTA DEI FONDI COMUNI
Valori in milioni di euro

Tipologia di fondo	2003	2004	2005	2006	2007(*)
Azionari	-1.063	-2.322	-4.480	-8.134	-5.036
Bilanciati	-5.332	-2.684	1.135	-1.208	-1.629
Obbligazionari	11.100	-380	10.841	-28.550	-10.715
Liquidità	15.468	-6.508	-9.468	-7.398	-1.475
Flessibili	3.079	1.339	5.949	21.274	6.993
Hedge	3.529	5.920	4.467	6.149	1.296
Totale	**26.781**	**-4.633**	**8.443**	**-17.866**	**-10.566**

Fonte: Assogestioni
(*) dati relativi al primo trimestre

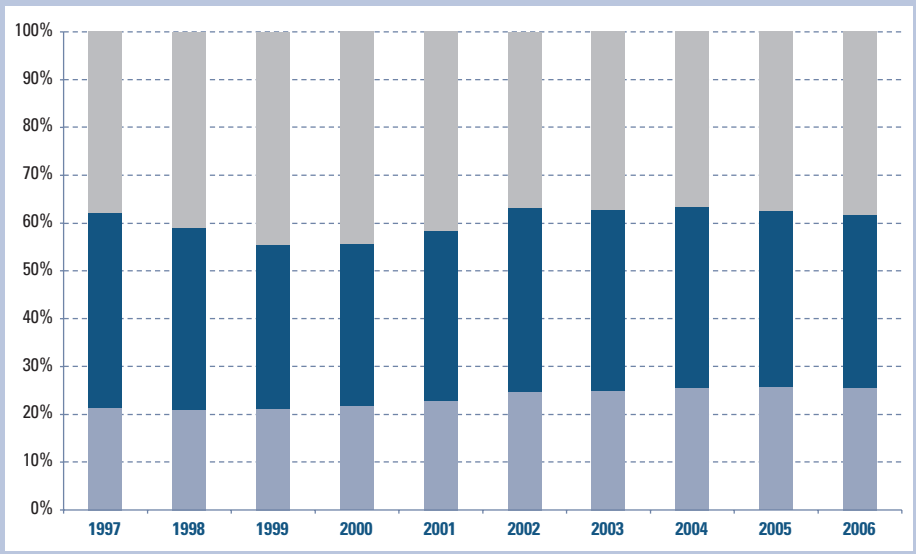
GLI INVESTIMENTI FINANZIARI DELLE FAMIGLIE IN EUROPA

Negli ultimi dieci anni la composizione dei portafogli delle famiglie in Europa è cambiata in maniera significativa. Il rapido cambiamento demografico ha spinto le famiglie a investire maggiormente in attivi in grado di garantire una copertura pensionistica adeguata, anche a seguito delle riforme del sistema pensionistico che hanno ridotto la copertura fornita dal sistema pubblico.

La costituzione di un sistema privato di previdenza è stata favorita attraverso incentivi fiscali per l'investimento in prodotti pensionistici. Allo stesso tempo, la forte volatilità osservata nei mercati finanziari nell'ultimo decennio ha spinto le famiglie a orientarsi verso prodotti caratterizzati da flussi di reddito più stabili.

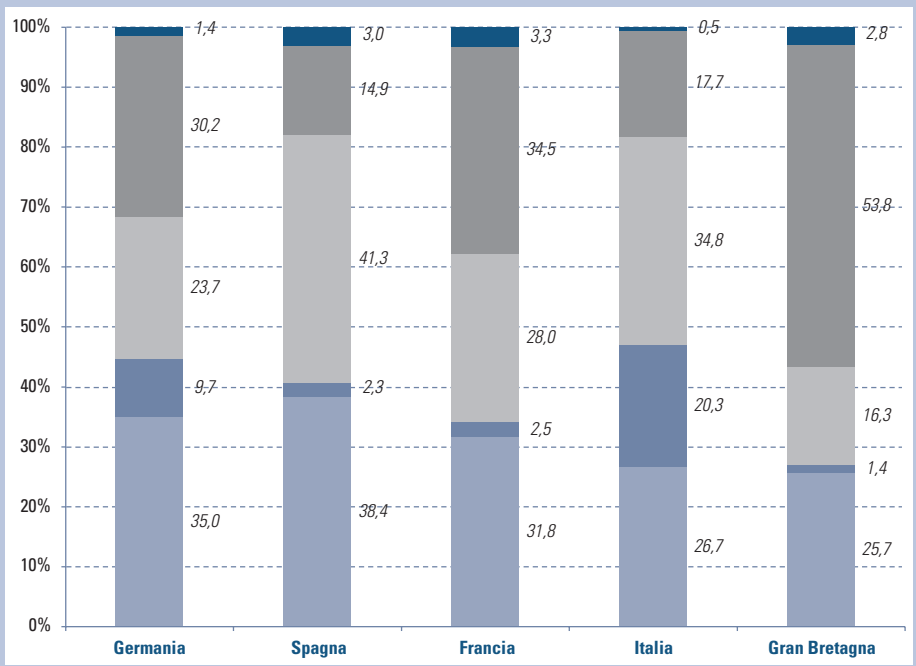
Di conseguenza, nell'area dell'euro la quota delle riserve assicurative (che comprendono sia le polizze vita vere e proprie che i fondi pensione) sul totale degli investimenti finanziari delle famiglie è cresciuta negli ultimi dieci anni in maniera lenta ma continua, passando dal 21,2% del 1997 al 25,5% del 2006 (figura 1), mentre la quota di investimenti in contanti e depositi è scesa dal 40,1% al 26,9%. Secondo le stime della Banca Centrale Europea, nel 2006 gli investimenti in polizze vita e fondi pensione sono stati pari a circa il 6% del reddito disponibile delle famiglie, ovvero oltre un terzo del risparmio aggregato.

FIGURA 1
SCOMPOSIZIONE DEGLI INVESTIMENTI FINANZIARI DELLE FAMIGLIE NELL'AREA DELL'EURO



Fonte: elaborazione su dati della Banca Centrale Europea

FIGURA 2
GLI INVESTIMENTI FINANZIARI DELLE FAMIGLIE EUROPEE NEL 2005 (% DEGLI ATTIVI TOTALI)



Fonte: elaborazione su dati Eurostat

Al di là di questa tendenza complessiva rimangono importanti differenze tra paesi. In Gran Bretagna, dove il livello di prestazioni pensionistiche garantite dal sistema pubblico è piuttosto basso, le riserve assicurative costituiscono oltre la metà di tutto lo stock di attivi finanziari.

LA RIFORMA DELLA TASSAZIONE DELLE RENDITE FINANZIARIE

La delega al Governo per la revisione della tassazione dei redditi di capitale e dei redditi diversi di natura finanziaria è contenuta nell'art. 1 dell'A.C. 1762.

La delega conteneva originariamente l'indicazione di taluni principi e criteri direttivi, tra i quali particolare rilievo assumeva la revisione delle aliquote delle ritenute sui redditi di capitale e dei redditi diversi di natura finanziaria o delle misure delle imposte sostitutive afferenti i redditi medesimi, al fine della loro unificazione, con la previsione di un'unica aliquota non superiore al 20%.

Tale previsione era affiancata dal criterio direttivo del coordinamento della nuova disciplina con le disposizioni vigenti, nel rispetto del principio dell'equivalenza di trattamento tra i diversi redditi e strumenti di natura finanziaria nonché tra gli intermediari finanziari.

Il dibattito che si è sviluppato negli ultimi mesi ha indotto il Governo a rivedere i criteri e i principi direttivi della legge delega e a presentare un proprio emendamento che sostituisce interamente il predetto art. 1.

In particolare si evidenziano i seguenti aspetti:

- vengono confermati gli attuali schemi impositivi del risparmio amministrato e del risparmio gestito, ormai noti e sperimentati positivamente;
- viene prevista l'equiparazione sostanziale della tassazione dei proventi dei fondi comuni di diritto italiano con quelli di diritto estero: la tassazione dei proventi verrà effettuata solo nei confronti dei partecipanti all'atto del realizzo della quota.

Seguono, poi, due previsioni dirette a incidere sulla base imponibile dei redditi di natura finanziaria:

- la prima porterà a un indubbio ammodernamento dello stesso concetto di "reddito", consentendo l'applicazione dell'imposta sull'effettivo rendimento netto delle operazioni mediante la rimozione della distinzione tra redditi di capitale e redditi diversi in presenza di proventi di segno negativo. Si tratta di un miglioramento che le compagnie di assicurazione da tempo auspicano e che corrisponde alle richieste fatte in occasione dell'Audizione svolta dall'ANIA presso la Commissione Finanze della Camera nello scorso mese di gennaio;

– la seconda che prevede l'introduzione di formule di correzione temporale – che inequivocabilmente rimandano al meccanismo dell'equalizzatore – semplificate e comprensibili, che tengano conto di eventuali diversi momenti impositivi. Il dibattito più acceso si è svolto proprio su questo tema: si contrappongono, da un lato, coloro che ritengono necessario tale strumento di correzione come rimedio a fronte di distorsioni legate al differimento temporale nell'applicazione delle imposte (come illustrato nelle osservazioni della Relazione finale della Commissione di studio costituita presso il Ministero dell'economia e delle finanze); dall'altro, coloro che, al contrario, ritengono che, al di là degli aspetti tecnici, pur molto rilevanti, non sia accettabile un sistema di tassazione – che nessun paese al mondo adotta – che disincentiva il risparmiatore a detenere i propri investimenti nel lungo termine.

Lo schema normativo è completato da tutte quelle disposizioni che si rendono necessarie per la gestione di specifiche problematiche di diritto transitorio – quale in particolare lo smaltimento dei risultati di segno negativo già accumulatisi all'interno dei vari regimi impositivi – per il coordinamento tra la nuova disciplina e il preesistente *corpus* normativo, sia sul piano procedurale che su quello più propriamente sostanziale, per il necessario rispetto dei tempi e delle procedure di attuazione.

Non emerge, al contrario, alcuna indicazione circa il progetto, esplicitato nella originaria formulazione dello schema di delega, di unificare l'aliquota nominale di tassazione e in particolare se lo stesso verrà realizzato con un successivo provvedimento.

Quanto al "correttivo temporale", è necessario che i meccanismi applicativi che verranno, eventualmente, predisposti dal legislatore delegato siano non solo comprensibili al risparmiatore medio, e verificabili senza ricorrere a un consulente, ma siano idonei a escludere la possibilità che l'imposta applicata risulti eccessivamente pesante. Infatti, "semplice" non è sinonimo di "leggero": il timore è che l'applicazione di un equalizzatore semplice possa comportare una tassazione superiore a quella che si avrebbe se la plusvalenza fosse tassata anno per anno, ad esempio quando la plusvalenza è concentrata nella parte finale del periodo di possesso.

Occorre altresì che la delega trovi un adeguato bilanciamento tra l'obiettivo di ridurre l'incentivo a posticipare la realizzazione delle plusvalenze su investimenti a carattere prevalentemente speculativo (c.d. effetto lock-in) e quello di non penalizzare gli investimenti di medio o lungo termine. Ciò per non disincentivare l'obiettivo di accumulo del risparmio e considerato che in altri paesi (tra cui la Francia, il Regno Unito e gli Stati Uniti) tali investimenti fruiscono di un sistema di tassazione privilegiato.

IL GAP DI PROTEZIONE DAL RISCHIO DI DECESSO IN ITALIA

Le famiglie italiane hanno tradizionalmente, nel confronto con altri paesi europei, un'alta propensione al risparmio e un elevato stock di ricchezza; vi contribuisce una più spiccata tendenza a considerare le attività finanziarie e immobiliari accantonate come "cuscinetto" di protezione da eventi futuri incerti o imprevisti. Tale approccio, in via generale, dovrebbe essere completato però da una maggiore consapevolezza, da parte delle famiglie, delle prestazioni pensionistiche obbligatorie loro spettanti e del proprio grado di protezione rispetto a eventi sfavorevoli che potrebbero intaccarne la stabilità economica.

L'ANIA su quest'ultimo punto ha condotto uno studio che stima l'esposizione media delle famiglie italiane con soggetti a carico al rischio di decesso del principale percettore di reddito. Il risultato dello studio evidenza come le famiglie italiane risultino solo parzialmente protette.

Tale esposizione o "gap di protezione" è misurata come differenza tra le risorse economiche che sarebbero necessarie – a seguito del decesso del principale o unico percettore di reddito – per non deteriorare il tenore di vita familiare raggiunto, e quelle di cui la famiglia si trova a disporre.

La protezione economica necessaria è la somma di tre componenti:

- il reddito necessario a mantenere l'attuale tenore di vita del coniuge, dei figli e degli altri eventuali membri del nucleo familiare. Essendo il reddito un flusso di importi, per quantificare la protezione necessaria esso si converte in capitale, calcolandone il valore attuale;
- le spese per la continuazione della "gestione" familiare, ossia principalmente quelle per la crescita e l'istruzione dei figli, anch'esse calcolate come valore attuale del flusso ipotizzato di spese future;
- i debiti da estinguere per mutui o prestiti già contratti.

La protezione economica disponibile comprende:

- le prestazioni previste dal sistema pensionistico obbligatorio ai superstiti, convertite al valore attuale, trattandosi di flussi di importi;
- i risparmi finanziari e previdenziali detenuti dalla famiglia;
- le coperture esistenti come assicurazioni sulla vita o prestazioni ai dipendenti previste da fondi pensione, piani o contratti aziendali.

Alla fine del 2005, il gap di protezione, calcolato sulla base dei dati dell'ISTAT e della Banca d'Italia, considerando anche le previsioni di crescita e inflazione formulate dal Governo, risultava pari a 758,4 miliardi di euro (il 53,5% del PIL), mediamente pari a circa 65.000 euro per ogni famiglia. Ovviamente si

tratta di un dato medio che aggrega profili familiari tra loro molto diversi in termini di età, reddito, ricchezza e coperture assicurative.

La protezione necessaria media era pari a circa 270.000 euro, di cui:

- circa 250.000 per protezione del reddito;
- circa 20.000 per debiti residui rappresentati principalmente da prestiti e mutui.

A questa facevano fronte risorse disponibili per circa 205.000 euro, costituite da:

- protezione sociale prevista dai sistemi previdenziali obbligatori per circa 99.000 euro;
- risparmi posseduti dalle famiglie per circa 65.000 euro;
- capitali assicurati per circa 41.000 euro.

Il gap di protezione è quindi dato principalmente dall'insufficiente protezione del reddito familiare, mitigata solo in parte dalle prestazioni pensionistiche ai superstiti, dai risparmi e dalle coperture assicurative esistenti.

Confrontando tali dati con altre valutazioni del fenomeno nel recente passato, il gap di protezione in Italia è aumentato negli ultimi anni, sia in termini assoluti sia in rapporto al PIL, anche a causa del maggiore ricorso all'indebitamento delle famiglie.

Lo studio analizza anche recenti tendenze della mortalità della popolazione italiana e del mercato dell'assicurazione caso morte, strumento naturale per far fronte al gap di protezione. Da questo punto di vista si registra come la riduzione della mortalità osservata dalle statistiche sulla popolazione negli ultimi decenni si è sostanzialmente riflessa nella maggiore economicità delle coperture assicurative contro il rischio di decesso.

Le conclusioni dello studio evidenziano come un maggiore ricorso all'assicurazione caso morte potrebbe costituire una soluzione in grado di consentire alle famiglie italiane di proteggersi economicamente dal rischio di decesso del principale percettore di reddito con esborsi sostenibili, e come tale ricorso possa anche essere il risultato combinato di interventi di politica sociale e fiscale e di iniziative a livello aziendale, oltre che di contributi da parte del mercato assicurativo.

L'AVVIO DELLA RIFORMA DELLA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

L'anticipo dell'entrata in vigore del nuovo sistema della previdenza complementare

Il d.l. n. 279/2006 ha sancito l'anticipo al 1° gennaio 2007 dell'entrata in vigore del nuovo sistema della previdenza complementare. I contenuti dello stesso decreto sono stati quindi inseriti nel testo della legge finanziaria 2007.

In particolare, le nuove disposizioni hanno previsto la definizione dei termini entro i quali le forme pensionistiche che intendono adeguarsi devono procedere ai necessari adempimenti previsti dal Decreto Maroni affinché possano raccogliere nuove adesioni a partire dal 1° gennaio 2007. Entro il 31 dicembre 2006 tali forme hanno dovuto aggiornare i propri statuti o regolamenti, mentre i PIP hanno costituito patrimonio autonomo e separato, secondo quanto stabilito dal Provvedimento ISVAP n. 2472/2006, in vista dell'applicazione delle disposizioni in materia di Responsabile del fondo a decorrere dal 1° luglio 2007. Per i fondi pensione aperti la data del 1° luglio è fissata sia per l'applicazione delle norme in materia di Responsabile del fondo sia per quelle concernenti l'eventuale Organismo di sorveglianza.

Inoltre, sono state stabilite le norme procedurali per il processo di avvio, ossia:

- alla forma pensionistica complementare che ha provveduto agli adeguamenti richiesti è consentito, previa comunicazione alla COVIP, ricevere adesioni anche con riferimento al finanziamento tramite conferimento del TFR;
- l'autorizzazione o approvazione degli adeguamenti è rilasciata dalla COVIP, anche tramite procedura di silenzio-assenso, entro il 30 giugno 2007. A tal riguardo, la COVIP ha emanato, il 30 novembre 2006, un apposito Regolamento recante le procedure relative agli adeguamenti delle forme pensionistiche complementari al d.lgs. 252/2005;
- l'effettivo afflusso del TFR e dei contributi eventualmente previsti relativi alle adesioni alla previdenza complementare avviene a decorrere dal 1° luglio 2007, anche in riferimento alle adesioni avvenute tra il 1° gennaio e il 30 giugno 2007. Fanno eccezione i contributi relativi ai lavoratori autonomi e liberi professionisti che possono essere versati alla forma pensionistica complementare anche prima del 1° luglio, subordinatamente comunque all'approvazione degli adeguamenti da parte della COVIP, ovvero per i PIP all'iscrizione all'Albo dei fondi pensione.

Qualora la COVIP riscontrasse elementi che impediscano il rilascio delle approvazioni/autorizzazioni entro il 30 giugno 2007, all'aderente è consentito trasferire l'intera posizione individuale maturata a un'altra forma pensionisti-

ca complementare, anche in mancanza del periodo minimo di partecipazione di due anni.

L'art. 23 del d.lgs. 252/2005 introduce inoltre un nuovo comma, il 4-bis, relativo ai c.d. fondi pensione preesistenti, per i quali viene esplicitato che possono ricevere nuove adesioni anche con riferimento al finanziamento tramite conferimento del TFR a partire dal 1° gennaio 2007 e che, ai fini di tale conferimento, devono adeguarsi entro il 31 maggio 2007 alle disposizioni che saranno emanate dal Ministro dell'economia e delle finanze.

Decreti interministeriali relativi alla previdenza complementare

Il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ha emanato il 30 gennaio 2007 due decreti, pubblicati in G.U. il 1° febbraio:

- il primo, in attuazione dell'articolo 1, comma 765, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (c.d. legge "finanziaria 2007"), reca le procedure di espressione della volontà del lavoratore circa la destinazione del TFR maturando e disciplina la forma pensionistica complementare residuale presso l'INPS (FONDINPS);
- il secondo riporta le modalità di attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 1, commi 755 e 756 della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (c.d. legge "finanziaria 2007"), relative al Fondo per l'erogazione del TFR ai lavoratori dipendenti del settore (Fondo tesoreria).

Il primo decreto regolamenta sia l'espressione della volontà del lavoratore circa la destinazione del TFR maturando sia la forma pensionistica complementare residuale a capitalizzazione istituita presso l'INPS, per raccogliere il TFR dei lavoratori che non hanno un fondo collettivo di riferimento in caso di loro silenzio.

Innanzitutto, tale decreto stabilisce che la manifestazione della volontà del lavoratore deve obbligatoriamente avvenire attraverso la compilazione da parte sua dei moduli allegati al decreto stesso (denominati "TFR1" per i lavoratori assunti entro il 31/12/2006 e "TFR2" per i lavoratori assunti dopo il 31/12/2006). Tali moduli devono essere messi a disposizione da parte del datore di lavoro. Quest'ultimo deve conservare il modulo firmato dal lavoratore e rilasciarne a questi copia controfirmata per ricevuta.

L'obbligo di compilazione dei moduli non sussiste per i lavoratori che alla data del 31 dicembre 2006 già aderiscono a una forma di previdenza complementare versandovi integralmente il TFR, o in quanto iscritti a previdenza obbligatoria dopo il 28 aprile 1993 o avendo già espresso la scelta di conferire integralmente il TFR maturando alla stessa forma mediante l'utilizzo di un modulo diverso da quello allegato al decreto.

Con riferimento al meccanismo della destinazione del TFR il decreto stabilisce inoltre che, per i lavoratori dipendenti del settore privato in forza al 31 dicembre 2006:

- in caso di conferimento esplicito del TFR maturando alla previdenza complementare, il datore di lavoro provvede al versamento del TFR e degli altri eventuali contributi a decorrere dal 1° luglio 2007 anche con riferimento al periodo compreso tra la data di adesione e il 30 giugno 2007. In tal caso, le quote di TFR da versare antecedenti al 1° luglio sono rivalutate a quest'ultima data al tasso di incremento del TFR applicato al 31 dicembre 2006;
- in caso di conferimento tacito del TFR maturando alla previdenza complementare, il datore di lavoro provvede al versamento dello stesso, a decorrere dal 1° luglio 2007, alla forma collettiva di riferimento individuata in base all'art. 7, comma 8, lettera b), del d.lgs. 252/2005.

Per gli stessi lavoratori, il TFR maturato dal 1° gennaio sino all'adesione esplicita o tacita rimane in ogni caso accantonato presso l'azienda.

Si sottolinea che, conformemente a quanto previsto dall'art. 23, comma 4, del d.lgs. 252/2005 come modificato dalla legge "finanziaria 2007", con riferimento ai lavoratori di prima iscrizione alla previdenza obbligatoria in data anteriore al 29 aprile 1993, il predetto termine di differimento del 1° luglio 2007 si applica in relazione al versamento del solo TFR "residuo", ossia della quota di TFR che risulta non già conferita in precedenza per il finanziamento della previdenza complementare.

Infine, per i medesimi lavoratori, qualora risultino in forza a imprese con almeno 50 addetti, in caso di manifestazione della volontà di mantenere (in tutto o in parte) il regime civilistico del TFR, il datore di lavoro versa, a partire dal mese successivo alla manifestazione di volontà, il TFR maturato dal 1° gennaio 2007 al c.d. "Fondo di tesoreria" istituito presso l'INPS, maggiorando tale importo delle rivalutazioni riferite alle mensilità antecedenti a quella dell'effettivo versamento.

I lavoratori dipendenti del settore privato assunti successivamente al 31 dicembre 2006, che non abbiano già espresso la propria volontà sul conferimento del TFR in occasione di precedenti rapporti di lavoro, devono manifestare la propria volontà circa la destinazione del TFR maturando entro sei mesi dall'assunzione.

In caso di conferimento esplicito del TFR maturando alla previdenza complementare, il datore di lavoro versa, a decorrere dal mese successivo alla data di espressione della scelta, il TFR stesso e gli eventuali contributi alla forma di destinazione. In caso di lavoratori assunti nei primi sei mesi del 2007, il ver-

samento non potrà essere effettuato prima del 1° luglio 2007 e quindi l'importo del TFR dovrà essere rivalutato alla data di versamento al tasso di rivalutazione del TFR applicato al 31 dicembre 2006.

In caso di conferimento tacito del TFR maturando a previdenza complementare il datore di lavoro versa, a decorrere dal mese successivo alla scadenza, il TFR stesso alla forma collettiva di destinazione individuata in base all'art. 7, comma 8, lettera b), del d.lgs. 252/2005.

Per gli stessi lavoratori, il TFR maturato a decorrere dalla data di assunzione sino all'adesione esplicita o tacita rimane accantonato presso l'azienda qualora la stessa abbia in forza meno di 50 addetti, mentre va versato al "Fondo di tesoreria" INPS qualora l'azienda abbia in forza almeno 50 addetti.

Infine, per i medesimi lavoratori, qualora risultino in forza a imprese con almeno 50 addetti, in caso di manifestazione della volontà di mantenere (in tutto o in parte) il regime civilistico del TFR, il datore di lavoro versa, a partire dal mese successivo alla manifestazione di volontà, il TFR maturato dalla data di assunzione al "Fondo di tesoreria", maggiorando tale importo delle rivalutazioni riferite alle mensilità antecedenti a quella dell'effettivo versamento.

Il decreto in esame, infine, regolamenta il "fondo complementare INPS", in breve denominato FONDINPS, destinato a ricevere le quote di TFR derivanti da conferimento tacito da parte dei lavoratori che non dispongano di una forma pensionistica collettiva di riferimento. Anche a tale fondo si applicano le norme del d.lgs. 252/2005, e la regolamentazione risulta essere, in via generale, analoga a quella prevista per i fondi negoziali.

Il secondo decreto, che attua il comma 757 dell'art. 1 della legge "finanziaria 2007", regolamenta la devoluzione del TFR maturando dal 1° gennaio 2007, o dalla data di assunzione se successiva, e non destinato alle forme pensionistiche complementari dai lavoratori delle imprese del settore privato con almeno 50 addetti, al "Fondo di tesoreria" istituito presso l'INPS.

Innanzitutto, il decreto stabilisce che il limite dei 50 addetti viene calcolato, per le aziende in attività al 31 dicembre 2006, con riferimento alla media annuale degli addetti dell'impresa in forza nell'anno 2006. Per le imprese istituite successivamente al 31 dicembre 2006 si prende a riferimento la media annuale degli addetti relativa all'anno solare di inizio attività. Nel computo devono essere considerati tutti i lavoratori subordinati, a prescindere dalla tipologia del rapporto e dall'orario di lavoro, ivi inclusi quelli che non hanno diritto al TFR. Il lavoratore assente è escluso dal computo solo nel caso in cui al suo posto sia stato assunto un altro lavoratore.

Il decreto prevede che, a regime, il TFR non destinato a forme di previdenza complementare dai lavoratori delle imprese con almeno 50 addetti dovrà essere versato dai datori di lavoro al "Fondo di tesoreria" mensilmente, con le modalità e i termini previsti per il versamento della contribuzione previdenziale obbligatoria, e salvo conguaglio a fine anno o alla cessazione del rapporto di lavoro.

Inoltre, il datore di lavoro deve integrare le denunce aziendali individuali già inviate all'INPS con

- l'indicazione dei lavoratori che, al 31 dicembre 2006, hanno aderito a una forma pensionistica complementare a cui versano integralmente il TFR;
- le informazioni relative alla scelta operata esplicitamente dal lavoratore, come da modulistica ministeriale appositamente compilata, ovvero attraverso silenzio-assenso, con l'indicazione del contributo pari al TFR non destinato a previdenza complementare e delle prestazioni previste dall'istituto civilistico del TFR.

Tali ultime prestazioni (liquidazione e anticipi) dovranno essere erogate comunque dal datore di lavoro anche per la quota di competenza del "Fondo di tesoreria".

Il datore di lavoro provvederà a conguagliare le prestazioni erogate con i contributi dovuti al Fondo di tesoreria. In particolare, tale conguaglio si effettuerà con le quote mensili di TFR dovute al Fondo e, nel caso esse fossero insufficienti, con l'ammontare dei contributi dovuti complessivamente, nello stesso mese, agli enti previdenziali. Posto che l'importo spettante al Fondo ed erogato dal datore di lavoro non può essere superiore ai contributi dovuti mensilmente al Fondo stesso e agli enti previdenziali, il datore di lavoro comunicherà l'eventuale eccedenza al Fondo di tesoreria il quale provvederà a erogarla allo stesso datore entro trenta giorni.

L'ANTICIPO DELL'ENTRATA IN VIGORE DELLA DISCIPLINA TRIBUTARIA DELLA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Il d.lgs. n. 252 del 2005, avente a oggetto la disciplina delle forme pensionistiche complementari, è intervenuto anche sulla relativa disciplina tributaria, introducendo significative modifiche nell'impianto normativo risalente al d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 47.

L'entrata in vigore del provvedimento, sia nei suoi aspetti generali sia per quanto riguarda la disciplina fiscale, era originariamente differita al 1° gennaio 2008.

In virtù delle modifiche apportate al testo del d.lgs. n. 252 dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296 (finanziaria per il 2007), gli effetti della riforma sono stati anticipati al 1° gennaio 2007.

La riforma interviene sulla deducibilità dei contributi e sulla tassazione delle prestazioni.

Deducibilità dei contributi

L'intervento del legislatore sulla normativa fiscale relativa alle forme pensionistiche complementari attua, anche se solo parzialmente, i criteri di delega contenuti nella legge 23 agosto 2004, n. 243.

Non appare infatti realizzato il criterio di delega fondato sull'ampliamento della deducibilità fiscale della contribuzione alle forme pensionistiche (sia collettive che individuali). Detto criterio prevedeva l'adozione di un plafond di deducibilità da scegliersi, in ragione della maggior convenienza, fra un limite in valore assoluto e un limite fissato in valore percentuale del reddito imponibile.

Il legislatore delegato ha invece optato per il solo plafond di riferimento di 5.165 euro, ma non più vincolato al rispetto del limite del 12% del reddito complessivo; tale innovazione si risolve in un maggior favore, rispetto alla disciplina previgente, per i titolari di redditi inferiori a 43.041 euro.

La disciplina così delineata trova applicazione nei confronti dell'intera platea degli iscritti alle forme pensionistiche complementari, quale che sia la loro data di iscrizione. Il versamento del contributo, inoltre, beneficia dell'anzidetto trattamento a prescindere dalla destinazione di quote del TFR alla previdenza complementare, a differenza di quanto avveniva nel sistema previgente.

Ai lavoratori di prima occupazione successiva al 1° gennaio 2007, nell'ipotesi in cui nei primi 5 anni di partecipazione alle forme pensionistiche abbiano versato contributi di importo inferiore a quello massimo deducibile, viene concesso, nei 20 anni successivi al quinto anno di partecipazione a tali forme, di dedurre dal reddito complessivo contributi eccedenti il suddetto limite di 5.165 euro.

Tassazione delle prestazioni

Gli elementi che maggiormente qualificano la riforma sotto il profilo fiscale risiedono nelle modifiche apportate dal d.lgs. n. 252 alla disciplina tributaria afferente il trattamento delle prestazioni erogate dalle forme pensionistiche complementari.

In primo luogo, il legislatore delegato sopprime la condizione che fissava al 33% della prestazione maturata l'importo massimo liquidabile in forma di capitale ai fini dell'esclusione dalla base imponibile dei redditi già assoggettati a imposta in capo alla forma pensionistica. Tale condizione viene ora meno, potendo l'aderente fruire di una prestazione in forma di capitale di importo maggiore, determinato secondo regole di carattere civilistico.

Le nuove regole di tassazione delle prestazioni sono caratterizzate da una marcata semplificazione rispetto alle norme previgenti, spesso oggetto di critiche a motivo dell'eccessivo tecnicismo e degli elevati costi amministrativi di *compliance*.

In base all'art. 11 del d.lgs. n. 252, il criterio di tassazione che viene uniformemente introdotto dalla riforma per le prestazioni pensionistiche è basato sull'applicazione della ritenuta a titolo definitivo del 15% sull'ammontare imponibile della prestazione, sia essa in forma di capitale o periodica, determinato al netto della parte corrispondente ai redditi già assoggettati a imposta.

Tale regime impositivo che si applica alle prestazioni riferibili al montante maturato successivamente al 31 dicembre 2006, di per sé particolarmente favorevole rispetto a quello precedente che continua ad applicarsi alle prestazioni riferibili al montante maturato fino a tale data, fruisce dell'ulteriore attenuazione costituita dalla riduzione dell'aliquota del 15% di 0,3 punti percentuali in ragione di ogni anno successivo al quindicesimo di partecipazione alla forma di previdenza, fino a raggiungere un limite massimo di riduzione pari a 6 punti percentuali. Per effetto della nuova disposizione, pertanto, l'aliquota potrà ridursi fino al 9% una volta decorsi 35 anni di partecipazione alla forma pensionistica complementare.

Nella nuova disciplina, le anticipazioni e i riscatti riferibili al montante maturato a decorrere dal 1° gennaio 2007 sono in via generale soggetti a tassazione con una ritenuta a titolo d'imposta che viene applicata sul relativo ammontare imponibile nella misura stabilita per le prestazioni definitive o in quella del 23%.

In particolare, sono soggetti alla ritenuta nella misura stabilita per le prestazioni definitive le anticipazioni richieste dall'aderente per spese sanitarie straordinarie per sé, il coniuge e i figli e per l'acquisto della prima casa di abitazione, i riscatti parziali determinati dalla cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo compreso fra 1 e 4 anni o dal ricorso del datore di lavoro a procedure di mobilità o cassa integrazione, i riscatti totali nei casi di invalidità permanente che riduca a meno di un terzo la capacità lavorativa o di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per oltre 4 anni e, infine, i riscatti della posizione operati dagli eredi, o dai diversi beneficiari designati, a causa della morte dell'aderente.

Come già anticipato, la normativa del d.lgs. n. 252 esplica i propri effetti a decorrere dal 1° gennaio 2007, cosicché, con riguardo ai soggetti iscritti a una forma pensionistica alla data del 1° gennaio 2007, l'art. 23, comma 5, del d.lgs. n. 252 prevede un regime transitorio in funzione del quale alle prestazioni maturate fino a tutto il 2006 continuerà ad applicarsi la disciplina tributaria vigente al 31 dicembre 2006. Tuttavia, con riferimento ai soggetti iscritti a una forma pensionistica complementare alla data del 28 aprile 1993 (c.d. "vecchi iscritti"), il comma 7 dell'art. 23 prevede l'applicazione del regime previgente anche alla prestazione maturata dal 1° gennaio 2007, salvo opzione per il nuovo regime, che tuttavia presuppone che almeno il 50% del montante accumulato dal 1° gennaio 2007 venga erogato in forma di rendita.

Alle imprese che destinano quote di TFR alle forme pensionistiche complementari è riconosciuta la deduzione dal reddito d'impresa di un importo pari al 4% di tali somme, elevato al 6% per le imprese con meno di 50 dipendenti (in precedenza la deduzione era limitata al 3% per tutte le imprese).

Per quanto riguarda la tassazione delle forme pensionistiche nella fase della accumulazione, la legge delega n. 243 del 2004, allo scopo di favorire il risparmio previdenziale a lungo termine, aveva previsto una revisione del livello di imposizione, attualmente pari all'11%. Tale criterio di delega è stato tuttavia disatteso, malgrado le reiterate richieste di intervento in tale direzione degli operatori interessati, con la conseguenza che le forme pensionistiche complementari restano soggette all'imposta sostitutiva dell'11% sul risultato di gestione con le modalità e i criteri già vigenti.

IL RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA SUGLI ENTI PENSIONISTICI AZIENDALI O PROFESSIONALI

Nella G.U. del 6 febbraio 2007, n. 70 s.g. è stato pubblicato il d.lgs. n. 28, entrato in vigore il 26 marzo u.s. in attuazione della Direttiva europea sugli enti pensionistici aziendali o professionali (c.d. "direttiva IORP" o "direttiva EPAP"). Il decreto apporta alcune modificazioni e integrazioni del d.lgs. n. 252/2005 recante la nuova disciplina delle forme pensionistiche complementari.

Tra le principali novità recate, il decreto prevede la possibilità da parte dei fondi pensione, previa apposita autorizzazione e verifica della sussistenza di mezzi patrimoniali adeguati che dovranno essere disciplinati nei dettagli da apposita normativa di attuazione del Ministro dell'Economia, di gestire direttamente le proprie risorse potendo offrire garanzie finanziarie, coperture demografiche ed erogazione di rendite.

Riguardo alla gestione diretta delle risorse finanziarie, la nuova normativa appare innovativa rispetto alla disciplina previgente, che sin dall'origine ha

prescelto un modello di fondo pensione che per tale attività – a parte le limitate eccezioni – è obbligato a convenzionarsi con soggetti a ciò abilitati, vale a dire banche, imprese assicuratrici, SGR e SIM.

Riguardo alla facoltà per i fondi pensione di offrire copertura dei rischi demografici ed erogazione diretta delle rendite – previa autorizzazione della COVIP in connessione "con l'adeguatezza dei mezzi patrimoniali costituiti e con la dimensione del fondo per numero di iscritti" – la disciplina previgente già considerava l'ipotesi di un fondo pensione autorizzato all'erogazione delle rendite, ma detta ipotesi, peraltro mai concretizzatasi per la mancanza della relativa normativa di attuazione, costituiva una eccezione rispetto alla regola generale del convenzionamento con imprese di assicurazione ai fini dell'erogazione in questione.

La nuova disciplina riportata dal decreto, quindi, sostanzialmente si basa su un rinvio alla regolamentazione che dovrà essere emanata dal Ministero dell'economia. Ciò non permette di esprimere valutazioni approfondite e lascia peraltro prevedere che i tempi di attuazione delle nuove disposizioni non saranno brevi, tenuto conto delle notevoli difficoltà tecnico-operative da risolvere. In ogni caso, appare difficile prevedere, sugli aspetti in questione, un radicale rovesciamento del sistema della previdenza complementare come ormai sufficientemente consolidato.

Inoltre, il decreto di recepimento prevede la successiva emanazione di un decreto interministeriale che dovrà individuare le attività nelle quali i fondi pensione possono investire le proprie risorse, i relativi criteri di investimento e le regole in materia di conflitti di interesse. Per queste ultime si dovrà tener conto della direttiva 2004/39/CE (c.d. direttiva MiFID) e del relativo d.lgs. di recepimento, attualmente in fase di consultazione. In attesa dell'emanazione del suddetto decreto interministeriale, rimarrà in vigore il decreto 21 novembre 1996, n. 703, a suo tempo emanato in attuazione del d.lgs. n. 124/1993. Resta fermo che le imprese assicuratrici, anche dopo l'emanazione del decreto in parola, continueranno a seguire per i PIP, ai sensi dell'art. 13, comma 3, del d.lgs. n. 252/2005, le regole d'investimento e di contabilizzazione recate dal Codice delle assicurazioni.

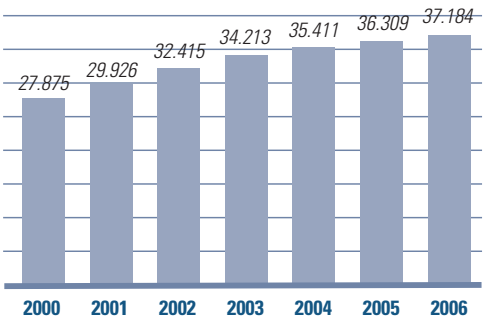
Il decreto di recepimento prevede anche un'informativa, da definire secondo modalità indicate dalla COVIP, che i fondi pensione dovranno inviare agli iscritti sulle scelte di investimento adottate, nonché di un apposito documento sugli obiettivi e sui criteri della politica di investimento perseguita, che i fondi pensione dovranno predisporre e mettere a disposizione degli aderenti. Anche in questo caso, va ricordato che il d.lgs. n. 252/2005 già attribuisce alla COVIP il compito di dettare disposizioni comuni a tutte le forme pensionistiche complementari sull'informativa periodica agli aderenti circa l'andamento amministrativo e finanziario delle forme stesse, nonché di elaborare schemi per le comunicazioni periodiche agli aderenti (v. art. 19, comma 2, lett. g).

Un'ulteriore innovazione è rappresentata dalla disciplina dell'attività transfrontaliera delle forme pensionistiche complementari italiane e quella delle analoghe forme comunitarie, in presenza di determinate condizioni e a seguito delle necessarie autorizzazioni. Riguardo a quest'ultima innovazione, va peraltro rilevato che l'attività transfrontaliera sia delle forme pensionistiche complementari italiane sia di quelle comunitarie, al di là delle dichiarazioni di principio del legislatore comunitario, risulti di difficile applicazione in assenza di una reale normativa comunitaria di coordinamento, poiché le forme pensionistiche interessate non potranno in ogni caso continuare a rispettare le regole per esse stabilite dal paese di origine ma dovranno adeguarsi a quelle dettate dal paese ospitante. La direttiva comunitaria e il relativo decreto di recepimento non sembrano consentire, dunque, la creazione di un effettivo mercato unico della previdenza complementare.

Infine, il decreto di recepimento reca una revisione delle misure sanzionatorie già presenti nel d.lgs. n. 252/2005, che vengono conseguentemente abrogate e sostituite, introducendo rispetto al sistema sanzionatorio previgente alcune nuove misure soprattutto di natura amministrativa.

Le assicurazioni danni

PREMI DIRETTI
Valori in milioni di euro

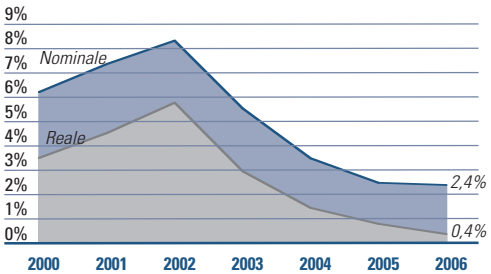


La raccolta premi, che ha superato i 37 miliardi di euro, è aumentata in misura contenuta (2,4%). L'incidenza dei rami danni sul totale premi è aumentata dal 33% al 35%. In presenza di una stabilità del rapporto tra spese di gestione e premi, il deterioramento del loss ratio ha determinato un peggioramento del combined ratio d'esercizio e del risultato del conto tecnico, la cui incidenza sui premi è passata dall'8,5% del 2005 al 6,9% del 2006.

IL LAVORO ITALIANO

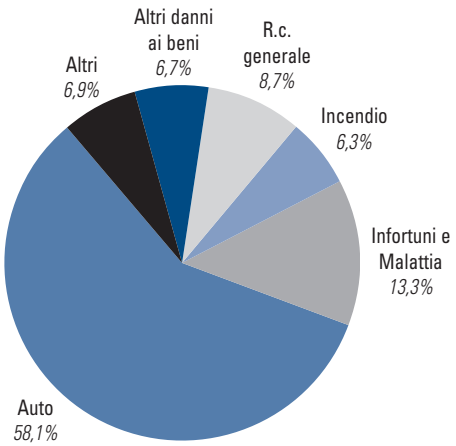
I **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 109 imprese operanti nei rami danni, sono stati pari a 37.184 milioni di euro, con un aumento rispetto all'anno precedente del 2,4% in termini nominali e dello 0,4% in termini reali. La dinamica è stata determinata soprattutto dal limitato incremento (+1,3%) registrato per il settore Auto (r.c. auto e corpi veicoli terrestri) che da solo costituisce quasi il 60% della raccolta totale danni e, anche, dalla persistenza di un mercato di tipo "soft" (ossia caratterizzato da prezzi unitari contenuti) soprattutto nel settore trasporti: per quasi tutti i rami di tale settore si è avuta una contrazione del volume premi (-5,0% per i corpi veicoli ferroviari, -9,5% per i corpi veicoli marittimi, -7,0% per le merci trasportate e -18,7% per r.c. aeromobili). L'incidenza percentuale sul totale dei premi danni e vita è stata del 34,9%, in crescita rispetto al 33,1% del 2005.

TASSO DI CRESCITA DEI PREMI DIRETTI



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 26.580 milioni di euro (25.709 nel 2005), con un aumento del 3,4% rispetto all'anno precedente; in rapporto ai premi di competenza si osserva un valore pari al 72,7%, in lieve crescita rispetto al 72,1% del 2005.

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 25.901 milioni di euro (24.841 nel 2005) con un incremento del 4,3%. Il rapporto tra tali oneri per sinistri e i premi di competenza è stato pari al 70,8%, in aumento rispetto al 69,6% del 2005.



37.184 milioni di euro

PESO % DEI PRINCIPALI RAMI DANNI

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 8.675 milioni di euro (8.392 nel 2005), con un aumento del 3,4% e un'incidenza sui premi diretti del 23,3%, (23,1% nel 2005). Questo andamento è il risultato di un leggero aumento degli oneri provvigionali (che passano dal 15,3% dei premi nel 2005 al 15,6% nel 2006) e di una lieve diminuzione delle spese generali di amministrazione (che passano dal 4,8% dei premi nel 2005 al 4,6% nel 2006).

CONTO TECNICO RAMI DANNI
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Premi contabilizzati	27.875	29.926	32.415	34.213	35.411	36.309	37.184
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	532	776	764	734	610	627	619
Oneri relativi ai sinistri (-):	23.015	23.024	23.654	24.306	24.549	24.841	25.901
- sinistri di competenza (-)	22.156	22.397	23.407	24.456	24.928	25.709	26.580
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	-859	-627	-247	150	379	868	679
Saldo delle altre partite tecniche	-434	-326	-460	-503	-591	-561	-664
Spese di gestione (-)	6.471	6.891	7.331	7.703	8.058	8.392	8.675
- provvigioni	4.269	4.497	4.844	5.138	5.338	5.546	5.797
- altre spese di acquisizione	796	921	953	1.004	1.046	1.105	1.155
- altre spese di amministrazione	1.406	1.473	1.535	1.561	1.674	1.741	1.723
Saldo tecnico del lavoro diretto	**-2.577**	**-1.091**	**206**	**967**	**1.603**	**1.888**	**1.325**
Utile investimenti	1.804	1.632	1.211	1.629	1.917	1.991	1.856
Risultato del conto tecnico diretto	**-773**	**541**	**1.417**	**2.596**	**3.520**	**3.879**	**3.181**
Saldo della riassicurazione	720	281	-124	-407	-864	-845	-672
Risultato del conto tecnico complessivo	**-53**	**822**	**1.293**	**2.189**	**2.656**	**3.034**	**2.509**
Variazione % annua dei premi	6,2%	7,4%	8,3%	5,5%	3,5%	2,5%	2,4%
Combined ratio	**107,4%**	**102,0%**	**97,3%**	**95,1%**	**93,3%**	**92,7%**	**94,2%**
- Expense ratio	23,2%	23,0%	22,6%	22,5%	22,8%	23,1%	23,3%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	15,3%	15,0%	14,9%	15,0%	15,1%	15,3%	15,6%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	2,9%	3,1%	2,9%	2,9%	3,0%	3,0%	3,1%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	5,0%	4,9%	4,7%	4,6%	4,7%	4,8%	4,6%
- Loss ratio:	84,2%	79,0%	74,7%	72,6%	70,5%	69,6%	70,8%
- Loss ratio di competenza	81,0%	76,8%	74,0%	73,1%	71,6%	72,1%	72,7%
- Suff./Insuff sinistri es. preced/Premi competenza	-3,1%	-2,2%	-0,8%	0,4%	1,1%	2,4%	1,9%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**-9,4%**	**-3,7%**	**0,7%**	**2,9%**	**4,6%**	**5,3%**	**3,6%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**-2,8%**	**1,9%**	**4,5%**	**7,8%**	**10,1%**	**10,9%**	**8,7%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	**-0,2%**	**2,8%**	**4,1%**	**6,5%**	**7,6%**	**8,5%**	**6,9%**

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base di dati espressi in migliaia di euro

Il **saldo tecnico del lavoro diretto** è stato positivo per 1.325 milioni di euro (1.888 nel 2005).

Considerati gli utili degli investimenti, pari a 1.856 milioni di euro, il **risultato del conto tecnico** è stato positivo per 3.181 milioni di euro (3.879 nel 2005). L'incidenza sui premi è stata pari all'8,7% (10,9% nel 2005).

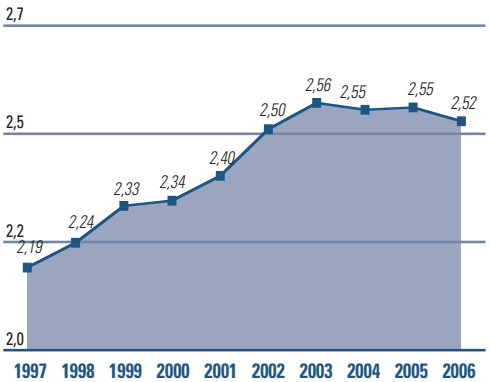
Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato negativo per 672 milioni di euro (-845 nel 2005).

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 2.509 milioni di euro (3.034 nel 2005). L'incidenza sui premi è stata del 6,9% (8,5% nel 2005).

ASSICURAZIONE DANNI E PIL

L'incidenza dei premi danni sul PIL è sostanzialmente stabile dal 2002, pur mostrando una lieve diminuzione nel 2006. Questa stabilità dipende dal fatto che la raccolta premi del settore auto cresce in linea con il prodotto nominale e che non è aumentata significativamente la diffusione delle altre polizze danni.

INCIDENZA % DEI PREMI DANNI SUL PIL

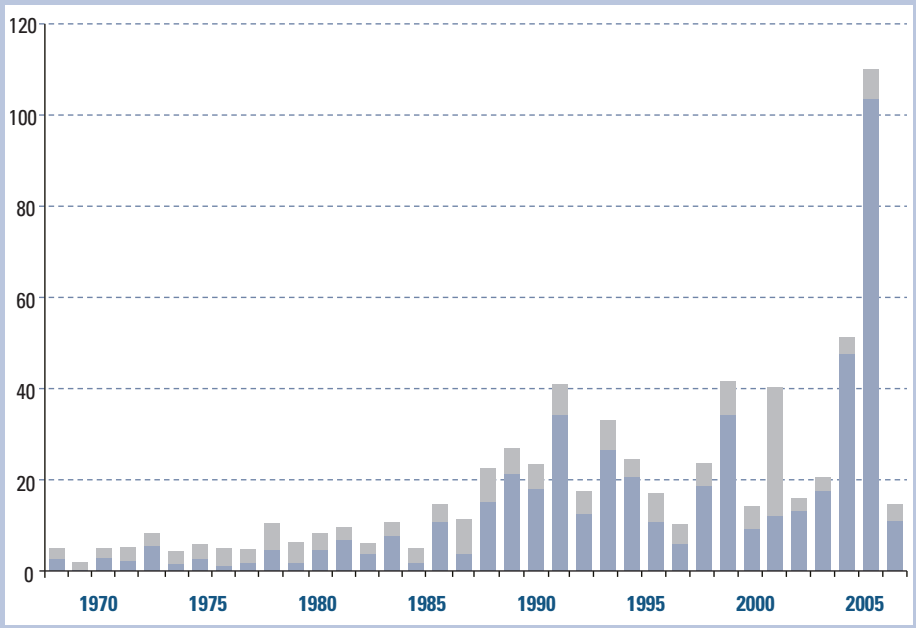


I rapporti indicati tengono conto della revisione generale dei dati sul PIL recentemente effettuata dall'ISTAT

LE CATASTROFI NATURALI NEL MONDO NEL 2006

Dopo due anni caratterizzati da forti perdite causate da catastrofi naturali o legate all'attività umana, il 2006 è stato per le compagnie di assicurazione uno dei meno costosi degli ultimi venti anni (figura 1). Secondo le stime preliminari di Swiss Re, nel 2006 le catastrofi hanno provocato circa 30 mila morti e danni per 40 miliardi di dollari (di cui circa 15 miliardi erano coperti da assicurazione). Nel 2005, a causa soprattutto degli uragani che avevano colpito il sud degli Stati Uniti, i danni assicurati avevano raggiunto i 110 miliardi di dollari, mentre l'anno precedente erano stati di poco superiori ai 50 miliardi. La maggioranza dei danni assicurati di quest'anno (12 miliardi di dollari) è stata provocata da catastrofi naturali. Il netto calo dei danni è dovuto in gran parte al ridotto numero degli uragani di forte intensità che hanno colpito gli Stati Uniti: 3, contro i 17 dell'anno precedente. Le perdite per gli assicuratori sono stimate da Munich Re in 250 milioni di dollari, contro gli 87 miliardi dell'anno precedente. Secondo la compagnia tedesca, questa differenza è da attribuirsi soprattutto a fattori meteorologici eccezionali: masse di particelle di polvere provenienti dal Sahara si sono ammassate nell'area di formazione degli uragani, riscaldando e deumidificando l'aria ad altitudini medie e impedendo la formazione di cicloni, specialmente nel mese di agosto quando questi sono più frequenti. Inoltre, molti cicloni si sono diretti verso il mare aperto.

FIGURA 1
DANNI ASSICURATI



Fonte: Swiss Re Catastrophe Database. Dati in miliardi di dollari a prezzi 2006. I dati per il 2006 sono preliminari e stimati al 20 dicembre 2006

In generale l'innalzamento delle temperature aveva fatto prevedere un aumento del numero dei cicloni. Secondo le stime dell'Associazione Mondiale di Meteorologia il 2006 è stato il sesto anno più caldo dal 1861, da quando cioè viene rilevata la temperatura media globale; il quarto considerando solo l'emisfero settentrionale.

In Europa, le intense nevicate dell'inizio del 2006 hanno provocato in alcuni casi danni ingenti. Ad esempio, si stima che in Austria i danni assicurati siano stati pari a 400 milioni di dollari, circa il 10% della raccolta annuale del settore property. Si sono registrati sul nostro continente tempeste con vento a oltre 250 chilometri orari, che hanno un forte potenziale distruttivo. Secondo Munich Re il cambiamento climatico e l'aumentare della concentrazione geografica delle abitazioni e degli impianti produttivi sta facendo crescere le perdite potenziali da disastri naturali. Di conseguenza, l'aumento dei prezzi della riassicurazione seguito alle catastrofi del 2005 potrebbe rivelarsi persistente, dal momento che le previsioni ottenute utilizzando i nuovi modelli basati sull'evidenza degli ultimi anni, sono destinate a modificare sensibilmente i prezzi delle coperture per molte aree geografiche.

I terremoti, che in alcuni casi sono stati intensi e hanno provocato migliaia di vittime, non hanno però interessato aree con forte copertura assicurativa.

Il 2007 si è aperto però con cattive notizie sul fronte delle catastrofi naturali in Europa. A metà gennaio l'uragano Kyrill ha colpito il Regno Unito, la Germania e diversi paesi dell'Europa centrale, con venti che hanno soffiato a oltre 100 chilometri all'ora per oltre 24 ore, una durata molto più lunga rispetto a quella di eventi simili. Le stime sui danni assicurati sono ancora provvisorie. Secondo Benfield le perdite per il settore assicurativo potrebbero essere attorno ai 4 miliardi di euro, meno della metà di quelle provocate dal ciclone Lothar che ha investito la Francia nel 1999 e comparabili con quelle dell'uragano Daria, che provocò nel 1990 danni per 4,4 miliardi di euro. Secondo altre stime, però i danni potrebbero essere molto più ingenti. L'Applied Insurance Research prevede che le compagnie potrebbero arrivare a spendere fino a 8 miliardi di euro: in questo caso Kyrill diventerebbe l'uragano più dannoso ad aver colpito l'Europa negli ultimi venti anni.

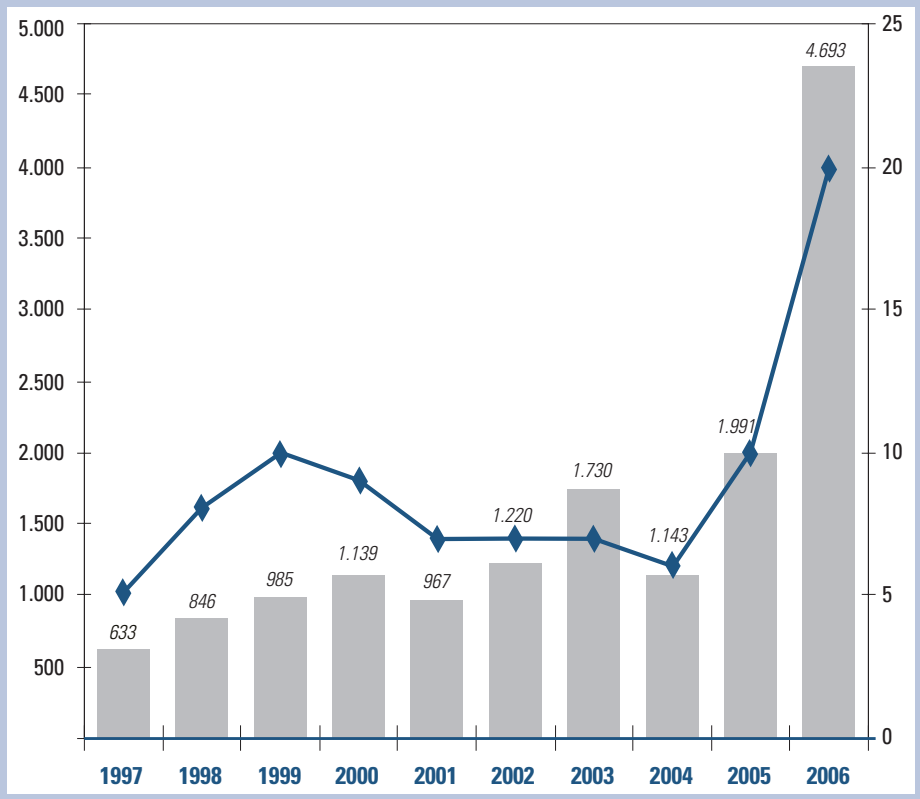
Secondo Munich Re, che stima i danni di Kyrill attorno ai 4 miliardi di euro, la probabilità che eventi del genere colpiscano l'Europa è in forte crescita, a causa del cambiamento climatico che rende gli inverni più tiepidi. In particolare, secondo il riassicuratore tedesco, l'inverno particolarmente mite registrato quest'anno intensifica il rischio di uragani nei prossimi mesi. La frequenza di questi eventi è destinata a crescere così come la loro intensità.

IL MERCATO INTERNAZIONALE DEI CAT BONDS NEL 2006

Secondo Guy Carpenter, il mercato dei cat bonds ha segnato nel 2006 la crescita più alta mai registrata, sia in termini di numero di emissioni sia in termini di valore. Nel periodo di riferimento vi sono state 20 emissioni, il doppio rispetto al 2005, per un totale di 4,7 miliardi di dollari (due miliardi l'an-

no precedente). Negli ultimi due anni il mercato complessivo dei cat bonds è più che triplicato. Dal 1997, sono stati emessi 89 di questi strumenti (figura 1), mentre il capitale assicurato alla fine del 2006 ammontava a 8,5 miliardi di dollari, il 75% in più rispetto all'anno passato e oltre il doppio del valore del 2004 (figura 2).

FIGURA 1
NUMERO E VOLUME (MLN $) DI EMISSIONI DI CAT BOND: 1997-2006



Fonte: Guy Carpenter

Accanto agli emittenti tradizionali, sette nuove entità si sono affacciate sul mercato. Tra queste, due non fanno parte del settore assicurativo: il Governo messicano e un'impresa statunitense del settore energetico (Dominion Resources Inc.). Il Governo messicano ha emesso un bond da 160 milioni di dollari (CAT-Mex Ltd.) nel maggio 2006 per coprire il rischio di terremoti nell'area di Città del Messico e della costa nord occidentale. La Dominion Resources Inc., ha emesso un bond da 50 milioni di dollari (DREWCAT Ltd.), per ottenere protezione per giacimenti petroliferi localizzati lungo la costa della Louisiana e del Texas. Per questo tipi di strutture, duramente colpite dalle catastrofi del 2005, l'accesso alla copertura assicurativa contro gli uragani per l'anno successivo è stato notevolmente limitato.

Si rileva che la quota di mercato più grande è stata conseguita dalle compagnie di assicurazione (60%) con 12 emissioni, seguite dalle compagnie di riassicurazione (30%) con 6 emissioni e altri emittenti (10%) con 2 emissioni (figura 3), evidenziando un'inversione della tendenza registrata negli anni prece-

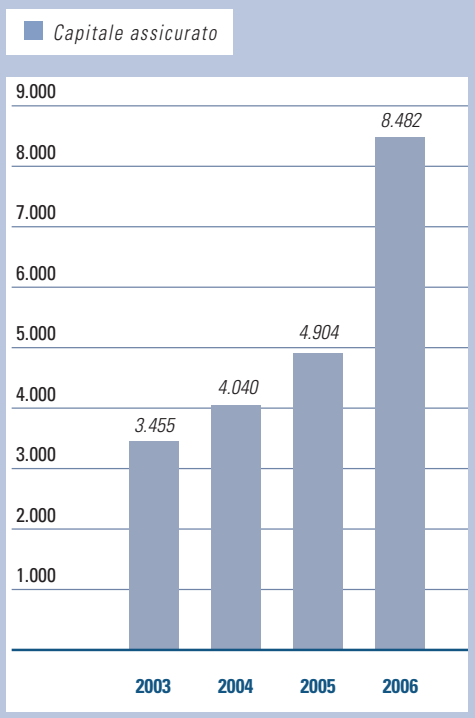
denti in cui la quota di mercato principale era quella delle compagnie di riassicurazione.

La forte crescita di questo tipo di prodotti è da attribuirsi alla riduzione della disponibilità di coperture riassicurative a causa delle ingenti perdite causate dagli uragani del 2004 e 2005, unita all'aumento della domanda da parte degli investitori istituzionali, in cerca di diversificazione e di rendimenti più elevati. Il 2006 è risultato l'anno della combinazione tra diverse modalità di copertura dal rischio catastrofale. I cat bonds non sono stati considerati semplicemente come un'alternativa per limitare l'esposizione al rischio catastrofale ma sono spesso stati associati ad altre tipologie di coperture.

Oltre al notevole aumento delle emissioni e del capitale di rischio, l'attività del 2006 è stata caratterizzata da un accrescimento del volume di rischio assicurato, testimoniato dal fatto che le emissioni di quest'anno interessano layer notevolmente più bassi rispetto agli anni precedenti.

La misura della perdita attesa annua di una emissione di cat bonds costituisce una buona approssimazione del livello rischio coperto. Tra tutte le emissioni effettuate prima del 2006 la massima perdita attesa annua è stata del 4,9%. Solo nel 2006, la perdita attesa annua di ben 10 emissioni di cat bonds è stata superiore al 6%.

FIGURA 2
CAPITALE ASSICURATO (MLN $)



Fonte: Guy Carpenter

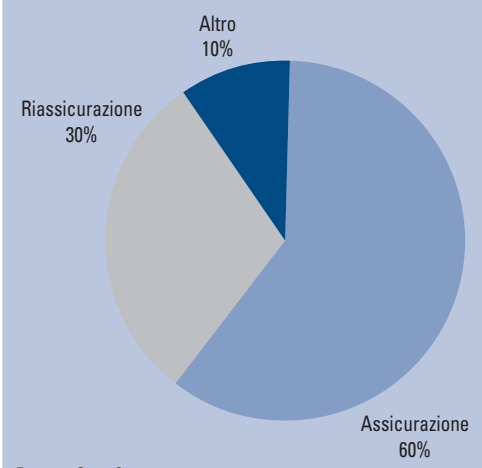
LA COPERTURA DEI RISCHI CATASTROFALI: L'ITALIA RISPETTO AGLI ALTRI PAESI

Gli anni '90 sono stati nel complesso il decennio più caldo da quando esistono statistiche accurate. Il 2003 è stato per l'Europa l'anno più caldo da almeno 500 anni, con temperature di due gradi più alte della media, che hanno provocato 35.000 vittime. Alcune previsioni annunciano addirittura un ulteriore aumento di sei gradi entro la fine del secolo se non verranno presi provvedimenti. Diversi studi scientifici ritengono che il cambiamento climatico a cui stiamo assistendo sia responsabile di buona parte dell'aumento della frequenza e della magnitudo delle catastrofi naturali, come inondazioni, tempeste ed estati estremamente secche.

In generale, la numerosità delle catastrofi naturali e l'entità dei danni economici provocati sono aumentati in maniera rilevante nell'ultimo decennio.

Il problema può essere affrontato, da una parte, cercando di ridurre le cause responsabili del cambiamento climatico e, dall'altra, intervenendo con una pianificazione territoriale, con logiche costruttive e di organizzazione di pre-

FIGURA 3
DISTRIBUZIONE PER TIPOLOGIA DELL'EMITTENTE



Fonte: Guy Carpenter

sidi di protezione civile che possano mitigare i danni umani e materiali quando tali eventi dovessero verificarsi.

Secondo un rapporto dell'Agenzia Europea dell'Ambiente, pubblicato nel 2004, il nostro paese è uno dei più esposti alle catastrofi naturali, in particolare a inondazioni, frane e terremoti. Il 6,1% dell'intero territorio si trova in aree a elevato rischio di frane e smottamenti; circa il 40% della popolazione vive in aree sismiche, dove il 64% dei fabbricati non è costruito secondo criteri antisismici: nell'ultimo secolo oltre 120 mila persone sono morte a causa di terremoti. Le vittime per frane e inondazioni, negli ultimi cinquanta anni, sono state circa 3.500. Negli ultimi vent'anni, la spesa media annuale dello Stato per far fronte ai danni e ai disagi causati dalle catastrofi naturali è stata di circa 4 miliardi di euro, secondo le stime della Protezione Civile.

Nonostante la serietà della minaccia, in Italia non esiste un impianto normativo sull'assicurazione delle catastrofi naturali. Al contrario, si tende a intervenire con norme successive all'evento che stanziano fondi attingendo alla fiscalità generale.

Questo modo di procedere presenta numerosi problemi, tra cui:

- non fornisce incentivi a pianificare interventi di prevenzione e contenimento dei danni in caso di catastrofi;
- l'erogazione del risarcimento non è certa per il cittadino né nell'*an* né tanto meno nel *quantum,* poiché dipende da provvedimenti presi *ad hoc* e avviene in tempi generalmente lunghi e comunque indeterminati;
- causa una scarsa trasparenza nell'attribuzione ed erogazione degli aiuti con il conseguente uso inefficiente e inefficace delle risorse;
- scarica sulle generazioni future dei costi delle catastrofi quando si fa ricorso a prestiti da istituzioni internazionali o, più in generale, a debito pubblico;
- crea l'illusione che il sistema non abbia un costo mentre in realtà il costo pesa sulla fiscalità generale;
- provoca l'aumento della volatilità del bilancio pubblico.

Nei paesi anglosassoni l'indennizzo dei danni da catastrofi naturali è basato sull'assicurazione privata libera e volontaria, che supera molti dei problemi del modello italiano, comportando però altri aspetti negativi come, ad esempio:

- la volontarietà della copertura, che induce il fenomeno assicurativo noto come antiselezione: la domanda di copertura assicurativa è composta unicamente da soggetti che abitano nelle zone/abitazioni più a rischio;
- l'impossibilità per le fasce di popolazione meno abbiente e residente in zone ad alto rischio di pagare il premio assicurativo non usufruendo della copertura;

– i limiti alla capacità del mercato assicurativo e riassicurativo di coprire rischi così elevati.

Per riuscire a raccogliere il meglio dal sistema pubblico e da quello privato in alcuni paesi si è scelto un modello misto.

In Francia, ad esempio, è prevista la presenza obbligatoria (ovvero: l'estensione automatica) della copertura contro le catastrofi naturali nella polizza incendio offerta dalle imprese di assicurazione private stipulata dal privato cittadino per la sua abitazione. Tale principio, c.d. di semiobbligatorietà, permette al sistema di evitare l'antiselezione dei rischi e di poter contare su una massa critica di contratti su cui far valere una certa mutualità. È stata inoltre istituita la Caisse Centrale de Réassurance di proprietà pubblica, che offre alle compagnie la possibilità di riassicurarsi contro il rischio di calamità naturali, a un prezzo prestabilito. Lo Stato interviene solo in caso di insufficienza dei fondi della Caisse. Tali istituti consentono alle imprese private di aumentare la propria capacità sottoscrittiva e di prezzare il rischio di calamità naturale in maniera uniforme sul territorio in misura pari al 12% del premio previsto per la copertura incendio della polizza.

L'ASSICURAZIONE DELLE PICCOLE E MEDIE IMPRESE MANIFATTURIERE

La diffusione dell'assicurazione danni in Italia è più limitata rispetto agli altri principali paesi industrializzati.

Si stima che i premi per i rami property del settore corporate siano pari allo 0,23% del PIL in Italia, contro lo 0,30% in Germania, lo 0,34% in Francia e lo 0,50% nel Regno Unito.

Non è chiaro in che misura il minor grado di assicurazione da parte delle imprese dipenda dalla morfologia del sistema produttivo italiano, incentrato sulle piccole e medie imprese. È però ragionevole assumere che siano proprio le piccole e medie imprese a essere più vulnerabili agli eventi avversi, a causa della scarsa disponibilità di capitale e del limitato accesso ai mercati finanziari.

La tassazione dei premi è in Italia generalmente più elevata che negli altri paesi europei e questo può contribuire a spiegare una minore diffusione delle coperture assicurative.

La letteratura teorica concorda nell'affermare che la domanda di assicurazione delle imprese, soprattutto quelle più grandi, è determinata da fattori diver-

si rispetto a quella delle famiglie. Mentre per le famiglie e per le piccole imprese il ricorso all'assicurazione è motivato essenzialmente dall'avversione al rischio, per le imprese più grandi l'acquisto di assicurazione contribuisce a ridurre i costi di agenzia e di fallimento e, per questa via, riduce il costo di finanziamento. Semplificando, anche a rischio di qualche imprecisione, l'assicurazione produce benefici per le imprese, in quanto:

- riduce la probabilità che l'impresa diventi insolvente a seguito di eventi che distruggono le infrastrutture produttive. Ciò ha l'effetto di ridurre i costi "attesi" di fallimento e, presumibilmente, di migliorare le condizioni contrattuali applicate all'impresa dai fornitori e, soprattutto, dai finanziatori;
- riduce i costi attesi di una crisi di liquidità per le imprese, impedendo che incidenti ai beni possano annullare la capacità dell'impresa di riprendere la produzione per mancanza di fondi;
- attenua la variabilità temporale dei profitti: questo facilita una valutazione più accurata dell'impresa da parte di terzi e può, in certe condizioni, ridurre gli oneri fiscali a carico delle imprese;
- consente una migliore organizzazione dell'impresa, fornendo un interlocutore professionale (l'assicuratore) per i vari servizi connessi con la gestione del rischio.

Per valutare il livello di copertura assicurativa delle piccole e medie imprese manifatturiere italiane l'ANIA ha utilizzato i dati della XXV edizione dell'indagine congiunturale di Capitalia, condotta nel luglio 2006 su un campione di 633 imprese manifatturiere con un numero di addetti compreso tra 11 e 500.

In questa edizione sono state poste alle imprese alcune domande sulle coperture assicurative, in particolare:

- la spesa per polizze danni, escludendo le coperture per le auto e la r.c. generale;
- il capitale assicurato contro i danni;
- la spesa per polizze property (furto e incendio);
- la spesa per polizze r.c. generale.

Infine è stato chiesto se, al momento di chiedere un finanziamento, l'impresa informa la banca delle proprie coperture assicurative.

Secondo l'inchiesta, l'88,3% delle imprese rispondenti ha almeno una copertura assicurativa contro i danni, al netto di quelle che coprono i rischi derivanti dalla responsabilità civile auto. La quota percentuale aumenta con la dimensione dell'impresa, salendo dall'86,6% per le imprese con un numero di addetti compreso tra 11 e 50 unità al 98,4% per quelle con addetti compresi tra 251 e 500 (tavola 1).

Esistono grandi differenze anche per quanto riguarda il tipo di specializzazione produttiva: le imprese che producono beni di consumo si assicurano nel 93% dei casi, quelle specializzate in beni di investimento nell'89%, quelle in beni intermedi nell'84%. L'assicurazione risulta più diffusa nelle imprese del Sud rispetto a quelle del Centro-Nord. La probabilità di assicurarsi potrebbe essere più elevata laddove minore è il ricorso a fonti di finanziamento di mercato.

Differenze rilevanti tra categorie di imprese emergono per quanto riguarda le polizze assicurazione per la responsabilità civile, che nell'indagine escludono quelle obbligatorie per la circolazione dei veicoli. Complessivamente, è assicurato il 72,5% delle imprese, senza alcuna differenza tra quelle residenti nel Mezzogiorno e le altre (tavola 1).

TAVOLA 1
QUOTA PERCENTUALE DI IMPRESE ASSICURATE

	Ass. danni (no r.c. auto)	**di cui: Ass. r.c. generale**	**Ass. property (non auto)**
Localizzazione geografica			
Sud*	92,5	86,7	72,4
Centro-Nord*	87,7	88,3	72,5
Tipo di prodotto			
Beni intermedi	83,6	85,0	62,5
Beni d'investimento	88,7	87,6	86,4
Beni di consumo	93,0	91,5	77,0
Dimensione			
11-50 addetti	86,6	86,6	68,8
51-250 addetti	97,0	95,7	91,5
251-500 addetti	98,4	96,7	88,2
Totale	**88,3**	**88,1**	**72,5**

Fonte: Elaborazione ANIA sui dati tratti dalla XXV edizione dell'inchiesta congiunturale di Capitalia
(*) L'Abruzzo è compreso nel Centro-Nord

Anche per le polizze r.c. generale si ha minor ricorso da parte delle piccole imprese. La percentuale di imprese assicurate è minore per le imprese che producono beni intermedi, forse perché la consuetudine di lavoro tra fornitori e utilizzatori riduce il rischio, mentre sale per le imprese che producono beni di consumo e, soprattutto, di investimento.

L'assicurazione danni

L'ammontare dei premi pagati per l'assicurazione contro i danni, che esclude la r.c. generale e l'assicurazione auto, è in media pari a 24.000 euro, con una forte variabilità che dipende ovviamente dalle dimensioni delle imprese (tavola 2, prima colonna).

TAVOLA 2
SPESA PER L'ASSICURAZIONE DANNI
(ESCLUDE LA R.C. AUTO E LA R.C. GENERALE)

	Ammontare (Euro)		% fatturato		Premi/Cap. ass (%)	
	Media	**Std. Error**	**Media**	**Std. Error**	**Media**	**Std. Error**
Localizzazione geografica						
Sud*	19.210	1.974	0,27	0,02	0,39	0,05
Centro-Nord*	24.643	1.859	0,27	0,02	0,37	0,03
Tipo di prodotto						
Beni intermedi	25.139	2.957	0,25	0,02	0,36	0,05
Beni d'investimento	26.675	4.569	0,29	0,04	0,31	0,06
Beni di consumo	21.619	1.767	0,28	0,02	0,42	0,03
Dimensione						
11-50 addetti	15.075	1.287	0,27	0,02	0,43	0,05
51-250 addetti	61.887	5.713	0,29	0,02	0,33	0,03
251-500 addetti	209.849	27.817	0,20	0,02	0,29	0,06
Totale	**24.023**	**1.648**	**0,27**	**0,02**	**0,37**	**0,03**

Fonte: Elaborazione ANIA sui dati tratti dalla XXV edizione dell'inchiesta congiunturale di Capitalia
(*) L'Abruzzo è compreso nel Centro-Nord

L'incidenza media dei premi pagati sul fatturato è dello 0,27% e non sembra essere significativamente influenzata né dalla localizzazione geografica né dal tipo di produzione. Per avere un termine di paragone, Towers Perrin ha stimato che nel 1995 l'impresa media degli Stati Uniti spendeva per l'acquisto di assicurazione lo 0,4% del fatturato.

Il rapporto tra premi pagati e capitale assicurato è pari allo 0,37% (tavola 2, quinta colonna). L'indicatore approssima il prezzo unitario della copertura; lo fa però in maniera assai imperfetta, in quanto nell'assicurazione contro i danni le clausole contrattuali (ad esempio, franchigia e massimale) introducono una forte non linearità nel rapporto tra premio e capitale assicurato.

L'indicatore decresce all'aumentare delle dimensioni dell'impresa. È probabile che le imprese più grandi dispongano di sistemi di prevenzione e procedure di risk management più sofisticate che comportano una minore rischiosità e quindi premi proporzionalmente più bassi. Inoltre, è possibile che abbiano migliori capacità di selezionare il rischio e si assicurino per i rischi più gravi ma meno probabili, che comportano premi inferiori. Infine, la struttura delle provvigioni pagate ai broker e agli agenti prevede spesso una componente fissa, che ovviamente ha un'incidenza percentuale maggiore sulle coperture di importo minore.

Il capitale assicurato contro i danni è pari in media al 62,5% del totale degli attivi (tavola 3). Tendono ad avere un livello di copertura più elevato le imprese che producono beni di investimento (79,3%), seguono quelle impegnate nei beni intermedi, mentre quelle che producono beni di consumo assicurano in media solo il 53,9% degli attivi.

TAVOLA 3
CAPITALI ASSICURATI PER L'ASS. DANNI
(ESCLUDE LA R.C. AUTO E LA R.C. GENERALE)

	Ammontare (migliaia di Euro)		in % totale attivi	
	Media	**Std. Error**	**Media**	**Std. Error**
Localizzazione geografica				
Sud*	4.973	717	64,1	8,4
Centro-Nord*	5.540	511	62,3	5,5
Tipo di prodotto				
Beni intermedi	5.803	835	53,9	7,7
Beni d'investimento	6.790	1.490	79,3	12,2
Beni di consumo	4.672	470	67,7	5,7
Dimensione				
11-50 addetti	2.957	312	52,5	7,6
51-250 addetti	15.400	1.489	70,7	6,0
251-500 addetti	68.100	10.600	78,1	12,7
Totale	**5.473**	**456**	**62,5**	**5,0**

Fonte: Elaborazione ANIA sui dati tratti dalla XXV edizione dell'inchiesta congiunturale di Capitalia
(*) L'Abruzzo è compreso nel Centro-Nord

Il livello di copertura cresce con la dimensione delle imprese, passando dal 52,5% di quelle con meno di 50 occupati al 78,1% di quelle più grandi. Tra le possibili spiegazioni va sottolineata la relazione inversa tra costo della copertura e dimensione dell'impresa e il fatto che le imprese più grandi presumibilmente per effetto di economie di scala, tendono ad avere un fatturato maggiore a parità di totale attivo.

L'assicurazione contro i danni derivanti dalla responsabilità civile

Il premio medio per la responsabilità civile generale (tavola 4) è pari a quasi 6.900 euro, lo 0,08% del fatturato. Anche se il livello assoluto dei premi nel Mezzogiorno è inferiore (4.800 euro) a quello del Centro-Nord (7.200 euro), l'incidenza sul fatturato non è significativamente diversa.

Le imprese più grandi spendono proporzionalmente meno (0,06% del fatturato), anche se sono quelle che relativamente si assicurano di più (tavola 1). Questo andamento è analogo a quello riscontrato nell'assicurazione contro i danni.

Si nota una notevole differenza dell'incidenza dei premi a seconda del tipo di produzione: le imprese che producono beni di investimento spendono in media lo 0,12% del fatturato per coperture r.c. generale, quelle specializzate in beni di consumo lo 0,09% e quelle che producono beni intermedi lo 0,06%. In questo caso, però, il ranking tra imprese è analogo a quello osservato per la probabilità di assicurarsi. In altri termini le imprese che producono beni di investimento sono sia quelle che si assicurano di più sia quelle che spendono di più in rapporto al fatturato. Questo risultato suggerisce che la specializzazione produttiva sia fortemente correlata con la rischiosità dell'impresa.

TAVOLA 4
SPESA PER L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE (ESCLUDE LA R.C. AUTO)

	Ammontare (Euro)		in % fatturato	
	Media	Std. Error	Media	Std. Error
Localizzazione geografica				
Sud*	4.843	605	0,07	0,01
Centro-Nord*	7.173	642	0,08	0,01
Tipo di prodotto				
Beni intermedi	6.090	842	0,06	0,01
Beni d'investimento	10.296	1.887	0,12	0,02
Beni di consumo	6.354	694	0,09	0,01
Dimensione				
11-50 addetti	4.310	519	0,08	0,01
51-250 addetti	17.441	1.488	0,09	0,01
251-500 addetti	62.119	8.832	0,06	0,01
Totale	**6.878**	**560**	**0,08**	**0,01**

Fonte: Elaborazione ANIA sui dati tratti dalla XXV edizione dell'inchiesta congiunturale di Capitalia.
(*) L'Abruzzo è compreso nel Centro-Nord

Coperture assicurative e credito

Secondo la letteratura economica, vi è una qualche evidenza che il ricorso all'assicurazione dovrebbe aumentare la capacità di indebitamento delle imprese e ridurre il costo del credito. I risultati dell'indagine di Capitalia mostrano però che le banche sono relativamente poco informate delle coperture assicurative delle imprese: solo il 37% delle imprese informa la propria banca (tavola 5). Tenuto conto del fatto che talune coperture assicurative sono collegate a operazioni creditizie, l'informazione della banca è molto limitata.

TAVOLA 5
L'INFORMAZIONE ALLA BANCA

	% di imprese che informano	Fatturato (migliaia di Euro)		Cap. ass./attivi (%)	
		non informa	informa	non informa	informa
Localizzazione geografica					
Sud*	32,9	7.378	8.826	53,7	69,4
Centro-Nord*	37,3	9.146	9.558	56,0	75,5
Tipo di prodotto					
Beni intermedi	42,5	10.310	9.948	44,0	73,0
Beni d'investimento	26,0	7.428	10.500	79,7	77,1
Beni di consumo	35,3	8.295	8.533	62,9	75,9
Dimensione					
11-50 addetti	38,3	5.200	5.736	43,2	70,4
51-250 addetti	28,4	21.107	25.219	66,0	80,7
251-500 addetti	41,4	97.920	590.763	83,5	70,5
Totale	**36,8**	**8.946**	**9.484**	**55,8**	**74,7**

Fonte: Elaborazione ANIA sui dati tratti dalla XXV edizione dell'inchiesta congiunturale di Capitalia.
(*) L'Abruzzo è compreso nel Centro-Nord

A parità di categoria, chi informa la banca ha generalmente un fatturato superiore rispetto a chi non la informa e un rapporto tra capitale assicurato e totale dell'attivo più elevato. Quest'ultima evidenza è interessante, soprattutto se si considera che le principali differenze tra le imprese che informano la banca e le altre si concentrano nelle piccole imprese e in quelle che producono beni intermedi, ossia le categorie che presentano una più bassa propensione ad assicurarsi. È possibile che ciò avvenga perché le imprese meglio assicurate vogliono segnalare alla banca una minore rischiosità; naturalmente, non si può però escludere che ciò avvenga perché è la banca stessa a richiedere determinate coperture assicurative.

LA COMUNICAZIONE ALL'ANAGRAFE TRIBUTARIA DELLE SOMME LIQUIDATE PER SINISTRI

Il d.l. 4 luglio 2006 n. 223, convertito dalla legge 4 agosto 2006 n. 248, ha introdotto una serie di misure di natura fiscale finalizzate prevalentemente al recupero della base imponibile e al potenziamento dell'attività di controllo dell'Amministrazione finanziaria.

Il settore assicurativo è specificamente interessato da disposizioni tese a rafforzare l'attività di accertamento sui servizi prestati da figure professionali o imprenditoriali nei confronti di soggetti destinatari di risarcimenti per danni subiti. In particolare, l'art. 35 comma 27 (integrando il testo dell'art. 7 del D.P.R. n. 605 del 1973) introduce l'obbligo per imprese, intermediari e tutti gli altri operatori del settore delle assicurazioni di comunicare sistematicamente all'Anagrafe tributaria l'ammontare delle somme liquidate (in sede di prima applicazione si tratta delle somme erogate a decorrere dal 1° ottobre 2006), il codice fiscale (o la partita IVA) del beneficiario e il codice fiscale (o la partita IVA) dei soggetti le cui prestazioni sono state valutate ai fini della quantificazione della somma liquidata.

I dati così acquisiti devono essere utilizzati prioritariamente nell'attività di accertamento effettuata nei confronti dei soggetti le cui prestazioni sono state valutate ai fini della quantificazione della somma liquidata. Mentre è chiaro il proposito di fronteggiare il fenomeno dell'evasione nell'area del lavoro autonomo, non è semplice comprendere le finalità sottese alla comunicazione di dati relativi ai risarcimenti nei confronti dei soggetti danneggiati, dati che per definizione non individuano alcun indice di capacità contributiva.

Le imprese del settore, così come quelle di altri settori, sono ancora una volta chiamate a collaborare, sostenendo oneri non irrilevanti, con l'Amministrazione finanziaria nella rilevazione sistematica di informazioni utili all'attività di accertamento; con le segnalazioni in questione sono tre gli adempimenti comunicativi annuali, aventi a oggetto, rispettivamente, i dati e le notizie

riguardanti i contraenti, i premi di assicurazione che beneficiano di agevolazioni fiscali in sede di versamento e, appunto, l'ammontare delle somme liquidate e i dati dei danneggiati e dei soggetti terzi che intervengono nel processo liquidativo.

LA DURATA DEI CONTRATTI E IL DECRETO BERSANI II

Il comma 4, dell'articolo 5 del d.l. 31 gennaio 2007, n. 7 – recante misure urgenti per la tutela dei consumatori, la promozione della concorrenza, lo sviluppo di attività economiche e la nascita di nuove imprese – convertito nella legge 2 aprile 2007, n. 40, ha profondamente modificato la disciplina dell'articolo 1899 del Codice civile per quanto concerne la durata dei contratti di assicurazione.

Per effetto della nuova disposizione, d'ora in poi, gli assicurati potranno esercitare il diritto di recesso annualmente, con preavviso di 60 giorni, dai contratti di assicurazione contro i danni di durata poliennale e, secondo quanto è stato successivamente previsto dall'articolo 8-bis della citata legge di conversione, senza che a essi venga addebitato alcun onere economico per l'esercizio del proprio diritto.

Il comma 5, dell'articolo 5, inoltre, ha dichiarato la nullità delle clausole che risultino in contrasto con le prescrizioni del medesimo articolo, fatta salva la facoltà per gli operatori di adeguare le predette clausole, vigenti alla data di entrata in vigore del decreto legge ed eventualmente in contrasto con le nuove disposizioni, entro i successivi 60 giorni.

Secondo il comma 4 dell'articolo 5, infine, le nuove disposizioni si applicano ai contratti stipulati a partire dalla data di entrata in vigore di quest'ultima (3 aprile 2007) mentre, per i contratti stipulati antecedentemente a tale data, la facoltà di recesso può essere esercitata a condizione che siano trascorsi almeno tre anni dalla stipula del contratto.

COMMENTO DELL'ANIA ALL'INTERIM REPORT SULLA DURATA DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

La durata poliennale dei contratti assicurativi viene spesso indicata dall'Interim Report sulla Business Insurance della Commissione europea quale elemento di rigidità concorrenziale, anche se viene riconosciuto che se la lunghezza è "inerente" al contratto questa non pone problemi di concorrenza.

In generale, è senz'altro vero che gli assicurati, una volta vincolati contrattualmente a una compagnia, potrebbero non essere in grado di accedere a condizioni più vantaggiose offerte da altri concorrenti.

Un'analisi approfondita dei costi e dei benefici connessi con la durata contrattuale non può, tuttavia, trascurare i benefici che possono derivare da un legame prolungato tra la compagnia assicuratrice e i suoi clienti.

In effetti, il tema della durata contrattuale non è nuovo al dibattito economico. Vi è una letteratura piuttosto estesa sugli effetti di welfare dei contratti bancari di lungo periodo, che concentra l'analisi sul trade-off tra i benefici informativi che discendono da una relazione banca-cliente prolungata e i vantaggi che derivano dalla facoltà di passare a condizioni migliori offerte dai concorrenti. Alcuni autori argomentano che l'esistenza di relazioni contrattuali prolungate garantisce accesso ai servizi finanziari che altrimenti verrebbe negato.

Per quanto riguarda i contratti assicurativi sulla vita, Hendel e Lizzeri ([1]) dimostrano che, in assenza di contratti di lunga durata ossia di un commitment da parte dell'assicurato, le modalità di pagamento dei premi che disincentivano l'uscita dal contratto (cosiddette front loading) agevolano il pooling dei rischi e rappresentano per l'assicurato una sorta di copertura dal rischio di riclassificazione, ovvero il rischio per l'assicurato di passare a una classe di rischio più elevata di quella iniziale.

Nel caso di coperture sanitarie il funzionamento è chiaro. In assenza di un meccanismo di commitment, i membri di un pool che non hanno sofferto patologie gravi potrebbero essere indotti a recedere dal contratto per beneficiare di condizioni migliori offerte dalla concorrenza; ma questo comportamento alzerebbe ex ante il rischio aggregato del pool, obbligando la compagnia ad alzare il tasso di premio o limitando l'accesso alla copertura medica.

Lo stesso ragionamento si può applicare a tutte le coperture di quei rischi soggetti a riclassificazione. Tra questi, i contratti di r.c. e alcune coperture contro i danni alla proprietà.

Infine, non si può trascurare il fatto che i contratti di lungo periodo non sono soggetti a limitazioni della copertura, decise a seguito di particolari eventi. Ad esempio, dopo gli attentati dell'11 settembre la copertura contro i rischi di terrorismo è stata generalmente esclusa dai contratti property. Naturalmente, i contratti pluriennali stipulati prima di quella data non prevedono l'esclusione.

([1]) Hendel, I. e A. Lizzeri (2003) "The Role of Commitment in Dynamic Contracts: Evidence from Life Insurance", The Quarterly Journal of Economics, febbraio.

Si confermano ancora positivi nel 2006 i risultati del ramo r.c. auto, grazie anche alla tenuta delle riserve per i sinistri accaduti negli anni precedenti. È peggiorato il loss ratio di esercizio dal 78,8% nel 2005 al 79,5% nel 2006. Permane positivo il risultato tecnico complessivo del ramo corpi veicoli terrestri, ma registrano una incidenza sui premi in diminuzione rispetto al 2005.

LA GESTIONE DELL'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE

I dati di seguito riportati sono comprensivi anche di quelli relativi alla assicurazione r.c. obbligatoria dei veicoli marittimi.

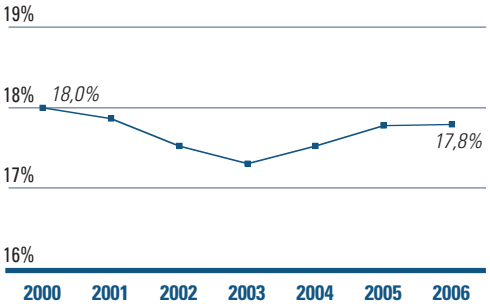
I **premi del lavoro diretto italiano,** raccolti dalle 71 imprese operanti nel ramo, sono stati nel 2006 pari a 18.416 milioni di euro, registrando un tasso di crescita di appena l'1,2%; questi premi costituiscono il 49,5% dei premi complessivi delle assicurazioni danni (50,1% nel 2005). La stazionarietà del livello dei premi è dovuta soprattutto al buon andamento dei risultati tecnici che ha consentito alle imprese di mantenere sostanzialmente invariate le condizioni tariffarie e, spesso, di applicare sconti sui premi in chiave concorrenziale.

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 14.944 milioni di euro (14.756 nel 2005) ed è aumentato dell'1,3% rispetto al 2005 in quanto l'effetto del calo della frequenza sinistri, che è proseguito nel 2006, è stato più che compensato dall'aumento del costo medio dei sinistri. L'incidenza del costo dei sinistri sui premi di competenza è rimasta stabile (81,4%).

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 14.589 milioni di euro (14.284 nel 2005) e hanno registrato un aumento del 2,1% rispetto al 2005. La sufficienza delle riserve per i sinistri accaduti in anni precedenti, positiva a partire dal 2004, è stata pari a 355 milioni di euro, in diminuzione rispetto all'anno precedente (472 milioni di euro). Ciò contribuisce a spiegare il peggioramento del rapporto tra gli oneri per sinistri e i premi di competenza, che è passato dal 78,8% del 2005 al 79,5% del 2006.

Le **spese di gestione** sono state pari a 3.276 milioni di euro (3.235 nel 2005) 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 (17,8%) è invariata rispetto a quella del 2005.

SPESE DI GESTIONE
Incidenza % sui premi



L'assicurazione auto

Il **saldo tecnico del lavoro diretto** è stato positivo per 255 milioni di euro (386 nel 2005).

Considerati gli utili degli investimenti (pari a 991 milioni di euro contro 1.104 nel 2005), il risultato del conto tecnico è stato positivo per 1.246 milioni di euro (1.490 nel 2005).

Tenuto conto del saldo della riassicurazione, il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 1.255 milioni di euro (1.474 nel 2005), con una incidenza sui premi del 6,8% (8,1% nel 2005).

R.C. AUTO E R.C. VEICOLI MARITTIMI
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Premi contabilizzati	14.221	15.344	16.653	17.646	18.087	18.198	18.416
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	173	333	341	280	91	82	64
Oneri relativi ai sinistri (-):	13.886	13.734	13.735	14.177	14.375	14.284	14.589
- sinistri di competenza (-)	12.775	13.043	13.438	13.982	14.561	14.756	14.944
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	-1.111	-691	-297	-195	186	472	355
Saldo delle altre partite tecniche	-184	-98	-166	-178	-228	-211	-232
Spese di gestione (-)	2.559	2.741	2.921	3.047	3.169	3.235	3.276
- provvigioni	1.588	1.681	1.804	1.900	1.949	1.944	1.966
- altre spese di acquisizione	312	369	399	418	437	468	496
- altre spese di amministrazione	659	691	718	729	783	823	814
Saldo tecnico del lavoro diretto	**-2.581**	**-1.562**	**-510**	**-36**	**224**	**386**	**255**
Utile investimenti	1.050	899	648	888	1.077	1.104	991
Risultato del conto tecnico diretto	**-1.531**	**-663**	**138**	**852**	**1.301**	**1.490**	**1.246**
Saldo della riassicurazione	218	178	36	-12	-61	-16	9
Risultato del conto tecnico complessivo	**-1.313**	**-485**	**174**	**840**	**1.240**	**1.474**	**1.255**
Variazione % annua dei premi	7,3%	7,9%	8,5%	6,0%	2,5%	0,6%	1,2%
Combined ratio	**116,8%**	**109,3%**	**101,7%**	**98,9%**	**97,4%**	**96,6%**	**97,3%**
- Expense ratio	18,0%	17,9%	17,5%	17,3%	17,5%	17,8%	17,8%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	11,2%	10,9%	10,8%	10,8%	10,8%	10,7%	10,7%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	2,2%	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%	2,6%	2,7%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,6%	4,5%	4,3%	4,1%	4,3%	4,5%	4,4%
- Loss ratio:	98,8%	91,5%	84,2%	81,6%	79,9%	78,8%	79,5%
- Loss ratio di competenza	90,9%	86,9%	82,4%	80,5%	80,9%	81,5%	81,4%
- Suff./Insuff sinistri es. preced/Premi competenza	-7,9%	-4,6%	-1,8%	-1,1%	1,0%	2,6%	1,9%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**-18,4%**	**-10,4%**	**-3,1%**	**-0,2%**	**1,2%**	**2,1%**	**1,4%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**-10,9%**	**-4,4%**	**0,8%**	**4,9%**	**7,2%**	**8,2%**	**6,8%**
Risultato del conto tecnico complessivo/ Premi di competenza	**-9,4%**	**-3,2%**	**1,1%**	**4,8%**	**6,9%**	**8,1%**	**6,8%**
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni	*51,0%*	*51,3%*	*51,4%*	*51,6%*	*51,1%*	*50,1%*	*49,5%*

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base di dati espressi in migliaia di euro

LA GESTIONE DELLE ASSICURAZIONI DEI DANNI AI VEICOLI

Il ramo, definito dalla legge come "corpi di veicoli terrestri", comprende le assicurazioni contro ogni danno subito da veicoli terrestri.

CORPI VEICOLI TERRESTRI
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Premi contabilizzati	2.678	2.811	2.955	3.062	3.145	3.154	3.205
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	26	40	70	52	45	61	58
Oneri relativi ai sinistri (-):	1.204	1.160	1.205	1.257	1.260	1.417	1.494
- sinistri di competenza (-)	1.316	1.278	1.306	1.361	1.388	1.514	1.584
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	112	118	101	104	128	97	90
Saldo delle altre partite tecniche	-37	-18	-32	-40	-46	-36	-44
Spese di gestione (-)	657	692	709	738	759	748	768
- provvigioni	456	477	494	517	531	518	536
- altre spese di acquisizione	72	84	83	88	88	89	94
- altre spese di amministrazione	129	131	132	133	140	141	138
Saldo tecnico del lavoro diretto	**754**	**901**	**939**	**975**	**1.035**	**892**	**841**
Utile investimenti	59	50	34	47	57	59	56
Risultato del conto tecnico diretto	**813**	**951**	**973**	**1.022**	**1.092**	**951**	**897**
Saldo della riassicurazione	-13	-33	-30	-50	-46	-19	-36
Risultato del conto tecnico complessivo	**800**	**918**	**943**	**972**	**1.046**	**932**	**861**
Variazione % annua dei premi	2,4%	5,0%	5,1%	3,6%	2,7%	0,3%	1,6%
Combined ratio	**70,0%**	**66,5%**	**65,7%**	**65,8%**	**64,8%**	**69,5%**	**71,4%**
- Expense ratio	24,5%	24,6%	24,0%	24,1%	24,1%	23,7%	24,0%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	17,0%	17,0%	16,7%	16,9%	16,9%	16,4%	16,7%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	2,7%	3,0%	2,8%	2,9%	2,8%	2,8%	2,9%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,8%	4,7%	4,5%	4,4%	4,4%	4,5%	4,3%
- Loss ratio:	45,4%	41,9%	41,8%	41,7%	40,7%	45,8%	47,5%
- Loss ratio di competenza	49,6%	46,1%	45,3%	45,2%	44,8%	48,9%	50,3%
- Suff./Insuff sinistri es. preced/Premi competenza	4,2%	4,2%	3,5%	3,5%	4,1%	3,1%	2,9%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**28,5%**	**32,5%**	**32,5%**	**32,4%**	**33,4%**	**28,8%**	**26,7%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**30,7%**	**34,3%**	**33,7%**	**33,9%**	**35,2%**	**30,7%**	**28,5%**
Risultato del conto tecnico complessivo/ Premi di competenza	**30,2%**	**33,1%**	**32,7%**	**32,3%**	**33,7%**	**30,1%**	**27,3%**
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni	*9,6%*	*9,4%*	*9,1%*	*9,0%*	*8,9%*	*8,7%*	*8,6%*

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base di dati espressi in migliaia di euro

I **premi del lavoro diretto italiano,** raccolti dalle 76 imprese operanti nel ramo, sono stati nel 2006 pari a 3.205 milioni di euro (+1,6% rispetto al 2005), con una incidenza dell'8,6% sul totale dei premi delle assicurazioni danni.

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 1.584 milioni di euro, in crescita del 4,6% rispetto ai 1.514 milioni di euro del 2005. Il loss ratio di competenza del 2006 è stato pari a 50,3%, in lieve crescita rispetto all'anno precedente.

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 1.494 milioni di euro (1.417 nel 2005). Il rapporto tra tali oneri per sinistri e i premi di competenza è stato pari al 47,5%, anch'esso in aumento rispetto al 45,8% del 2005.

Le **spese di gestione** sono state pari a 768 milioni di euro (748 nel 2005) 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 24,0% (23,7% nel 2005).

Il **saldo tecnico** del lavoro diretto è stato positivo per 841 milioni di euro (892 nel 2005).

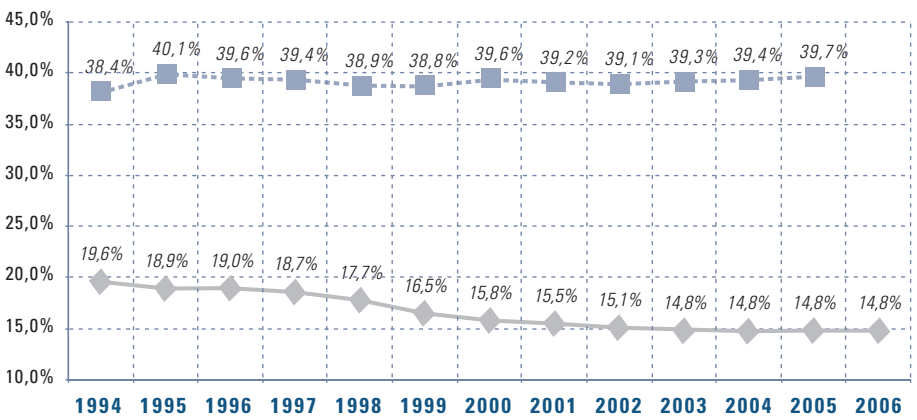
Considerati gli utili degli investimenti, il risultato del conto tecnico è stato positivo per 897 milioni di euro (951 nel 2005).

Tenuto conto del saldo della riassicurazione, il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 861 milioni di euro (932 nel 2005), con una incidenza sui premi del 27,3% (30,1% nel 2005).

DIFFUSIONE DELLE GARANZIE AUTO DIVERSE DALLA RESPONSABILITÀ CIVILE: UN CONFRONTO EUROPEO

La percezione dei rischi relativi ai danni al veicolo da parte dei proprietari di vetture in Italia, se si esclude la responsabilità civile obbligatoria per legge, è a un livello inferiore rispetto a quello di tutti gli altri paesi europei. Ciò comporta una bassa diffusione di polizze assicurative del veicolo che coprono i rischi di incendio e furto e, soprattutto, i rischi di perdita o danneggiamento conseguenti a collisione con altro veicolo identificato (la cosiddetta kasko

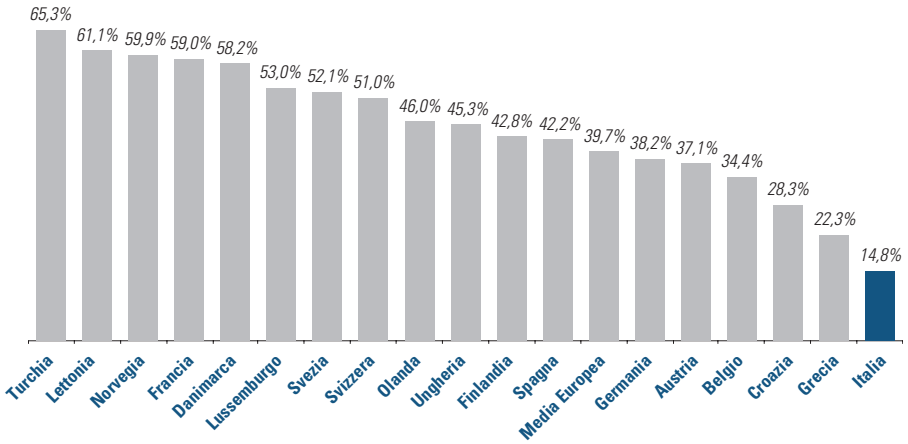
INCIDENZA DEI PREMI DEL RAMO CORPI VEICOLI TERRESTRI SUL TOTALE PREMI AUTO (ANNI 1994-2006)



Fonte: CEA European Motor Insurance Market

parziale) o anche conseguenza di urto contro ostacolo fisso, uscita di strada, ribaltamento (cosiddetta kasko totale). Il limitato sviluppo di queste polizze, trattandosi di coperture che potrebbero riguardare potenzialmente milioni di veicoli, incide fortemente anche nell'ambito di un confronto internazionale sull'incidenza dei premi del totale danni rispetto al PIL.

Dai dati resi disponibili dal CEA risulta infatti che negli ultimi dieci anni, a livello di media europea, l'incidenza dei premi del ramo corpi veicoli terrestri sul totale dei premi auto è stata piuttosto stabile ed è oscillata attorno al 40%. In Italia tale incidenza è risultata più bassa di quasi un terzo, arrivando nel 2005 a un valore del 14,8%. Si tratta del valore più basso tra tutti i paesi europei.



INCIDENZA DEI PREMI DEL RAMO CORPI VEICOLI TERRESTRI SUL TOTALE PREMI AUTO ANNO 2005

Fonte: CEA European Motor Insurance Market

Il limitato ricorso alle coperture assicurative dei rischi auto diversi dalla responsabilità civile aggrava il problema dell'antiselezione: ricorrono a questa assicurazione generalmente i proprietari di vetture nuove e di elevato valore che risiedono nelle grandi metropoli o nelle città dove più elevato è il rischio di subire il danno.

Da un'analisi dei dati regionali emerge infatti che l'incidenza dei premi del ramo corpi veicoli terrestri rispetto al totale premi auto è più alta nei capoluoghi di provincia rispetto al dato medio regionale. Mediamente l'incidenza dei premi per i corpi veicoli terrestri rispetto ai premi del totale auto è quasi doppia nel Nord rispetto a quella del Sud d'Italia (rispettivamente, 18,3% e 9,7%). Se si analizzano i dati diffusi dal Ministero dell'Interno circa i furti d'auto (che è il rischio prevalentemente coperto dal ramo corpi veicoli terrestri) si nota che nei capoluoghi di provincia il numero di vetture rubate ogni 1.000 veicoli circolanti è quasi ovunque più elevato della media regionale. Tale indicatore è pari a 4,2 per la media nazionale, è leggermente inferiore al Nord (pari a 3,3) mentre è superiore al Sud d'Italia (pari a 6,4). Tuttavia anche in alcune città del Nord si registrano valori elevati per tale

indicatore, come ad esempio a Torino (con 6,7 veicoli rubati ogni 1.000 veicoli circolanti) e a Milano (9,0); questi valori sono paragonabili a quelli di Napoli e Bari che hanno la più elevata incidenza di furti in Italia (10,7 veicoli rubati ogni 1.000 veicoli circolanti). Vale la pena far notare che proprio in queste due città e, in generale nel Mezzogiorno, secondo i dati ISVAP relativi al 2005, si concentra anche il maggior numero di frodi al sistema assicurativo nel ramo corpi veicoli terrestri: rispetto a una media nazionale di 1,1%, a Napoli e a Bari l'incidenza dei sinistri con frode è pari rispettivamente a 7,4% e 7,0%.

Nonostante nel 2006 vi sia stata, secondo i dati diffusi dal Ministero dell'Interno, una riduzione del 9,1% del numero dei furti di auto rispetto all'anno precedente, rimane il fatto che ogni ora in Italia sono rubati mediamente 20 veicoli.

In prospettiva, tuttavia, la posizione dell'Italia nella graduatoria europea dell'assicurazione corpi potrà migliorare a seguito dell'introduzione in via obbligatoria nel nostro Paese della procedura di risarcimento diretto dei sinistri r.c. auto.

Il risarcimento dell'assicurato/danneggiato (non responsabile o responsabile solo in parte del sinistro) direttamente da parte del suo assicuratore r.c. auto rappresenta, infatti, uno stimolo significativo alla maggiore diffusione della garanzia kasko sia per le compagnie sia per gli assicurati. L'impresa r.c. auto che offra a condizioni interessanti la copertura kasko potrà garantire il ristoro integrale dei danni subiti dai propri assicurati anche nei casi di sinistri con concorso di colpa, risarciti solo "pro quota" dall'assicurazione r.c. auto.

L'ampiamento della popolazione assicurata, d'altra parte, è indispensabile per superare l'attuale problema dell'antiselezione dei rischi (oggi ricorrono alla kasko prevalentemente soggetti con una forte esposizione al rischio) e a rendere quindi più accessibile la loro copertura sotto il profilo economico, grazie a una maggiore mutualità fra assicurati.

È probabile, inoltre, che tale tendenza faccia da volano alla diffusione di coperture assicurative ancora più estese, comprendenti oltre alla r.c. auto e alla kasko anche le altre garanzie corpi quali incendio e furto (prodotti molto diffusi, ad esempio, nel Regno Unito).

ANALISI DELLE INCIDENZE DELLE GARANZIE AUTO DIVERSE DALLA RESPONSABILITÀ CIVILE E DEI FURTI D'AUTO

REGIONE	DISTRIB. % VEICOLI CIRCOLANTI 2005*	DISTRIB. % PREMI C.V.T. 2005°	INCIDENZA % PREMI C.V.T. SU PREMI AUTO 2005	FURTI D'AUTO 2005**	INCIDENZA DEI FURTI D'AUTO PER 1.000 VEIC. CIRC. 2005	FURTI D'AUTO 2006**	VARIAZIONE % FURTI D'AUTO 2006 su 2005	INCIDENZA % SIN. CON FRODE SUL TOT. SIN. C.V.T. 2005+
TORINO	3,9%	7,2%	24,2%	11.755	6,7	10.851	-7,7%	1,0%
PIEMONTE	***7,7%***	***11,1%***	***20,7%***	***13.969***	**4,0**	***12.725***	***-8,9%***	***0,8%***
VALLE D'AOSTA	***0,4%***	***0,1%***	***6,4%***	***76***	**0,4**	***60***	***-21,1%***	***0,2%***
MILANO	6,4%	17,9%	29,9%	25.949	9,0	20.744	-20,1%	0,9%
LOMBARDIA	***15,9%***	***31,5%***	***24,0%***	***36.207***	**5,0**	***28.606***	***-21,0%***	***0,8%***
GENOVA	1,5%	1,9%	16,9%	2.823	4,2	2.422	-14,2%	2,5%
LIGURIA	***2,8%***	***2,6%***	***13,8%***	***3.486***	**2,8**	***3.119***	***-10,5%***	***2,2%***
TRIESTE	0,4%	0,4%	15,4%	190	1,0	105	-44,7%	0,2%
FRIULI VENEZIA GIULIA	***2,1%***	***1,3%***	***10,6%***	***714***	**0,8**	***574***	***-19,6%***	***0,3%***
TRENTO	0,8%	0,6%	11,1%	210	0,5	174	-17,1%	0,2%
TRENTINO ALTO ADIGE	***1,6%***	***1,0%***	***10,2%***	***346***	**0,5**	***282***	***-18,5%***	***0,2%***
VENEZIA	1,2%	0,8%	9,1%	862	1,6	652	-24,4%	0,2%
VENETO	***8,0%***	***5,7%***	***10,6%***	***5.705***	**1,6**	***4.300***	***-24,6%***	***0,4%***
BOLOGNA	1,7%	3,7%	24,4%	3.046	4,0	2.272	-25,4%	0,6%
EMILIA ROMAGNA	***7,6%***	***8,7%***	***15,2%***	***7.307***	**2,1**	***6.351***	***-13,1%***	***0,5%***
ITALIA SETTENTRIONALE	***46,2%***	***62,1%***	***18,3%***	***67.810***	**3,3**	***56.017***	***-17,4%***	***0,8%***
FIRENZE	1,9%	1,4%	10,7%	1.641	1,9	1.183	-27,9%	0,9%
TOSCANA	***6,8%***	***4,5%***	***9,4%***	***4.272***	**1,4**	***3.469***	***-18,8%***	***0,8%***
PERUGIA	1,2%	0,7%	10,1%	900	1,6	646	-28,2%	0,5%
UMBRIA	***1,6%***	***1,0%***	***10,1%***	***1.179***	**1,6**	***842***	***-28,6%***	***0,5%***
ANCONA	0,8%	0,5%	8,4%	365	1,0	373	2,2%	0,5%
MARCHE	***2,8%***	***1,3%***	***7,4%***	***1.285***	**1,0**	***1.225***	***-4,7%***	***0,3%***
ROMA	7,5%	10,6%	18,1%	30.396	9,0	28.374	-6,7%	1,4%
LAZIO	***10,1%***	***12,8%***	***16,9%***	***33.191***	**7,3**	***30.935***	***-6,8%***	***1,4%***
ITALIA CENTRALE	***21,4%***	***19,6%***	***13,0%***	***39.927***	**4,1**	***36.471***	***-8,7%***	***1,1%***
PESCARA	0,5%	0,4%	12,1%	1.042	4,4	893	-14,3%	2,2%
ABRUZZO	***2,2%***	***1,2%***	***10,0%***	***1.819***	**1,8**	***1.861***	***2,3%***	***1,6%***
CAMPOBASSO	0,4%	0,2%	9,7%	161	1,0	304	88,8%	1,0%
MOLISE	***0,5%***	***0,3%***	***9,9%***	***191***	**0,8**	***350***	***83,2%***	***0,8%***
NAPOLI	4,8%	2,7%	9,6%	23.147	10,7	22.523	-2,7%	7,4%
CAMPANIA	***9,0%***	***4,8%***	***9,5%***	***32.318***	**8,0**	***31.239***	***-3,3%***	***8,6%***
REGGIO CALABRIA	0,9%	0,6%	11,3%	2.597	6,5	2.658	2,3%	4,7%
CALABRIA	***3,0%***	***1,8%***	***10,6%***	***7.663***	**5,6**	***7.201***	***-6,0%***	***2,6%***
BARI	2,2%	1,8%	12,1%	10.795	10,7	10.326	-4,3%	7,0%
PUGLIA	***5,8%***	***3,3%***	***9,4%***	***19.357***	**7,4**	***18.377***	***-5,1%***	***6,8%***
POTENZA	0,6%	0,3%	10,2%	334	1,3	303	-9,3%	0,9%
BASILICATA	***0,9%***	***0,5%***	***10,2%***	***462***	**1,2**	***414***	***-10,4%***	***0,8%***
ITALIA MERIDIONALE	***21,5%***	***11,9%***	***9,7%***	***61.810***	**6,4**	***59.442***	***-3,8%***	***5,1%***
PALERMO	2,0%	1,4%	12,4%	4.658	5,2	4.493	-3,5%	1,9%
SICILIA	***8,3%***	***4,7%***	***11,0%***	***15.619***	**4,2**	***16.465***	***5,4%***	***2,8%***
CAGLIARI	1,2%	1,1%	14,3%	2.055	3,8	1.873	-8,9%	1,2%
SARDEGNA	***2,6%***	***1,8%***	***11,1%***	***3.374***	**2,9**	***2.898***	***-14,1%***	***1,2%***
ITALIA INSULARE	***10,9%***	***6,4%***	***11,0%***	***18.993***	**3,9**	***19.363***	***1,9%***	***2,2%***
TOTALE ITALIA	***100,0%***	***100,0%***	***14,8%***	***188.540***	**4,2**	***171.293***	***-9,1%***	***1,1%***

*Fonte: * ACI - Autoritratto 2005*

° Stima ANIA su dati ISVAP

*** Ministero dell'Interno*

+ ISVAP - Indagine sul fenomeno della criminalità nel settore assicurativo - elaborazione dei dati per il 2005

IL COSTO MEDIO E LA FREQUENZA SINISTRI: UN CONFRONTO EUROPEO

Al fine di avere un quadro di dettaglio completo circa l'evoluzione della sinistrosità del ramo r.c. auto, è necessario analizzare non solo quanti sinistri vengono denunciati ogni anno al settore assicurativo (che rapportati ai veicoli assicurati danno luogo all'indicatore della frequenza sinistri), ma anche con quale importo mediamente tali sinistri vengono risarciti. Interessanti indicazioni possono inoltre provenire dalle dinamiche registrate dalle due principali componenti di costo: il costo medio dei danni alla persona e quello dei danni a cose.

EVOLUZIONE DEL COSTO MEDIO E DELLA FREQUENZA SINISTRI
Valori in euro

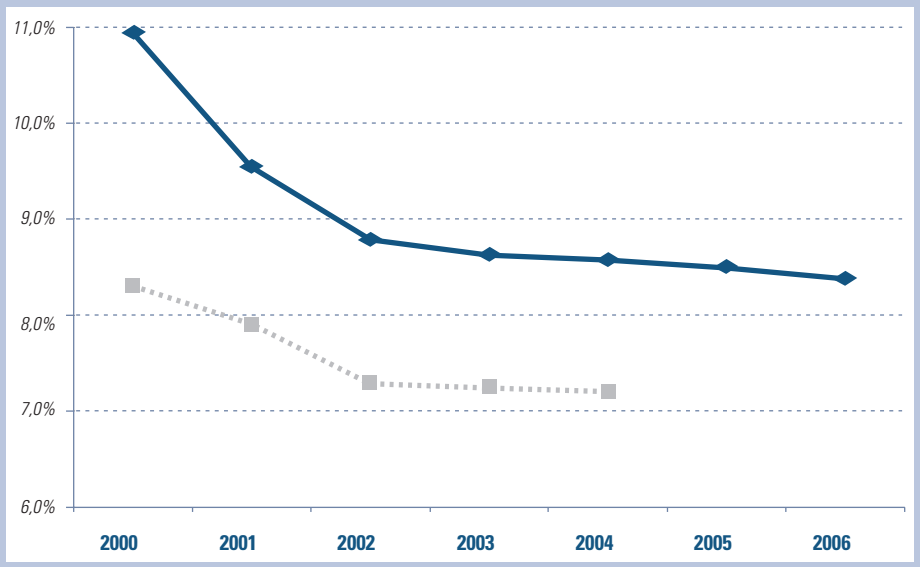
ANNO	FREQUENZA SINISTRI	VARIAZIONE % FREQ. SINISTRI	COSTO MEDIO SIN. - DANNI A COSE	VARIAZIONE % COSTO MEDIO SIN. - DANNI A COSE	COSTO MEDIO SIN. - DANNI A PERSONE	VARIAZIONE % COSTO MEDIO SIN. - DANNI A PERSONE	COSTO MEDIO SIN. - TOTALE	VARIAZIONE % COSTO MEDIO SIN. - TOTALE	INCIDENZA % NUM. SIN. - DANNI A PERSONA SUL TOT. SINISTRI
2000	10,95%	-0,93%	1.278	2,93%	9.920	14,91%	2.809	13,07%	20,5%
2001	9,55%	-12,77%	1.431	12,02%	11.175	12,65%	3.186	13,41%	21,2%
2002	8,78%	-8,09%	1.535	7,26%	12.686	13,53%	3.532	10,87%	20,0%
2003	8,63%	-1,71%	1.634	6,44%	13.542	6,75%	3.805	7,74%	21,0%
2004	8,58%	-0,57%	1.701	4,10%	13.206	-2,48%	3.982	4,65%	20,2%
2005	8,51%	-0,81%	1.644	-3,33%	13.106	-0,76%	4.047	1,62%	21,4%
2006*	8,39%	-1,48%	1.649	0,31%	13.490	2,93%	4.136	2,20%	21,0%

(*) Il dato è stimato sui dati desunti dalla Statistica Rapida Associativa r.c. auto

La frequenza sinistri è scesa dall'8,51% nel 2005 all'8,39% nel 2006; in termini percentuali, la riduzione è stata dell'1,48%. Ha contribuito a tale riduzione l'aumento del prezzo della benzina: secondo i dati del Ministero dello sviluppo economico, nella media del 2006 il prezzo al consumo della benzina senza piombo è stato pari a 1,28 euro al litro, contro 1,22 nel 2005 (con un aumento di oltre il 5%).

Sulla base di una statistica pubblicata dal CEA, è possibile confrontare i valori assunti dalla frequenza sinistri italiana con quelli di un campione di paesi rappresentativi di quasi il 60% del mercato r.c. auto europeo (limitatamente agli anni dal 2000 al 2004, ultimo dato disponibile).

L'indicatore tecnico assume per l'Italia valori assai più elevati della media europea, anche se il gap è andato progressivamente riducendosi. Se nel 2000 la frequenza sinistri in Italia era superiore di oltre 2,5 punti percentuali in valore assoluto, nel 2004 tale distanza si è ridotta a circa 1,5 punti percentuali. In quattro anni (dal 2000 al 2004) la frequenza sinistri si è ridotta di oltre



EVOLUZIONE DELLA FREQUENZA SINISTRI R.C. AUTO

ITALIA — *Media europea*

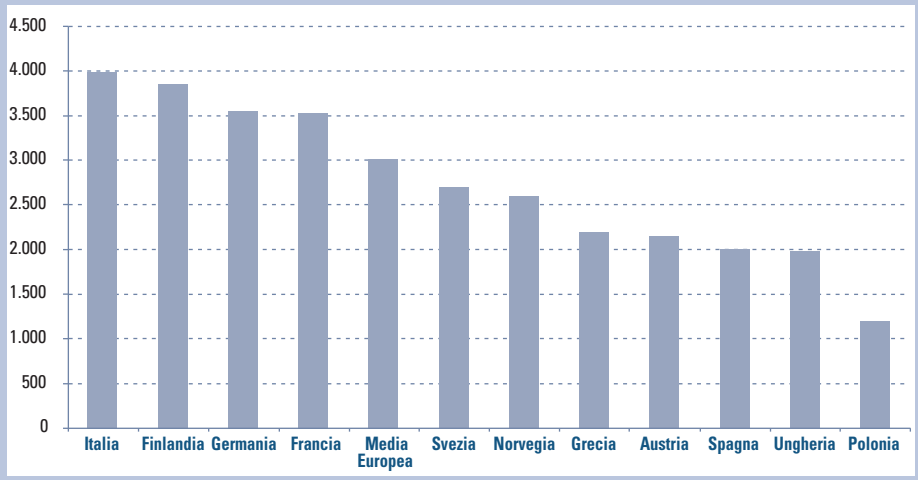
Fonte: CEA European Motor Insurance Market

il 28% in Italia, a fronte di una riduzione media europea del 19%. Secondo i dati di un'indagine condotta nel 2005 dall'ANIA presso le associazioni assicurative dei principali paesi europei, la frequenza sinistri italiana nel 2004 era inferiore solo a quella della Spagna (10,1%). La Francia era il paese con il valore più basso di questo indicatore (inferiore al 5%); in Germania e Belgio la frequenza sinistri era rispettivamente pari al 6,8% e al 7,0%.

Tra i fattori che possono aver contribuito a determinare in Italia un miglioramento di lungo periodo della sinistrosità si può annoverare il fatto che negli anni recenti è andato aumentando il numero dei secondi veicoli posseduti dagli assicurati; ciò ha determinato una crescita del parco circolante che non si riflette proporzionalmente sulla sinistrosità. È poi ragionevole assumere che sia andata migliorando nel tempo la sicurezza della rete stradale, grazie anche a un'attenzione crescente da parte delle istituzioni pubbliche, del mondo assicurativo e dei cittadini. Alla diminuzione degli incidenti ha probabilmente contribuito anche il rinnovamento del parco veicolare circolante e il conseguente miglioramento ottenuto grazie alla sicurezza e ai sistemi di guida che offrono i nuovi veicoli.

Il costo medio dei sinistri, ottenuto dal rapporto tra il costo totale dei sinistri (pagati e riservati) e il numero degli stessi, è aumentato anche nel 2006, anche se la dinamica di crescita di questo indicatore si è ridotta negli ultimi anni rispetto a quella registrata agli inizi del decennio in corso. A determinare l'aumento dell'ultimo anno ha contribuito principalmente la componente dei danni alle persone che è aumentata del 2,9%. Nel complesso l'aumento del costo medio totale (2,2%) ha più che compensato gli effetti derivanti dalla riduzione della frequenza sinistri.

COSTO MEDIO DEI SINISTRI R.C. AUTO NEL 2004
Valori in euro

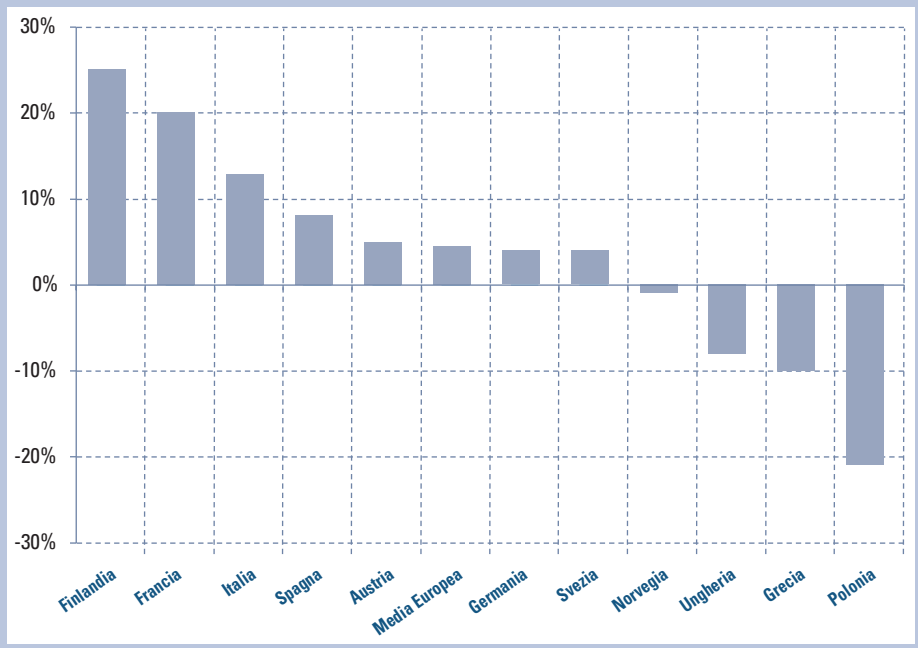


Fonte: CEA European Motor Insurance Market

Sulla base dei citati dati del CEA è possibile effettuare anche per questo indicatore tecnico un confronto con i principali paesi europei nell'ultimo anno disponibile (2004).

Nel 2004 il costo medio dei sinistri è stato pari a 3.000 euro in Europa. Nello stesso anno in Italia si registrava il valore di 4.000 euro, ossia il valore più elevato tra tutti i paesi (oltre il 33% in più rispetto alla media europea). In Francia e Germania il costo medio dei sinistri è inferiore rispetto a quello italiano di quasi 500 euro, mentre in Spagna il valore di tale indicatore è pari a circa la metà. Il fatto che l'Italia abbia il costo medio dei sinistri più elevato del resto d'Europa può essere spiegato con la più alta quota di sinistri con

VARIAZIONE PERCENTUALE DEL COSTO MEDIO SINISTRI
TRA IL 2002 E IL 2004



Fonte: CEA European Motor Insurance Market

danni alle persone registrata nel nostro paese (nel 2006 pari al 21%) rispetto agli altri mercati dove tale percentuale è mediamente pari alla metà.

Si nota anche come l'Italia sia il paese (con l'eccezione della Francia e della Finlandia) che negli anni 2002-2004 ha registrato il tasso di crescita più elevato del costo medio dei sinistri: +12,8% rispetto alla media europea di 4,5%.

ANALISI TERRITORIALE DELLA SINISTROSITÀ E DELLE FRODI NELLA R.C. AUTO

La frequenza sinistri e il relativo costo medio presentano a livello territoriale una forte variabilità. Tale diversità, evidente soprattutto per quanto riguarda la frequenza sinistri, è in parte influenzata dal fenomeno delle frodi assicurative, che influisce in alcune aree del paese in misura rilevante (figura 1).

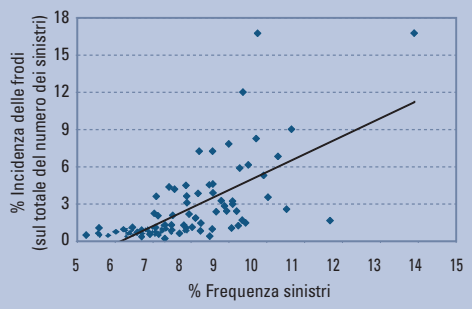
Con riferimento alla r.c. auto, il coefficiente di correlazione tra la frequenza dei sinistri su base regionale relativi al 2006 e l'incidenza, rilevata dall'ISVAP, del numero di sinistri con frode accertata sul totale di quelli denunciati è pari a 0,81, un valore statisticamente significativo. La correlazione dei due fenomeni misurati a livello provinciale è di 0,68.

La frequenza media dei sinistri registrata nel 2006 è stata dell'8,39%, in calo rispetto all'8,51% dell'anno precedente. Nell'Italia settentrionale la sinistrosità è stata pari al 7,55%, valore nettamente inferiore alla media nazionale. Allo stesso modo l'incidenza del numero di sinistri con frode accertata sul totale di quelli denunciati è stata pari allo 0,97% nel 2005, contro il 2,81% della media nazionale. All'interno di quest'area la Liguria presenta sia la sinistrosità più alta (8,68%) sia la più elevata incidenza del numero di sinistri con frode (2,32%).

La percentuale di frodi è nettamente superiore nel Mezzogiorno: in media l'8,31% dei sinistri sono connessi con comportamenti fraudolenti oppure hanno subìto una forte speculazione sul valore del danno. Nella sola Campania tale incidenza supera il 13%; ed è proprio questa regione che registra anche la più elevata frequenza sinistri a livello nazionale (11,74%). Anche in Puglia si registra lo stesso fenomeno, pur se in misura più contenuta: la frequenza sinistri è ben al di sopra della media nazionale (9,57%) e si ha una notevole presenza dei fenomeni fraudolenti (oltre 7 sinistri su 100). Il resto delle regioni del Sud presenta tuttavia valori di frequenza sinistri contenuti rispetto alla media a cui corrispondono anche meno sinistri irregolari.

Tra le regioni del Centro è il Lazio ad avere la frequenza sinistri più elevata (9,88%), seconda solo a quella della Campania. Tuttavia, i dati dell'ISVAP non registrano nella regione un'elevata incidenza delle frodi (2 sinistri su 100).

FIGURA 1
CORRELAZIONE FRA FREQUENZA SINISTRI E INCIDENZA DEI SINISTRI CON FRODE (DATI PROVINCIALI)



Fonte: ANIA, ISVAP

ANALISI DELLE FRODI E DELLA SINISTROSITÀ R.C. AUTO IN ITALIA – Importi in euro

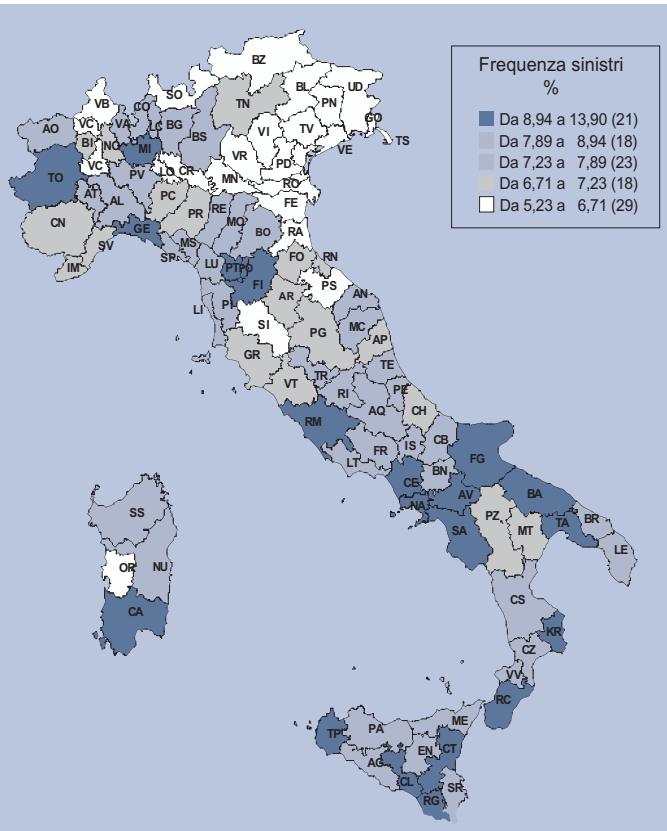
	DATI AL 31/12/2006					ANNO 2005*	
Area territoriale	**Distr. % Veicoli Anno**	**Frequenza % Sinistri**	**Importo liquid. medio gener. corrente**	**Importo liquid. medio gener. preced.**	**Importo liquid. medio totale**	**% sinistri con frodi (numero)**	**% sinistri con frodi (importi)**
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
PIEMONTE	8,36%	8,32%	1.487,60	5.839,31	2.913,84	1,10%	1,03%
VALLE D'AOSTA	0,26%	7,37%	1.387,11	8.107,50	3.095,86	0,15%	0,13%
LOMBARDIA	17,05%	8,12%	1.455,92	6.918,92	3.403,79	0,94%	0,82%
TRENTINO ALTO ADIGE	1,63%	6,78%	1.523,89	6.648,47	3.301,95	0,44%	0,32%
VENETO	8,73%	6,34%	1.698,56	8.144,61	4.099,26	0,74%	0,68%
FRIULI VENEZIA GIULIA	2,15%	5,72%	1.623,26	8.029,78	3.780,94	0,48%	0,44%
LIGURIA	2,79%	8,68%	1.442,13	5.186,03	2.836,22	2,32%	2,42%
EMILIA ROMAGNA	8,33%	7,11%	1.706,25	8.700,51	4.286,91	0,76%	0,70%
ITALIA SETTENTRIONALE	**49,30%**	**7,55%**	**1.545,09**	**7.146,14**	**3.533,84**	**0,97%**	**0,86%**
TOSCANA	7,34%	8,40%	1.949,96	6.890,49	3.731,16	0,97%	0,92%
UMBRIA	1,76%	7,28%	1.794,73	8.206,27	3.944,23	0,58%	0,58%
MARCHE	2,95%	7,16%	1.932,37	9.089,62	4.479,82	0,69%	0,59%
LAZIO	9,05%	9,88%	1.563,95	5.441,05	3.284,91	2,15%	1,82%
ITALIA CENTRALE	**21,11%**	**8,77%**	**1.765,94**	**6.426,36**	**3.620,20**	**1,54%**	**1,30%**
ABRUZZO	2,36%	7,78%	1.657,55	7.141,85	3.648,22		
MOLISE	0,56%	7,69%	1.335,69	7.860,35	3.409,14	1,29%	1,05%
CAMPANIA	6,99%	11,74%	1.679,27	5.087,06	3.657,45	13,11%	10,69%
PUGLIA	5,59%	9,57%	1.771,81	6.852,03	3.608,55	7,25%	6,42%
BASILICATA	0,92%	7,11%	1.520,68	7.761,68	3.620,92	2,01%	1,73%
CALABRIA	2,71%	8,26%	1.712,36	7.482,84	3.891,87	4,48%	4,04%
ITALIA MERIDIONALE	**19,13%**	**9,78%**	**1.695,95**	**5.994,26**	**3.664,29**	**8,31%**	**7,01%**
SICILIA	8,22%	8,90%	1.351,23	6.074,75	2.935,22	3,82%	3,49%
SARDEGNA	2,25%	8,44%	1.472,83	7.086,17	3.368,62	2,14%	1,45%
ITALIA INSULARE	**10,47%**	**8,80%**	**1.765,94**	**6.426,36**	**3.620,20**	**3,41%**	**2,95%**
TOTALE ITALIA	**100,00%**	**8,39%**	**1.600,88**	**6.634,92**	**3.547,89**	**2,81%**	**2,44%**

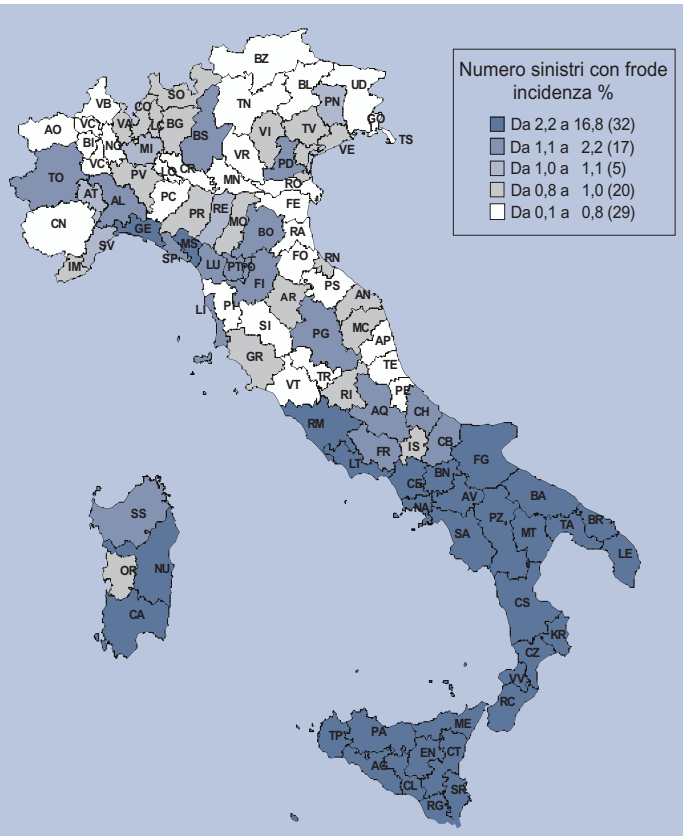
** Fonte: ISVAP - Indagine sul fenomeno della criminalità nel settore assicurativo. Elaborazioni dei dati per il 2005 (Lettera del 27 ottobre 2006).*

Le Isole hanno invece valori di frequenza sinistri superiori alla media italiana.

Secondo i dati provinciali, Napoli è sia la città con la più alta frequenza di sinistri (14,01%) che quella con la più alta incidenza di fenomeni fraudolenti (16,8%).

Le città dove si registra la frequenza sinistri più bassa è Rovigo (5,28%), dove la percentuale di sinistri fraudolenti è di appena lo 0,5%.





Dal punto di vista del costo medio dei sinistri pagati dalle compagnie di assicurazione, non si registra una forte differenziazione tra le aree del paese: a fronte di una media nazionale del costo liquidato di 3.548 euro, la variazione è compresa tra i 3.533 euro del Nord e i 3.664 del Mezzogiorno. La convergenza tra i costi medi è un fenomeno relativamente recente, in quanto fino agli inizi del decennio il Sud d'Italia presentava valori più bassi. Tale tendenza è presumibilmente dovuta al fatto che negli ultimi anni i diversi Tribunali hanno via via iniziato ad applicare le tabelle per la valutazione del danno alla persona utilizzate in particolare dal Tribunale di Milano. Per le lesioni lievi, poi, viene applicata la tabella unica nazionale prevista dal Codice delle assicurazioni.

Per quanto concerne il fenomeno degli importi risarciti riconducibili a frodi assicurative, si nota invece una significativa differenza a livello territoriale: nel Sud tale percentuale tocca il 7%, mentre al Centro e al Nord è in media prossima allo 0,9%.

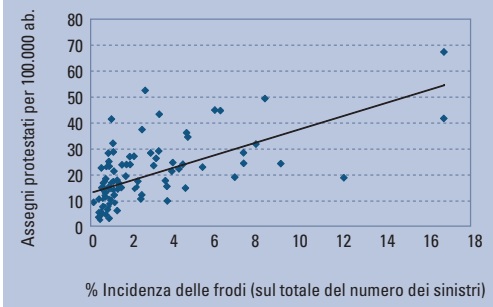
Discorso diverso se si considerano i dati a livello di singola regione. Infatti è in Veneto, in Emilia Romagna e nelle Marche che si pagano i sinistri mediamente di importo più elevato (oltre 4.000 euro), mentre Liguria, Piemonte e Sicilia presentano i costi medi più bassi (in media 2.912 euro). Le regioni dove gli importi pagati per sinistri fraudolenti pesano di più sono la Campania (10,8%), la Puglia (6,4%) e la Calabria (5,3%).

Dal punto di vista provinciale, il costo medio dei sinistri più elevato è a Rovigo, la città con la frequenza sinistri più bassa, dove in media per ogni sinistro vengono risarciti 4.900 euro. Seguono le città di Venezia, Bologna e Ferrara dove si pagano tra i 4.600 ei 4.700 euro. La città del Sud dove il risarcimento è più elevato è Crotone con circa 4.500 euro per sinistro e dove il 5,6% degli importi pagati sono per sinistri non regolari.

La città invece dove l'importo medio del risarcimento è più contenuto è Biella, dove per un sinistro si pagano in media 2.480 euro. Seguono Genova, Siracusa e Aosta con un costo medio pari a circa 2.550 euro.

Incrociando i dati relativi alle frodi nella r.c. auto con quelli su altri fenomeni di malfunzionamento del sistema finanziario si nota una forte correlazione. Ad esempio, considerando i dati provinciali riferiti al 2005 la correlazione tra incidenza del numero di sinistri con frode e numero di assegni protestati è pari a 0,63. Questa evidenza suggerisce che criminalità assicurativa e altri problemi che limitano la diffusione del credito sono fenomeni tra loro correlati (figura 2).

FIGURA 2
CORRELAZIONE FRA INCIDENZA DEI SINISTRI CON FRODE E ASSEGNI PROTESTATI PER 100.000 ABITANTI (DATI PROVINCIALI)

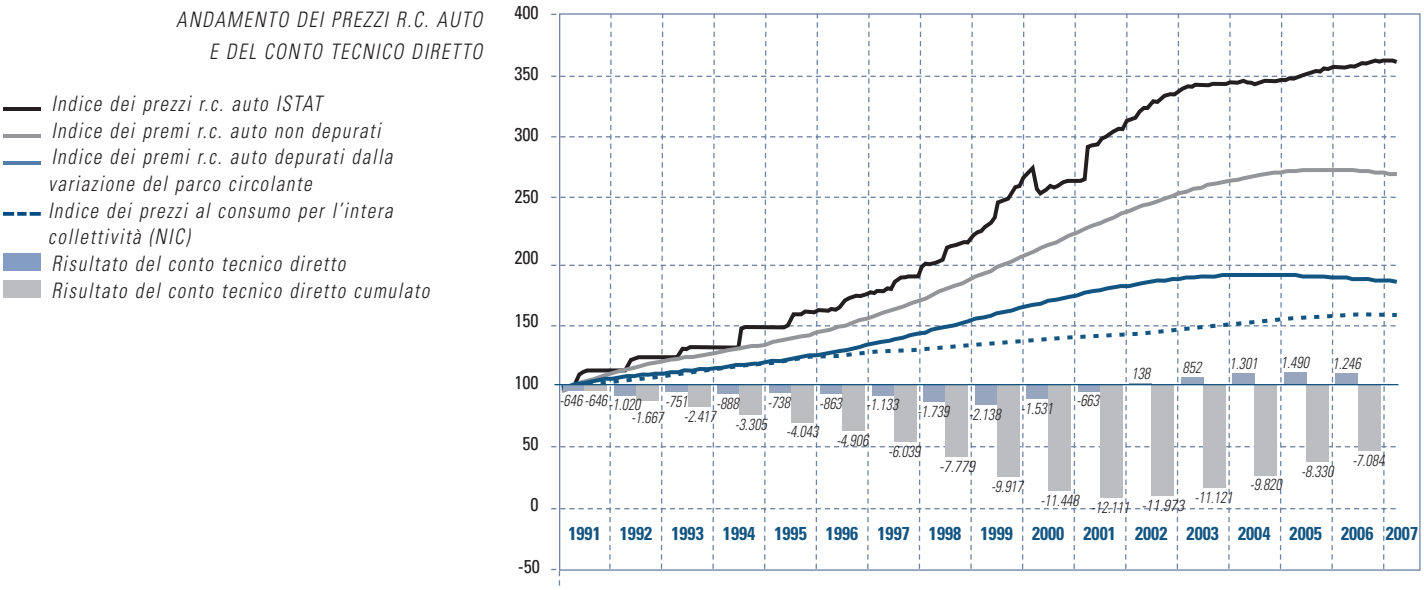


Fonte: Banca d'Italia, ISVAP

ANALISI DI LUNGO PERIODO DEI PREZZI R.C. AUTO

Il mercato italiano dell'assicurazione r.c. auto è stato caratterizzato per tutti gli anni novanta, e anche dopo la liberalizzazione tariffaria del '94, da costanti perdite da parte delle compagnie di assicurazione e da conseguenti aumenti tariffari.

ANDAMENTO DEI PREZZI R.C. AUTO E DEL CONTO TECNICO DIRETTO



I conti tecnici del comparto r.c. auto sono stati in tutti gli anni novanta, e fino al 2001, sempre negativi, con perdite che annualmente sono andate crescendo, fino a raggiungere nel 1999 il valore di -2,1 miliardi di euro (ovvero il 16% dei premi allora contabilizzati); complessivamente dal 1991 al 2001, le perdite del ramo r.c. auto (anche trascurando le rivalutazioni monetarie dovute all'inflazione) avevano superato i 12 miliardi di euro. Questo è lo scenario che le imprese hanno dovuto affrontare proprio negli anni cruciali in cui veniva attuata la liberalizzazione delle tariffe.

Per poter quantificare quale è stato il livello degli aumenti tariffari nel tempo si può fare ricorso ad almeno due distinte fonti:

- le variazioni dell'indice ISTAT per le "assicurazioni dei mezzi di trasporto", nell'ambito della rilevazione nazionale dei prezzi al consumo, che si basa sul monitoraggio delle tariffe di alcuni profili di rischio prefissati;
- il "deflatore" dei premi r.c. auto che misura la spesa mediamente sostenuta dagli assicurati; per calcolarlo è possibile misurare la variazione dei premi incassati annualmente e "depurarla" dalla variazione del parco circolante.

Iniziando dalla prima fonte, ossia **l'indice ISTAT per le "assicurazioni dei mezzi di trasporto"**, si nota che anche prima del 1994, quando le tariffe erano amministrate e quindi tutte le compagnie applicavano tariffe sostanzialmente uniformi, gli incrementi tariffari (che entravano per legge in vigore il 1° aprile) registravano una crescita superiore all'inflazione generale. Nel 1992 ad esempio, a fronte di un tasso di inflazione generale pari al 5,3%, l'indice ISTAT per le "assicurazioni dei mezzi di trasporto" rilevava una crescita delle tariffe del 10,5%; nel 1993, con un'inflazione del 4,6%, le tariffe aumentarono del 7,7%; nel 1994 l'incremento medio tariffario misurato dall'ISTAT era pari all'8,5%, più del doppio dell'inflazione generale pari al 4,1%. Malgrado tali aumenti, negli stessi anni i risultati tecnici delle compagnie non mostravano apprezzabili miglioramenti: tra il 1991 e il 1994 le perdite cumulate dal settore sono state pari a oltre 3 miliardi di euro. Successivamente alla liberalizzazione del luglio 1994, gli incrementi tariffari, secondo l'indicatore dell'ISTAT, iniziavano a registrare incrementi via via più sostenuti, in quanto le imprese cercavano di ripianare le perdite di bilancio. Nel 1999 l'indicatore dell'ISTAT raggiungeva il valore più elevato mai registrato, pari al 16,7%, a fronte di un'inflazione generale di appena l'1,7%. Ma è proprio nel 1999 che le imprese mostravano il risultato tecnico peggiore: oltre 2 miliardi di euro di perdita. Ciò dimostra come gli incrementi tariffari non fossero dovuti a una carenza di competitività, quanto piuttosto a un tentativo di compensare la crescita vertiginosa del costo dei sinistri, cui in parte ha concorso anche l'introduzione del principio del "costo ultimo" per la valutazione delle riserve sinistri. In questo scenario, tra marzo del 2000 e marzo del 2001, il Governo imponeva un blocco agli incrementi dei premi r.c. auto, che però ebbe come evidente conseguenza quella di posticipare i rialzi tariffari all'anno successivo.

Quando nel 2002 i risultati tecnici delle compagnie hanno cominciato a mostrare un'inversione di tendenza (per la prima volta, anche se in misura molto contenuta, il risultato è stato positivo e pari a 138 milioni di euro), la dinamica tariffaria ha immediatamente registrato un netto rallentamento, come evidenziato anche dall'indice ISTAT. A questa inversione di tendenza ha contribuito anche il Protocollo d'Intesa sottoscritto nel 2003 dal Ministero delle attività produttive, da molte Associazioni dei consumatori e dall'ANIA, che prevedeva oltre all'obiettivo di raffreddare l'aumento dei prezzi, anche l'impegno ad adottare misure agevolative in termini tariffari e contrattuali per i giovani conducenti che non provocavano sinistri.

È importante tuttavia sottolineare che l'analisi dell'indicatore dell'ISTAT, come già evidenziato, si basa su un numero limitato di profili di rischio (attualmente pari a 6), tra l'altro "fissi" nel tempo. Poiché dopo la liberalizzazione del '94 le tariffe sono diventate sempre più personalizzate attraverso l'utilizzo di numerosi fattori di rating (età e sesso del soggetto tariffato, alimentazione ed età del veicolo assicurato, sinistri provocati negli ultimi anni), sono teoricamente innumerevoli i possibili profili di rischio che andrebbero monitorati. Inoltre i pesi "fissi" non consentono di tener conto del fatto che:

- oltre il 90% degli assicurati ogni anno non provoca incidenti e quindi usufruisce di un "bonus", ovvero di una riduzione di premio;
- un numero variabile nel tempo di assicurati, al momento del rinnovo, ottiene sconti da parte delle imprese di assicurazione rispetto alle tariffe pubblicate.

La scelta di profili adeguati, che possano rappresentare al meglio la popolazione assicurata, non esaurisce inoltre le criticità legate al calcolo dell'indice ISTAT dei prezzi r.c. auto; considerando infatti che il mix di assicurati può variare notevolmente tra le diverse compagnie, per arrivare a un valore unico rappresentativo del mercato occorre definire un sistema di ponderazione (tra le imprese e, all'interno di esse, tra i diversi profili) che sia il più realistico possibile.

Per ovviare a tali criticità e per valutare il grado di adeguatezza dell'indice ISTAT, si può fare ricorso all'altro indicatore (il "**deflatore" dei premi r.c. auto**) che si basa sui premi incassati annualmente e certificati dai bilanci pubblici delle imprese di assicurazione. L'aumento dei premi contabilizzati dalle compagnie, per definizione, misura l'aumento della spesa complessivamente sostenuta dagli assicurati per fruire della copertura assicurativa. Per rendere però omogenei i confronti da un anno all'altro, occorre tenere conto anche delle variazioni intervenute nel numero e nelle caratteristiche dei veicoli circolanti. In particolare:

- **variazione nel numero dei veicoli circolanti**: secondo l'ACI, il parco circolante tende ad aumentare e, quindi, parte dei premi incassati nell'anno

TAVOLA 1 - ASSICURAZIONE R.C. AUTO: EVOLUZIONE DELLA RACCOLTA PREMI

ANNI	1. Premi R.C.A. (bilanci)			2. Numero veicoli circolanti *			3. Premi R.C.A. "depurati" da 2		4. Caratteristiche veicoli circolanti**		5. Premi R.C.A. "depurati" da 2 e 4		PER MEMORIA 6. Indice ISTAT Assicurazione R.C.A.		PER MEMORIA 7. Indice ISTAT N.I.C.	
	Val. ass. in Euro (mln)	Numero indice	Variaz. annua (%)	Val. ass. (migliaia)	Numero indice	Variaz. annua (%)	Numero indice	Variaz. annua (%)	Numero indice	Variaz. annua (%)	Numero indice	Variaz. annua (%)	Numero indice	Variaz. annua (%)	Numero indice	Variazione annua (%)
1991	6.729	100,0	-	35.455	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
1992	7.574	112,6	12,6	36.640	103,3	3,3	109,0	9,0	100,0	0,0	109,0	9,0	110,5	10,5	105,3	5,3
1993	8.167	121,4	7,8	38.580	108,8	5,3	111,6	2,4	100,0	0,0	111,6	2,4	118,9	7,7	110,1	4,6
1994	8.663	128,7	6,1	39.755	112,1	3,0	114,8	2,9	100,0	0,0	114,8	2,9	129,0	8,5	114,6	4,1
1995	9.316	138,4	7,5	40.573	114,4	2,1	121,0	5,4	101,1	1,1	119,6	4,2	142,2	10,2	120,6	5,3
1996	9.770	145,2	4,9	40.453	114,1	-0,3	127,3	5,2	102,7	1,6	123,9	3,6	155,1	9,1	125,4	4,0
1997	10.655	158,3	9,1	40.870	115,3	1,0	137,3	7,9	103,9	1,1	132,2	6,7	169,3	9,2	128,0	2,0
1998	11.745	174,5	10,2	42.650	120,3	4,4	145,1	5,7	105,0	1,1	138,2	4,5	192,4	13,6	130,5	2,0
1999	13.226	196,5	12,6	43.563	122,9	2,1	159,9	10,2	104,3	-0,7	153,3	10,9	224,6	16,7	132,7	1,7
2000	14.196	211,0	7,3	44.680	126,0	2,6	167,5	4,8	104,1	-0,1	160,8	4,9	246,2	9,6	136,0	2,5
2001	15.315	227,6	7,9	46.480	131,1	4,0	173,6	3,6	105,3	1,1	164,9	2,5	272,6	10,7	139,8	2,7
2002	16.628	247,1	8,6	47.763	134,7	2,8	183,4	5,6	105,6	0,3	173,6	5,3	304,3	11,6	143,3	2,5
2003	17.622	261,9	6,0	49.101	138,5	2,8	189,1	3,1	105,4	-0,2	179,4	3,3	319,6	5,0	147,1	2,7
2004	18.062	268,4	2,5	50.100	141,3	2,0	190,0	0,5	106,2	0,8	178,9	-0,3	322,6	0,9	150,4	2,2
2005	18.171	270,0	0,6	51.152	144,3	2,1	187,1	-1,5	106,7	0,5	175,3	-2,0	328,1	1,7	153,3	1,9
2006*	18.387	273,2	1,2	52.175	147,2	2,0	185,6	-0,8	107,1	0,3	173,4	-1,1	335,6	2,3	156,5	2,1

(*) Fonte ACI (dato 2006 stimato)

(**) Il numero indice della colonna 4. per tutti gli anni precedenti al 1995 è posto pari a 100, in quanto, in regime di tariffe amministrate, le variazioni che venivano praticate in riferimento ai coefficienti tariffari per le caratteristiche dei veicoli erano molto limitate

sono riconducibili all'assicurazione di nuovi veicoli. Tenendo conto dell'aumento del parco circolante è possibile calcolare l'aumento medio della spesa per veicolo;

– **variazione delle caratteristiche nel mix degli assicurati**: di anno in anno intervengono delle modifiche nel mix dei veicoli assicurati. Ad esempio tende ad aumentare il numero di veicoli con cilindrata più elevata, che mediamente sono assicurati con premi più alti, o aumenta la quota dei veicoli diesel che hanno un sovrappremio rispetto a quelli a benzina, per via di una maggiore percorrenza chilometrica. Vi sono poi altre caratteristiche dei rischi assicurati che variano nel tempo e che influenzano indirettamente la raccolta premi; tra questi occorre menzionare l'età del veicolo e il livello del massimale scelto in polizza. Tenendo conto della variazione delle caratteristiche del parco circolante, è possibile calcolare l'aumento medio della spesa per veicolo a parità di caratteristiche.

Nella tavola 1 vengono riportate tutte le informazioni che permettono di calcolare il deflatore dei premi a partire dal 1991, anno preso come base per questa analisi di lungo periodo.

In tutti gli anni compresi tra il 1991 e il 2001, con l'eccezione del biennio 1992-93, l'aumento annuale dell'indice ISTAT per l'assicurazione r.c. auto (colonna 6) è di molto superiore all'aumento annuale della raccolta premi (colonna 1).

Questa dinamica è anomala, in quanto è ragionevole supporre che la variazione di un prezzo unitario sia inferiore al tasso di crescita della spesa complessiva per assicurare un numero crescente di veicoli. Infatti, secondo i dati dell'ACI (riportati nella colonna 2), in tutti gli anni considerati il numero dei veicoli è sempre aumentato.

L'anomalia scompare dal 2003, quando l'Istituto di statistica ha proceduto a una revisione della propria rilevazione, introducendo le seguenti modifiche:

1. ridefinizione puntuale dei profili degli assicurati, in modo da ridurre al minimo la possibilità di errore da parte dei rilevatori dell'Istituto;
2. inclusione di nuovi profili di assicurati (ciclomotori e giovani guidatori) che prima non venivano considerati;
3. revisione dei pesi utilizzati per ponderare le variazioni dei prezzi rilevati per i diversi profili.

Nei quattro anni che vanno dal 2003 al 2006 l'incremento medio annuo dei prezzi r.c. auto, secondo la rilevazione dell'ISTAT, è stato del 2,5%. L'incremento medio annuo del deflatore del prezzo per veicolo (colonna 3) è stato invece dello 0,3%, mentre il deflatore che tiene conto anche della differente qualità dei veicoli (colonna 5) ha registrato una variazione media annua nulla.

Queste differenze nella dinamica dei diversi indicatori sono spiegabili con le differenti metodologie applicate. In particolare, oltre all'effetto bonus che interessa ogni anno oltre il 90% degli assicurati, è aumentato nel periodo considerato il ricorso da parte delle imprese allo sconto rispetto alle tariffe pubblicate e questo fattore non può essere apprezzato da un indice a pesi fissi (come quello dell'ISTAT) che utilizza come base i prezzi pubblicati.

Nel complesso, secondo il deflatore dei prezzi r.c. auto (colonna 3), nei 13 anni tra il 1991 e il 2004 il prezzo per veicolo della r.c. auto è all'incirca aumentato del 90%, mentre l'indice generale dei prezzi è aumentato del 50% (colonna 7). Successivamente, il prezzo per veicolo della r.c. auto è diminuito dell'1,5% nel 2005 e dello 0,8% nel 2006. Questo andamento si confronta con un aumento dell'indice generale dei prezzi che è stato pari all'1,9% nel 2005 e al 2,1% nel 2006.

Anche nel corso del 2007 la crescita dei prezzi r.c auto è stata contenuta. Lo scorso maggio l'indice ISTAT dei prezzi r.c. auto è aumentato dell'1,5% rispetto allo stesso mese dell'anno precedente, valore uguale all'aumento dell'indice generale.

IL RISARCIMENTO DIRETTO NELL'ASSICURAZIONE R.C. AUTO

Dopo il lungo dibattito istituzionale che ha riguardato l'introduzione per legge del sistema del risarcimento diretto nell'assicurazione r.c. auto, nonché l'impostazione della relativa regolamentazione esecutiva, la procedura è entrata in vigore il 1° febbraio 2007.

Il sistema si fonda su un complesso modello in cui, oltre all'impianto normativo, gioca un ruolo fondamentale la struttura organizzativa dei rapporti tra imprese, regolati nell'ambito di una Convenzione privatistica (CARD), supportata da uno specifico protocollo ANIA/CONSAP S.p.A. per la gestione della c.d. stanza di compensazione, l'organismo materialmente deputato alla regolazione contabile dei rapporti economici tra le imprese partecipanti al sistema.

Per l'assicurato/danneggiato il sistema è semplice e ricalca sostanzialmente il vecchio CID volontario, ora sostituito dalla procedura obbligatoria per legge: in caso di scontro tra due veicoli, il danneggiato non responsabile o solo parzialmente responsabile deve rivolgere la richiesta di risarcimento alla propria compagnia di assicurazione, che è obbligata a fornire l'assistenza necessaria per l'istruttoria della pratica e per informare correttamente l'assicurato dei suoi diritti. Il sistema prevede, inoltre, che l'assicurato/danneggiato debba promuovere l'eventuale azione giudiziaria di risarcimento nei confronti del proprio assicuratore anziché nei confronti dell'assicuratore del responsabile del sinistro. A questo proposito, esiste peraltro anche la procedura volontaria di Conciliazione messa a punto dall'ANIA e da varie Associazioni dei consumatori al fine di risolvere eventuali controversie fra assicurati e compagnie in materia di risarcimento dei danni r.c. auto.

Il risarcimento diretto si applica a condizione che i due veicoli siano identificati e regolarmente assicurati e opera per i danni ai veicoli, alle cose trasportate a bordo degli stessi e per i danni alla persona di lieve entità eventualmente subiti dal conducente non responsabile o parzialmente responsabile. La procedura si applica anche se a bordo del veicolo risultino presenti trasportati che abbiano subito un danno: per il risarcimento dei danni ai trasportati si applica però la specifica procedura prevista dalla legge, secondo cui è obbligatorio rivolgersi alla compagnia che assicura il veicolo su cui viaggiava il trasportato.

Il risarcimento diretto non si applica in caso di:

- incidente accaduto all'estero;
- incidente con più di due veicoli;
- incidente in cui è coinvolto un ciclomotore non munito di nuova targa;
- incidente in cui è coinvolta una macchina agricola: esclusione fino al 1° febbraio 2008;
- danni gravi alla persona del conducente.

A differenza del vecchio CID volontario, il risarcimento diretto si applica anche se il modulo di denuncia/constatazione di incidente (c.d. modulo blu) non viene firmato congiuntamente dai due conducenti o dai due assicurati. La firma congiunta peraltro facilita la ricostruzione della responsabilità e accelera i tempi di risarcimento.

A fronte di tale semplicità per gli assicurati, l'apparato organizzativo del sistema è assai complesso e ha determinato la necessità di profondi interventi strutturali sia a livello associativo (l'ANIA gestisce la Convenzione tra imprese e tutte le infrastrutture informatiche occorrenti per il suo funzionamento) che a livello d'impresa.

Ne è derivata una serie di attività regolamentari, organizzative e informatiche realizzate in appena cinque mesi e seguita passo per passo da tutte le Istituzioni coinvolte a vario titolo nella definizione del sistema di legge: Ministero dello sviluppo economico, ISVAP, Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

Disciplina di attuazione del nuovo sistema di risarcimento diretto obbligatorio

Con decreto 18 luglio 2006 n. 254 (pubblicato sulla G.U. 28 agosto 2006, n. 199), è stato approvato il Regolamento di attuazione della disciplina del risarcimento diretto, previsto dall'articolo 150 del Codice delle assicurazioni.

Con tale decreto si è completato il blocco normativo che disciplina la nuova procedura di risarcimento del danno.

Il testo del provvedimento si è contraddistinto per le numerose incombenze in capo alle imprese relative all'apparato organizzativo per la gestione del sistema (Convenzione CARD) e alla regolazione dei rapporti economici tra le imprese partecipanti al sistema stesso.

La scelta del legislatore è stata a favore di un metodo di compensazione forfetario basato su costi medi predefiniti e noti a inizio anno e applicabili a tutte le regolazioni contabili relative a sinistri accaduti nell'anno stesso.

A differenza della decaduta procedura CID, dove ogni impresa mandataria riceveva il rimborso integrale dell'importo liquidato all'assicurato, rettificato a fine anno per effetto di sistemi di conguaglio basati sulla comparazione bilaterale tra costi medi aziendali, con questo nuovo sistema di compensazione, l'assicuratore diretto, che ha liquidato il proprio assicurato per conto dell'impresa assicuratrice del veicolo responsabile, per ogni sinistro risarcito riceve come rimborso esclusivamente un valore forfetario corrispondente al costo medio dell'esercizio precedente. In relazione alla diversificazione dei costi medi di risarcimento sul territorio nazionale, il Comitato ministeriale competente ha fissato tre forfait validi su altrettante macroaree.

Tale modalità di rimborso consente all'impresa che è stata in grado di contenere il costo del sinistro al di sotto del forfait di realizzare un vantaggio economico che, al contrario, si traduce invece in una perdita nel caso in cui il pagamento abbia superato tale valore, a causa di un'inefficienza gestionale o per effetto della semplice casualità di aver dovuto gestire un danno oggettivamente più elevato del forfait.

A differenza dei sistemi di rimborso a forfait presenti in altri paesi europei dove, seppur su base volontaria, è diffusa la procedura di risarcimento diretto, in Italia non è stato consentito all'assicuratore del veicolo responsabile del sinistro di conoscere l'importo realmente risarcito dall'impresa gestionaria che ha operato per suo conto.

Il completo *oscuramento* dei dati reali dei risarcimenti ha determinato ricadute rilevanti sui sistemi organizzativi delle imprese che hanno dovuto riconsiderare completamente l'analisi del rischio r.c. auto a fini tariffari e la modulistica di bilancio, che ha dovuto essere adeguata alle nuove regole di rendicontazione e di riservazione dei sinistri definite dall'ISVAP sulla base del nuovo metodo di compensazione.

Gli effetti indiretti di questa nuova regola hanno inoltre modificato importanti clausole presenti nei contratti r.c. auto (franchigia, rivalsa, diritto di rimborsare il costo del sinistro per evitare la penalizzazione prevista nelle formule *bonus/malus*), la cui applicazione, in un regime di risarcimento diretto, avrebbe avuto come presupposto lo scambio di informazioni tra imprese *"gestionarie"* e imprese *"debitrici"* sui costi dei sinistri effettivamente risarciti.

Trattandosi di clausole favorevoli ai consumatori è stata prevista una procedura con la quale l'assicurato ha la possibilità di esercitare il proprio diritto di rimborsare il sinistro nei confronti del gestore della stanza di compensazione, anziché presso la propria impresa assicuratrice.

Con questa nuova procedura, la stanza di compensazione, una volta incassato il rimborso dall'assicurato, provvede a girarne l'importo all'impresa "gestionaria" e a stornare il forfait all'impresa "debitrice", che è quindi messa in condizione di annullare il *malus* al proprio assicurato.

Non sfugge naturalmente la complessità di tale procedura soprattutto nei casi in cui le operazioni necessarie si concentrassero in occasione della scadenza di contratto.

Ai fini dell'esercizio dell'azione di rivalsa nei contratti con franchigia, è stata attribuita alla stanza di compensazione la funzione di segnalare all'impresa responsabile del sinistro soltanto gli importi inferiori alla franchigia contrattuale. L'informativa non ha quindi carattere sistematico, ma risulta circoscritta a un numero limitato di casi e quindi rientrante nell'ambito delle eccezioni ammesse dall'AGCM.

Convenzioni di diritto privato attuative del risarcimento diretto

Il D.P.R. 254/2006 non si è solo limitato a fissare i criteri e le modalità di attuazione della procedura di risarcimento diretto nei sinistri derivanti da circolazione stradale, ma ha anche stabilito le linee guida dei rapporti organizzativi e di cooperazione tra imprese, a partire dalla regolazione dei rapporti contabili fra le imprese di assicurazione dei veicoli coinvolti derivanti dalla gestione dei sinistri.

In particolare, l'art. 13 del decreto attuativo ha previsto che le imprese assicuratrici stipulino una Convenzione di natura privatistica ai fini della regolazione dei rapporti organizzativi e contabili necessari per la gestione del sistema.

La stessa norma ha inoltre previsto che la regolazione di tali rapporti tra imprese debba essere effettuata attraverso una "stanza di compensazione" gestita in regime di completa autonomia rispetto alle imprese stesse e ai loro organismi associativi, individuata nella CONSAP S.p.A. che dispone delle caratteristiche volute dal legislatore.

La Convenzione tra assicuratori per il risarcimento diretto (CARD)

La Convenzione tra assicuratori (CARD) definisce le modalità di partecipazione al sistema di risarcimento diretto sotto il profilo delle garanzie finanziarie e degli standard informatici necessari per l'espletamento delle attività propedeutiche all'accesso delle richieste di rimborso alla stanza di compensazione.

a) La struttura modulare

La CARD, analogamente alle precedenti convenzioni volontarie CID e CTT, ha una struttura modulare che ricomprende sia la vera e propria procedura di risarcimento diretto disciplinata dagli articoli 149 e 150 del Codice delle assicurazioni e dal relativo regolamento di attuazione (D.P.R. n. 254/2006) sia la procedura speciale per il risarcimento dei trasportati a bordo dei veicoli, prevista dall'articolo 141 del Codice.

b) Scopo e finalità delle Convenzione (art. 1)

La normativa convenzionale è dunque caratterizzata da una disciplina di carattere generale (modalità di adesione alla convenzione, fideiussioni bancarie, compiti e funzione del gestore della stanza di compensazione, penalità, procedura arbitrale) e da due normative specifiche relative alle convenzioni in materia di risarcimento diretto: CID (Convenzione Indennizzo Diretto) e CTT (Convenzione Terzi Trasportati).

c) Adesione alla Convenzione (art. 2)

L'adesione alla Convenzione è obbligatoria per tutte le imprese esercenti l'assicurazione r.c. auto con sede legale in Italia e comporta l'adesione a entrambe le Convenzioni specifiche.

Le imprese con sede legale in altri stati membri che operino nel territorio della Repubblica in regime di libera prestazione di stabilimento o di servizio e che intendano aderire al sistema di risarcimento diretto saranno tenute ad aderire alla Convenzione.

d) Gestore della stanza di compensazione (art. 3)
Conformemente all'articolo 13, comma 3, del regolamento attuativo del risarcimento diretto, è stata prevista l'esternalizzazione della funzione concernente la stanza di compensazione, intesa come complesso di attività correlate alle regolazioni contabili e ai relativi importi.

L'ente gestore della stanza provvede anche alle elaborazioni necessarie per il calcolo dei costi medi che l'apposito Comitato tecnico, costituito presso il Ministero dello Sviluppo Economico, di cui all'articolo 13 del regolamento attuativo, è tenuto a effettuare per la fissazione dei forfait applicabili di anno in anno. Per tale funzionalità le imprese devono inviare esclusivamente alla stanza di compensazione, e secondo uno specifico flusso informatico, anche gli importi dei danni risarciti in qualità di mandatarie.

e) Controlli sul rispetto della normativa convenzionale (art. 4)
Tutte le attività non riconducibili alla stanza di compensazione e immuni da elementi di sensibilità in ottica antitrust (verifica delle coperture assicurative, scambio di informative sulle responsabilità del sinistro, controlli sul rispetto della normativa convenzionale e arbitrati) sono curate in via permanente da ANIA.

f) Condizioni per l'adesione e decadenze (artt. da 6 a 10)
Vengono regolate le condizioni d'adesione alla Convenzione rispetto:

- alla costituzione della fideiussione in favore della stanza di compensazione;
- all'adozione dei supporti tecnico-informatici necessari per il funzionamento del sistema;
- alla costituzione delle strutture aziendali (SARC) deputate a gestire i rapporti con la stanza di compensazione, con l'ANIA e con le altre imprese secondo le specifiche funzionalità previste dalla Convenzione.

Vengono inoltre disciplinati i casi di decadenza dalla Convenzione correlati a vicende patologiche dell'impresa.

g) Controlli sull'applicazione della Convenzione e penalità (artt. 11 e 12)
Si prevedono forme di controllo a campione e su richiesta di singole compagnie sul rispetto delle regole della Convenzione. Si regolano alcuni casi di contestazione non rientranti tra quelli suscettibili di arbitrato e si stabiliscono le penalità a carico delle imprese inadempienti. I controlli sono effettuati dall'apposita struttura CONCARD.

h) Procedura arbitrale (art. 14)
Si disciplinano le procedure arbitrali applicabili nei casi di divergenza sull'attribuzione della responsabilità e in alcuni casi specifici relativi alla Convenzione CTT.

i) Verifica delle coperture assicurative per Convenzione CID (art. 16)
Il sistema SIC svolge la funzione di "certificatore ufficiale" delle coperture assicurative dei due veicoli coinvolti nel sinistro.

l) ***Verifica delle responsabilità del sinistro in caso di denuncia di sinistro senza firma congiunta per Convenzione CID (art. 18)***
La nuova normativa dedica una particolare attenzione all'accertamento delle responsabilità del sinistro, la cui verifica si rende necessaria ogni qualvolta la denuncia di sinistro sia carente della firma congiunta dei due conducenti. La disciplina convenzionale del riparto delle responsabilità trova applicazione esclusivamente ai fini della regolazione dei rapporti tra imprese.

È stato previsto un solo scambio telematico di informative tra imprese per segnalare le reciproche quote di responsabilità e indicare il caso del barème applicabile alla fattispecie di sinistro interessata.

In assenza di un accordo sul riparto delle responsabilità del sinistro opera una presunzione di corresponsabilità al 50% tra le due imprese coinvolte nel sinistro. Tale presunzione può essere superata attraverso una specifica procedura arbitrale.

m) Rimborsi a favore della gestionaria (artt. 23 e 38)
Per i sinistri gestiti con la procedura di risarcimento diretto (Convenzione CID) è stato previsto un sistema di rimborso forfetario basato su un unico importo con il quale verranno compensati tutti i pagamenti effettuati per danni al veicolo, danni alla persona del conducente, danni alle cose trasportate e per rivalse di enti mutualistici, di assicuratori privati (comprese le rivalse kasko) e di datori di lavoro relativi a ogni sinistro gestito.

Per quanto riguarda la gestione dei danni ai trasportati, è stato adottato un forfait differenziato rispetto al forfait CID, applicabile per ogni danneggiato leso.

n) Diritti di gestione (artt. 27 e 41)
Al fine di non penalizzare le imprese che in applicazione della procedura di risarcimento diretto si trovano a sostenere un maggior numero di gestioni rispetto a quelle che avrebbero sostenuto sulla base della loro effettiva frequenza sinistri, è stato previsto, sia per la Convenzione CID che per la CTT, un diritto di gestione corrispondente al 15% del forfait applicabile, che viene conteggiato sul differenziale delle gestioni effettuate in più rispetto a ognuna delle altre mandatarie.

p) I supporti operativi della Convenzione

Il testo della Convenzione è stato inoltre integrato dai supporti operativi previsti dall'articolo 8.

Convenzione ANIA/CONSAP per le funzionalità della stanza di compensazione

Tutti i risarcimenti effettuati secondo la procedura di risarcimento diretto, vengono inviati mensilmente alla stanza di compensazione che riconosce il forfait di competenza a seconda della tipologia di gestione effettuata (CID o CTT) e, limitatamente ai danni CID, della provincia di residenza del proprietario del veicolo non responsabile.

Gli importi effettivi dei risarcimenti sono noti solo al gestore della stanza di compensazione e sono utilizzati per l'elaborazione dei costi medi che serviranno al Comitato Tecnico ministeriale per l'elaborazione dei forfait dell'esercizio successivo.

I rapporti con tale ente sono stati definiti in una Convenzione che è parte integrante della CARD, così come previsto dall'art. 8 della Convenzione stessa.

STIMA DEI FORFAIT NELLA CONVENZIONE FRA GLI ASSICURATORI PER IL RISARCIMENTO DIRETTO (CARD)

Con l'introduzione del nuovo sistema di risarcimento diretto è stata prevista una regolazione contabile dei rapporti economici tra le imprese per ottenere una compensazione dei risarcimenti effettuati. Tali compensazioni devono avvenire sulla base dei costi medi (differenziati per macroaree per i danni alle cose, e in base a meccanismi che prevedano franchigie a carico delle imprese per i danni ai trasportati) calcolati annualmente da un apposito Comitato Tecnico. Il Comitato è costituito da un rappresentante del Ministero dello Sviluppo Economico (con funzioni di Presidente), da uno dell'ISVAP, da uno dell'ANIA, da due rappresentanti delle Associazioni dei consumatori e da un esperto in scienze statistiche attuariali che non abbia operato per alcuna impresa di assicurazione.

Per il primo anno di applicazione del sistema di risarcimento diretto, in assenza di informazioni derivanti dalla nuova gestione dei sinistri, il Comitato ha definito i forfait con il supporto dei dati di mercato disponibili, forniti dall'ISVAP e dall'ANIA.

1. Forfait per la convenzione CARD-CID

Il forfait per la convenzione di risarcimento diretto deve essere un unico valore utilizzato per risarcire: i danni al veicolo assicurato (sinistri con soli due veicoli coinvolti); i danni di lieve entità alla persona del conducente (invalidi-

tà permanente inferiore o uguale al 9%); i danni alle cose trasportate del conducente e/o proprietario. Per la sola componente del forfait relativa ai danni alle cose è prevista inoltre una differenziazione in tre macroaree territoriali. La stima è stata ottenuta procedendo per i seguenti passi.

– Per la stima del **costo medio dei danni al veicolo assicurato e alle cose trasportate** si è preso come base il valore riportato dall'ISVAP (1) relativo al costo medio dei sinistri pagati (per tutte le generazioni) nell'anno 2005, pari a € 1.554 (non è stato possibile escludere il costo dei sinistri tra più di due veicoli). Si è poi depurato tale valore dalle spese di liquidazione, che rimangono a carico dell'impresa gestionaria: poiché esse incidono per circa il 12%, il costo medio depurato è pari a € 1.368. Tale valore è stato poi rivalutato al dicembre 2006, sulla base della variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI) dell'ISTAT (+2,47%) e infine al giugno 2007 sulla base dell'inflazione programmata per tale anno (+2,00%). In definitiva si è stimato che il costo medio dei danni al veicolo assicurato e alle cose trasportate sia pari a € 1.416.
– Per individuare le tre macroaree territoriali è stata utilizzata una cluster analysis sulla base dei dati della statistica trimestrale r.c. auto dell'ANIA. Le province sono state collocate in tre gruppi individuati in modo che il rapporto tra il costo medio dei sinistri pagati di generazione corrente (2) di ciascun gruppo e il costo della provincia del gruppo con valore più basso sia all'incirca uguale per i tre gruppi. La distanza tra il costo medio di ciascun gruppo e il costo medio nazionale (tavola 1) ha portato alla determinazione di tre coefficienti per differenziare territorialmente la componente del forfait relativa ai danni alle cose precedentemente stimata (pari a € 1.416). In definitiva i valori ottenuti per le tre aree territoriali sono i seguenti:

TAVOLA 1 - DIFFERENZIAZIONE TERRITORIALI
Valori in euro

	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3
Costo medio danni a veicolo e cose al 30/06/2007	1.416	1.416	1.416
Coefficiente per zone territoriali	*1,18*	*0,97*	*0,83*
Costo medio danni a veicolo e cose per zone territoriali al 30/06/2007	1.671	1.373	1.175

(1) Lettera del 27.10.06 – "Statistiche relative alla gestione dell'assicurazione della responsabilità civile autoveicoli terrestri e veicoli marittimi, lacustri e fluviali (Portafoglio diretto italiano, anni 2000-2005).
(2) In questo caso, non disponendosi dello spaccato territoriale dei costi medi dei sinistri **con solo danni a cose** pagati di tutte la generazioni, si è fatto riferimento al dato generale relativo ai sinistri pagati di generazione corrente, che essendo prevalentemente costituito da sinistri con danni alle cose, rappresentano i valori più attendibili da considerare per la differenziazione territoriale della componente danni a cose del forfait: in caso contrario, vale a dire utilizzando il costo medio del pagato di tutte le generazioni, il dato territoriale sarebbe stato influenzato dalle differenziazioni dei costi medi di altre tipologie di danno (danni gravi alla persona) che rispondono a logiche di varianza diverse.

– Per la stima del **costo medio dei danni di lieve entità** (invalidità permanente inferiore o uguale a 9%) **alla persona del conducente** si è preso come base il valore di uno studio ANIA sui danni fisici micro-permanenti, basato su un campione di sinistri con micro-lesioni e corretto con ulteriori informazioni provenienti dalla Banca Dati Sinistri ISVAP. Il valore del costo medio dei sinistri con tale tipologia di danni alla persona è risultato pari a € 3.993. Poiché tale valore riguardava le liquidazioni di sinistri avvenute tra il 1° febbraio e il 31 marzo 2005, si è proceduto a rivalutare tale importo al giugno 2007, sempre sulla base della variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI) dell'ISTAT, così come stabilito per legge. In definitiva si è stimato che il costo medio dei danni lievi alla persona del conducente è pari a € 4.071.

La stima del forfait unico per ogni area territoriale è stata ottenuta ponderando i costi medi sopra riportati, considerando tutte le diverse tipologie di sinistro da risarcire.

TAVOLA 2 - STIMA FORFAIT CID-CARD

		IMPORTO in euro			
	TIPOLOGIA DI SINISTRO	***Area Territoriale 1***	***Area Territoriale 2***	***Area Territoriale 3***	***INCID. % SUL NUMERO***
Sinistri misti					
Riga 1.	Cose	1.671	1.373	1.175	
Riga 2.	Microlesioni personali (I.P: <=9%)	4.071	4.071	4.071	
Riga 3. = Riga 1.+ Riga 2.	***Misti***	***5.741***	***5.444***	***5.246***	***15,33%***
Sinistri a cose					
Riga 4.	***Solo cose e danni a cose derivanti da sinistri gravi***	***1.671***	***1.373***	***1.175***	***84,67%***
Riga 5. Stima forfait (media ponderata di Riga 3. e di Riga 4.)		**2.295**	**1.997**	**1.799**	

In particolare:

Riga 1: Per la stima del costo medio dei danni alle cose si sono utilizzati i valori dei tre forfait differenziati per area territoriale (tavola 1).

Riga 2: Per la stima del costo medio dei danni di lieve entità (invalidità permanente inferiore o uguale a 9%) alla persona del conducente si è utilizzato per tutte le aree territoriali il valore precedentemente stimato e pari a € 4.071.

Riga 3: La stima del costo medio di un sinistro misto che comprende danni di lieve entità alla persona del conducente e anche danni a cose (al veicolo e

alle cose trasportate) può essere ricavata dalla somma degli importi medi stimati per le singole componenti. Ne deriva che per tali sinistri misti il costo medio (rivalutato a giugno 2007) è pari rispettivamente a € 5.741 per l'area 1, a € 5.444 per l'area 2 e a € 5.246 per l'area 3. Per il calcolo dell'incidenza di questi sinistri sul totale dei sinistri si è proceduto secondo la seguente ipotesi: dalla fonte "Banca dati ANIA" risulta che per ogni 100 sinistri ci sono in media 135 danneggiati; tra questi 83,4 sono conducenti e solo 73 di essi subiscono danni di lieve entità. Considerando infine che i sinistri con danni alla persona rappresentano il 21,0% del totale di tutti i sinistri, si ottiene che 15,33% (= 73,0% * 21,0%) è il peso dei sinistri con danni al conducente di lieve entità sul totale dei sinistri.

Riga 4: I restanti sinistri sono tuttavia la maggioranza essendo quelli che non coinvolgono la persona del conducente, ma che riguardano esclusivamente i danni al veicolo e/o alle cose dei trasportati. Tali sinistri rappresentano quindi il complemento a 1 della percentuale stimata in riga 3, ossia l'84,67% del totale. Per tutti questi sinistri i valori di riferimento, valutati a giugno 2007, sono gli stessi di quelli definiti alla riga 1.

Riga 5: Per ottenere la stima del forfait unico occorre ponderare, per ogni area territoriale, i due costi precedentemente stimati (sinistri misti e sinistri con danni solo alle cose), per cui i valori finali che si ottengono sono rispettivamente: € 2.295 per l'area 1, € 1.997 per l'area 2 e € 1.799 per l'area 3.

2. Forfait per la convenzione terzi trasportati (CARD-CTT)

Anche il forfait per la convenzione terzi trasportati deve essere un unico valore utilizzato per risarcire i danni alla persona del trasportato e i danni alle cose di sua proprietà, dovuto per ogni trasportato leso, senza considerare le spese di resistenza, di liquidazione e di accertamento peritale. Dal momento che è previsto un plafond (pari a 5.000 euro) entro il quale a fronte dell'importo del danno viene riconosciuto alla compagnia gestionaria il forfait (decurtato della franchigia di 500 euro), mentre per importi superiori al plafond è riconosciuto il valore del plafond maggiorato dell'eccedenza tra il risarcimento effettivo e il plafond stesso, si è proceduto a stimare quale fosse l'importo medio dei danni fisici del conducente entro tale valore limite. A tal fine si è proceduto secondo i seguenti passaggi.

Sulla base dello studio ANIA sui danni fisici micro-permanenti il valore del plafond può essere assimilato al costo medio delle lesioni al terzo trasportato con 3 punti di invalidità permanente. Per la stima del **costo medio dei risarcimenti alla persona del terzo trasportato** si è preso come base il valore riportato in tale studio corretto con ulteriori informazioni provenienti dalla Banca Dati Sinistri ISVAP. Il valore del costo medio dei sinistri con tale tipo-

logia di danni alla persona è pari a € 2.555. Poiché tale valore riguarda le liquidazioni di sinistri riferite al 1° marzo 2005, si è proceduto a rivalutare tale importo a giugno 2007, sempre sulla base della variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI) dell'ISTAT, così come stabilito per legge. In definitiva si è stimato che il costo medio dei risarcimenti ai trasportati con lesioni comprese nel limite del 3% fosse pari a € 2.644. Il forfait è stato quindi determinato come media ponderata di tale costo e dell'importo di € 5.000 con pesi pari alla composizione delle lesioni con invalidità permanente fino al 3% (stimati essere il 74,5%) e le altre (25,5%). Il forfait unico che ne risulta è pari a € 3.250.

In aggiunta alla franchigia assoluta pari a € 500 (corrispondente al 10% del plafond), è stata fissata anche una franchigia relativa nella misura del 10% dell'importo del risarcimento, con un massimo di 20.000 euro.

LA CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE PER IL RISARCIMENTO DIRETTO

In occasione dell'introduzione del risarcimento diretto l'ANIA ha realizzato una campagna di pubblicità per informare gli assicurati sulle più importanti novità introdotte dalla nuova normativa e sui vantaggi che derivano dalla firma congiunta del modulo blu in occasione di un sinistro.

La campagna è iniziata contestualmente all'entrata in vigore della nuova procedura di risarcimento ed è stata pianificata per tutto il 2007. Nella prima parte della campagna sono state realizzate quattro serie di telepromozioni andate in onda sulle reti televisive in programmi di massimo ascolto. Da marzo in poi sono andati in onda spot sui 7 canali nazionali e su quello satellitare collocati per il 50% nelle fasce di ascolto di prime time e sulle principali emittenti radiofoniche. Per quanto riguarda la stampa sono state pianificate inserzioni su 65 quotidiani e 21 testate periodiche. Su internet sono stati selezionati i principali portali di accesso, di informazione, di motori e di viabilità. Sono state pianificate anche affissioni su tutto il territorio nazionale e in punti strategici come l'aeroporto di Linate. Inoltre è stata realizzata una brochure, guida al risarcimento diretto, pubblicata on line sul sito www.ania.it e che è stata distribuita in milioni di copie attraverso le reti agenziali di molte imprese.

Secondo i risultati di un'apposita indagine, la copertura è stata estremamente elevata: il messaggio della campagna ha raggiunto il 99,5% del target per circa 24 volte.

LA FONDAZIONE ANIA PER LA SICUREZZA STRADALE

Nel 2005, secondo i dati ISTAT, gli incidenti stradali sono diminuiti dell'1,8% rispetto al 2004. La riduzione è minore di quella prevista e con tutta probabilità evidenzia un indebolimento degli effetti positivi derivati dall'introduzione della patente a punti.

I tassi di mortalità e di danni fisici alle persone rimangono in Italia più elevati della media europea e sono il doppio di quelli raggiunti dai paesi più virtuosi (Olanda, Svezia, Regno Unito e Norvegia). Dal 1990 al 2005 l'Italia ha registrato una delle più limitate riduzioni di mortalità tra tutti i paesi europei.

L'introduzione della patente a punti nel 2003 ha portato degli indubbi miglioramenti, ma da un esame dei dati si evidenzia che il 92% di minori vittime registrate è stato totalizzato nei primi 12 mesi dall'entrata in vigore della nuova normativa.

I primi dati parziali per il 2006 pubblicati dalla Polizia Stradale indicano, addirittura, una tendenza alla crescita delle vittime (+2%). In sostanza, l'Italia non ha modificato, se non per un brevissimo periodo, la tendenza alla stagnazione del numero delle vittime che l'ha caratterizzata fin dalla metà degli anni '90.

Inoltre, l'Italia è all'ultimo posto nella UE per investimenti in sicurezza stradale come spesa pro capite e per vittima. Nel triennio 2004-2006 non si è avuto alcuno stanziamento e per il triennio 2007-2010 è previsto uno stanziamento annuo di 53 milioni di euro.

La Fondazione ANIA ha sviluppato una serie di iniziative in grado di accrescere i livelli di sicurezza e di consapevolezza alla guida concentrandosi su tre linee d'azione: i giovani, la sicurezza delle strade e delle infrastrutture, il trasporto pesante e le nuove tecnologie per la sicurezza.

I giovani

Su questo fronte la Fondazione si è rivolta a diverse fasce d'età, da quella dei bambini con il progetto di educazione stradale "Sicuramente", svolto in collaborazione con Disney, a quella degli adolescenti che si preparano per il conseguimento del "certificato di idoneità per la guida del ciclomotore", con il progetto "patentino on line", fino a quella dei neo patentati con il progetto "smANIA in autoscuola", con la quale, in collaborazione con l'associazione delle autoscuole CONFEDERTAAI e con i CENTRI DI GUIDA SICURA si è realizzato un percorso didattico per approfondire le regole della circolazione stradale, anche con l'utilizzo di un simulatore virtuale di guida appositamente creato dalla Fondazione.

"Guido con Prudenza-Rientro sicuro", l'iniziativa svolta in collaborazione con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno e con la Polizia Stradale è finalizzata a ridurre il numero di incidenti stradali concomitanti con gli orari di uscita dai locali notturni. Durante l'estate e nei fine settimana vicini alle vacanze di Pasqua e Natale, in alcune strade particolarmente esposte, sono stati organizzati numerosi servizi di prevenzione mediante controlli della Polizia. In collaborazione con il SILB (Sindacato locali da ballo), la Fondazione ANIA ha organizzato, all'ingresso dei locali d'intrattenimento, la divulgazione di depliant sui pericoli della guida in stato di ebbrezza e la distribuzione di test per la misurazione del tasso alcolemico.

La sicurezza delle strade e delle infrastrutture

Una parte considerevole degli incidenti stradali è almeno in parte causata da difetti costruttivi e di manutenzione delle infrastrutture esistenti, che inducono nell'automobilista errori di percezione dell'ambiente stradale o amplificano gli effetti di lievi distrazioni della guida.

Le statistiche evidenziano come l'80% degli incidenti si verifichi sul 20% della rete viaria. Esiste quindi la necessità di monitorare con attenzione i punti più pericolosi del sistema viario. È questo l'obiettivo del progetto "black point": la Fondazione ANIA ha messo a disposizione degli utenti una parte del proprio sito in cui è possibile comunicare informazioni su incidenti e "black point", potendo anche consultare una mappa interattiva contenente l'ubicazione esatta, la tipologia e la descrizione dei punti critici.

La Fondazione ANIA si fa carico di trasferire queste segnalazioni ai proprietari del tratto stradale indicato e monitora l'iter della segnalazione, dando comunicazione degli esiti direttamente all'utente. Nel sito è inoltre prevista una sezione dove sono evidenziate tutte le situazioni di rischio segnalate e risolte. Inoltre, la Fondazione ANIA con questa iniziativa ha anche sviluppato un software, scaricabile gratuitamente sul proprio navigatore, che avvisa dell'approssimarsi di un punto critico, e quindi consente al conducente di adottare le opportune contromisure.

Le numerosissime segnalazioni che stanno pervenendo, evidenziano come siano le aree urbane quelle con i maggiori problemi infrastrutturali; infatti oltre il 66% dei "black point" registrati finora riguarda le strade urbane, proprio quelle dove avviene la maggior parte (75%) degli incidenti stradali.

Il trasporto pesante e le nuove tecnologie per la sicurezza

Nel 2004, la Fondazione ANIA e Federtrasporti hanno lanciato un progetto di sicurezza stradale, che ha previsto in una prima fase, svolta in collaborazione con le compagnie di assicurazione, la raccolta di dati sulla frequenza dei sinistri e sul rapporto sinistri pagati/premi incassati. Il monitoraggio è stato reso

più efficace nel corso del 2006 con l'installazione di mille "scatole nere" a bordo di 1.000 TIR, appartenenti alla flotta veicoli di Federtrasporti e FAI. Questi dispositivi forniscono il posizionamento del veicolo tramite GPS, registrano i dati della dinamica di un incidente stradale e grazie al collegamento a una centrale operativa consentono la possibilità di avvertire immediatamente i soccorsi sanitari e meccanici in caso di incidente.

I primi dati relativi alla sperimentazione di questo comparto mostrano una netta riduzione della frequenza sinistri.

REGOLAMENTI ATTUATIVI DEL CODICE DELLE ASSICURAZIONI IN MATERIA DI ASSICURAZIONE R.C. AUTO

Il Codice delle assicurazioni ha attribuito all'ISVAP ampi poteri regolamentari.

Per quanto concerne in particolare l'assicurazione obbligatoria r.c. auto, il Codice ha provveduto a coordinare norme succedutesi nel tempo e già provviste di una propria normativa regolamentare, che continuerà ad applicarsi sino ad avvenuta sostituzione con nuove fonti regolamentari.

Nell'ambito di tale attività di integrazione e aggiornamento dei regolamenti r.c. auto preesistenti, l'Istituto ha emanato nel corso del 2006 due provvedimenti applicativi.

Regolamento ISVAP n. 3 del 23 maggio 2006 – Obbligo di alimentare la Banca Dati SITA per il funzionamento del Centro di Informazione italiano (IV Direttiva Auto).

Con questo provvedimento l'Istituto di Vigilanza ha emanato i criteri generali per il funzionamento del Centro di Informazione Italiano – costituito presso l'Istituto stesso – che ha finalità di supporto informativo ai danneggiati nei cosiddetti incidenti auto "transfrontalieri", come previsto dalla IV Direttiva Auto (2000/26/CE).

Il legislatore europeo, infatti, ha introdotto un sistema volto a tutelare le vittime di incidenti stradali avvenuti in uno Stato dell'Unione Europea diverso da quello di residenza delle vittime stesse (cosiddette "visiting victims"), prevedendo, tra l'altro, l'istituzione in ciascuno Stato di un Centro di Informazione, incaricato di fornire ai danneggiati – un volta tornati nel luogo in cui risiedono e formulando la richiesta nella propria lingua – le informazioni relative alla copertura assicurativa del veicolo che ha causato il sinistro all'estero.

A tal fine, l'ISVAP – esercitando l'opzione conferitagli dall'articolo 154 del Codice delle assicurazioni – ha stabilito che il Centro di Informazione Italiano acquisisca i dati inerenti alle coperture assicurative r.c. auto dei veicoli immatricolati nel nostro paese tramite la stipula di un'apposita Convenzione con l'ANIA, per la fruizione dei servizi connessi con la banca dati associativa SITA, Servizio Informatico Targhe Assicurate.

La soluzione prescelta consente di attingere a un'ampia e consolidata base di dati già esistente su base volontaria, evitando così la creazione di un oneroso e complesso duplicato.

A partire dal 22 luglio 2006 (termine previsto dal Regolamento stesso), si è passati quindi dal preesistente sistema di alimentazione meramente volontario e facoltativo del SITA a un sistema obbligatorio di trasmissione dei dati, necessario per lo svolgimento di una funzione di pubblica utilità connessa con un adempimento comunitario.

È previsto che la Convenzione ANIA – ISVAP, da stipularsi ai sensi dell'art. 5 del Regolamento, stabilisca le specifiche modalità tecniche e temporali di trasmissione dei dati al SITA.

Regolamento ISVAP n. 4 del 9 agosto 2006 – Obblighi informativi in occasione della scadenza contrattuale e disposizioni sull'attestazione sullo stato del rischio.

Con tale provvedimento, in vigore dal 1° gennaio 2007, l'Istituto di Vigilanza ha emanato disposizioni in materia di obblighi informativi a carico delle imprese di assicurazione in occasione della scadenza annuale dei contratti r.c. auto e in materia di attestazione sullo stato del rischio, disciplinandone contenuti e modalità di consegna.

Il Regolamento ha anche esteso a tutte le tipologie di veicoli la disciplina della indicazione della classe di merito di conversione universale (CU), da contemplare negli attestati di rischio per consentire il raffronto tra i differenti criteri impiegati dalle imprese nella costruzione e nelle regole evolutive delle scale bonus/malus. L'indicazione della classe CU – in aggiunta alla classe di merito contrattuale – era prevista originariamente dalla circolare ISVAP n. 555/2005 solo per autovetture, ciclomotori e motocicli.

Comunicazione informativa da inviarsi al contraente in occasione della scadenza annuale del contratto di assicurazione r.c. auto

Per questa parte, il Regolamento n. 4/2006 trova il proprio fondamento nell'articolo 191, comma 1, lett. b) del Codice delle assicurazioni, che attribuisce all'Istituto di Vigilanza ampi poteri normativi in materia di obblighi informativi

prima della conclusione e durante l'esecuzione del contratto, compresi i prodotti assicurativi promossi o collocati con tecniche di comunicazione a distanza (telefoniche e via internet).

Il Regolamento ha introdotto l'obbligo per tutte le imprese di inviare al contraente, almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale e anche in assenza di clausola di tacito rinnovo, una comunicazione informativa conforme al modello allegato al provvedimento. Le informazioni da fornire riguardano la data di scadenza del contratto, le modalità di esercizio dell'eventuale disdetta, il premio in corso e quello di rinnovo della garanzia per la successiva annualità assicurativa, il numero e l'importo dei sinistri rilevanti ai fini dell'applicazione della maggiorazione di premio r.c. auto ("malus", "pejus") ovvero – per il premio e per i sinistri – indicazioni circa la disponibilità di tali informazioni presso il punto vendita cui è assegnato il contratto o presso l'eventuale call center dell'impresa.

L'ISVAP, in occasione dell'introduzione del risarcimento diretto, ha modificato con decorrenza dal 1° marzo 2007 la comunicazione al contraente, nella parte relativa alle informazioni che le imprese sono tenute – direttamente o tramite i propri intermediari – a fornire in merito al numero e all'importo degli eventuali sinistri "penalizzanti" la classe di merito e il premio per l'annualità successiva, qualora il contratto r.c. auto preveda la clausola che conferisce all'assicurato responsabile la facoltà di rimborsare il sinistro per evitare la maggiorazione del premio.

A questo fine l'Organo di Vigilanza, con il provvedimento n. 2494 del 21 dicembre 2006, ha aggiornato il facsimile della comunicazione allegata al Regolamento n. 4, distinguendo l'informativa relativa ai sinistri liquidati in regime di risarcimento diretto rispetto all'informativa concernente i sinistri liquidati con procedura diversa.

Per i sinistri pagati dall'impresa del danneggiato in risarcimento diretto, infatti, l'impresa dell'assicurato responsabile è tenuta a informare il contraente che, al fine di conoscere l'importo del sinistro, deve rivolgersi alla CONSAP, che è l'unico soggetto abilitato a disporre delle informazioni sul costo effettivo dei sinistri gestiti in risarcimento diretto.

Disposizioni relative all'attestazione dello stato del rischio

Le disposizioni di attuazione dell'articolo 134 del Codice regolano il contenuto, la consegna, la validità temporale dell'attestato di rischio nonché la decorrenza e l'ampiezza del periodo di osservazione del rischio.

L'innovazione recata dal Regolamento ISVAP n. 4 ha riguardato la consegna dell'attestato che va trasmesso al contraente con la medesima comunicazione informativa da inviare 30 giorni prima della scadenza contrattuale.

Altro elemento di novità ha riguardato la decorrenza e la durata del periodo di osservazione della sinistrosità, in quanto il Regolamento ha inteso uniformare tali aspetti, stabilendo che il periodo di osservazione debba iniziare dalla data di decorrenza della garanzia e terminare due mesi prima della scadenza del contratto. Per le annualità successive alla prima, il periodo deve avere per tutti i contratti la durata uniforme di dodici mesi decorrenti dalla fine del precedente periodo di osservazione.

Per quanto concerne, infine, il termine di validità dell'attestato, ai fini della sua presentazione per stipulare il contratto con altra impresa, il Regolamento n. 4/2006 ha stabilito una validità "ordinaria" di dodici mesi, estensibile a diciotto mesi nel caso in cui il contraente dichiari al nuovo assicuratore di non avere circolato nel periodo successivo alla scadenza del precedente contratto.

Sembra necessario tuttavia che tale norma sul termine di validità dell'attestato di rischio, e altre disposizioni del Regolamento n. 4/2006, siano armonizzate dall'Istituto di Vigilanza con le previsioni successivamente recate in materia di assicurazione r.c. auto dalla normativa recata nel 2007 dal c.d. decreto Bersani II, che, fra l'altro, ha elevato a cinque anni il termine di validità dell'attestato in parola.

I SISTEMI *BONUS/MALUS* DOPO LE RECENTI MODIFICHE NORMATIVE

I sistemi *bonus/malus* costituiscono una delle principali forme di personalizzazione del rischio r.c. auto e si fondano sul fattore discriminante della sinistrosità manifestata dall'assicurato, vale a dire sulla sua storia assicurativa: la propensione minore o maggiore a provocare sinistri.

Fin dalla loro introduzione, nella seconda metà degli anni '70, i sistemi *bonus/malus* hanno dimostrato la loro utilità nella prevenzione dei sinistri r.c. auto, in quanto, al pari delle formule contrattuali con franchigia, responsabilizzano l'assicurato a una guida prudente e a evitare danni ai terzi.

Considerata la struttura dell'assicurazione obbligatoria r.c. auto – che deve coprire oltre alla responsabilità del proprietario del veicolo anche quella di qualsiasi conducente che lo guidi (assicurazione in nome e per conto di chi spetta) – le clausole *bonus/malus* operano con riferimento a ogni singolo veicolo assicurato e non ai soggetti abilitati alla guida o ai proprietari né tanto meno ai titolari delle polizze. Peraltro, per l'individuazione del soggetto "titolare" della posizione maturata nella scala *b/m* rispetto a un veicolo assicurato, la legge indica espressamente la figura del proprietario dello stesso (articolo 134 del Codice delle assicurazioni).

Dal punto di vista della personalizzazione tariffaria, i sistemi *bonus/malus* sono costruiti sulla distribuzione del fabbisogno tariffario generale tra le varie classi di assicurati, secondo modelli che prevedono l'applicazione di coefficienti di diminuzione e di maggiorazione dei relativi premi in funzione di eventuali sinistri osservati.

Fino al 1994, nell'ambito del sistema di tariffe e condizioni contrattuali "amministrate" (ogni anno i prezzi e le clausole venivano imposte con provvedimento del CIP), la scala di *bonus/malus* era unica, sia dal punto di vista del numero delle classi di merito sia per quanto riguarda le regole d'ingresso nella mutualità. Anche le regole evolutive della classe di merito e i relativi coefficienti di premio erano previsti dal CIP e applicati uniformemente da tutte le imprese di assicurazione.

A partire dalla liberalizzazione, i sistemi *b/m* hanno iniziato a differenziarsi da impresa a impresa, non solo rispetto ai tre elementi sopra richiamati, ma anche prevedendosi l'innesto di formule miste (*bonus/malus* e franchigia) nonché l'adozione di modelli di tradizione anglosassone (*no claim discount*).

Per garantire forme di confronto tra i vari modelli adottati dalle imprese, nonché per favorire la possibilità di cambiare assicurazione, l'ISVAP ha emanato una serie di provvedimenti diretti a introdurre e disciplinare la c.d. Classe di Conversione Universale – CU, al fine di rendere comparabili le diverse scale *bonus/malus* adottate dalle compagnie. La classe CU deve figurare obbligatoriamente negli attestati di rischio rilasciati agli assicurati e deve essere valorizzata da ogni impresa in sede assuntiva del rischio, secondo una precisa tabella di corrispondenza con le proprie regole interne.

Su tale assetto normativo, confermato anche dal Codice delle assicurazioni e improntato sulla libera determinazione delle tariffe e delle condizioni di contratto, è intervenuto da ultimo il d.l. n. 7/2007, convertito nella legge n. 40/2007 (c.d. decreto Bersani II), che all'articolo 5 ha introdotto una serie di disposizioni imperative in materia di clausole *bonus/malus.*

Le nuove disposizioni riguardano:

- il periodo temporale di validità dell'attestato di rischio, portato da un anno a cinque anni;
- l'obbligo per le imprese di applicare al contratto r.c. auto relativo a un ulteriore veicolo acquistato dal proprietario di un veicolo già assicurato o da un componente stabile del suo nucleo familiare la medesima classe di merito b/m assegnata al veicolo già assicurato;
- le regole da seguire per la variazione della classe *b/m* a seguito di sinistro;
- l'obbligo di avviso tempestivo dell'assicurato in merito alla variazione di classe a seguito di sinistro.

È indubbio che la disciplina dettata è diretta a ricevere alcune istanze provenienti dai consumatori rispetto a talune regolazioni legislative o contrattuali che venivano percepite come trattamenti socialmente ingiusti.

È altrettanto indubbio che la disciplina va oltre le prerogative legislative riservate agli Stati membri dell'Unione Europea, che dovrebbero attenersi alle sovraordinate fonti comunitarie in materia di inderogabilità dei principi della libera determinazione delle tariffe e degli strumenti contrattuali applicati in assicurazione.

Le norme recentemente dettate in materia r.c. auto presentano caratteri che fanno dubitare della loro utilità economica per la generalità dei consumatori e producono effetti indesiderati, come spesso avviene quando si agisce irrigidendo le regole di mercato.

A parte le disposizioni sulla validità temporale dell'attestato di rischio – che risponde a specifiche e condivisibili esigenze riguardanti l'utilizzo di un veicolo – e sull'avviso tempestivo della variazione della classe di merito – di fatto già prevista dalle disposizioni in vigore – le norme in materia di *bonus/malus* comportano la necessità di riequilibrare il fabbisogno tariffario attraverso un recupero dall'intera mutualità delle minori risorse percepibili nelle situazioni contrattuali regolate dal provvedimento.

Più in particolare, dal punto di vista economico si osserva che:

- obbligare ad assegnare ai contratti di assicurazione relativi agli ulteriori veicoli acquistati da un soggetto e dai suoi familiari la stessa classe di merito assegnata al primo veicolo, anziché la classe di ingresso predisposta dall'impresa, si traduce in un'imposizione di sconti di prezzo: ne deriva una riduzione dei premi attesi e la necessità di chiedere un sovrappremio agli altri assicurati per coprire il fabbisogno mancante;
- allo stesso modo, cambiare le regole di valorizzazione della responsabilità ai fini dell'applicazione degli aumenti di premio a carico degli autori dei sinistri, includendo nella penalizzazione solo i responsabili "principali" accertati ed escludendo quelli in concorso minore o in concorso al 50% sottrae al fabbisogno previsto le risorse provenienti da detti aumenti: questo effetto si cumula con quello descritto in precedenza in termini di riduzione dei premi attesi.

La disposizione che regola la valorizzazione della responsabilità ai fini dell'applicazione del *malus* presenta inoltre obiettivi limiti di compatibilità con i principi generali dell'ordinamento giuridico, oltre che porsi in evidente contrasto con un'etica di responsabilizzazione degli assicurati.

A prescindere dalla difficoltà di interpretare la norma, che determina rilevanti problemi applicativi, occorre osservare infatti che nel nostro ordinamento

civilistico, nel caso di concorso di colpa, ogni responsabile è tenuto a una quota di risarcimento pari al proprio grado di responsabilità. L'assicuratore di r.c. copre, appunto, questa responsabilità civilistica sostanziale ed è tenuto a risarcire a propria volta il danno in proporzione al grado di responsabilità del suo assicurato.

Si hanno, inoltre, effetti paradossali specialmente per i sinistri che coinvolgono due veicoli con responsabilità dei due conducenti al 50%. In questi casi nessuno dei due si vedrà attribuito il *malus*. Oltre a essere assurda, pertanto, la norma è anche foriera di possibili comportamenti fraudolenti.

In conclusione, l'intervento normativo sulle clausole *bonus/malus* comporta uno snaturamento di tali formule contrattuali, in quanto riduce la deterrenza implicita nell'applicazione del *malus* in caso di sinistro. Ne deriverà anche un appiattimento verso le classi migliori della distribuzione degli assicurati, i quali però saranno costretti a pagare un sovrappremio per far fronte alla riduzione degli introiti derivante anche dalla mancata applicazione del *malus*.

OBBLIGO A CONTRARRE IN R.C. AUTO: DEFERIMENTO ALLA CORTE DI GIUSTIZIA UE

A conclusione della procedura preliminare di vaglio della disciplina nazionale sull'obbligo a contrarre nell'assicurazione r.c. auto, il 12 ottobre 2006 la Commissione Europea ha deciso di deferire l'Italia alla Corte di giustizia delle Comunità europee in quanto ha ravvisato l'incompatibilità di tale disciplina con il Trattato istitutivo della Comunità e con le direttive assicurative di terza generazione.

L'apertura della procedura risale all'ottobre del 2005, con l'invio da parte della Commissione UE di un primo rilievo al Governo italiano, in cui si esprimevano perplessità sul mantenimento dell'obbligo a contrarre. A tale rilievo la Commissione aggiungeva nell'aprile del 2006 un ulteriore parere motivato supplementare, che rappresenta la fase prodromica dell'apertura di un'istruttoria di infrazione dinanzi alla Corte di Giustizia.

I punti di criticità ravvisati dalla Commissione UE riguardano le previsioni recate dai seguenti articoli del Codice delle assicurazioni:

- articolo 35, poiché prevede l'obbligo per le imprese di calcolare le tariffe r.c. auto in coerenza con le proprie basi tecniche che devono essere estese ad almeno cinque esercizi;
- articolo 122, poiché configura l'obbligo a contrarre come obbligo di tariffare tutti i rischi e di accettare tutte le proposte assicurative, realizzando per tale verso una limitazione ritenuta immotivata dei principi di libertà tariffaria sanciti espressamente dalle direttive assicurative di terza gene-

razione (essendo apparsa evidentemente insufficiente la sola deroga introdotta per le imprese specializzate nell'assicurazione delle flotte di veicoli). Tale disposizione inoltre si porrebbe in contrasto anche con il principio comunitario dell'*home country control*, stabilendo l'applicabilità dell'obbligo a contrarre configurato in modo così pervasivo anche alle imprese aventi la propria sede legale in altri Stati membri dell'Unione.

A questo riguardo, inoltre, la Commissione Europea ha espresso il parere che i comprensibili motivi sociali di tutela degli assicurati, sottesi alle disposizioni nazionali criticate, possano essere perseguiti con strumenti legislativi meno stringenti, sulla scia di soluzioni adottate in altri Stati europei per garantire a tutti i cittadini l'accesso alla copertura obbligatoria della responsabilità civile auto nel rispetto dei principi comunitari in materia di concorrenza (ad esempio, il Bureau de tarification francese, la costituzione di "bad company" nel Regno Unito).

Sulla vicenda l'ANIA, in ripetute occasioni, si è espressa auspicando il raggiungimento in ambito politico di una soluzione che riesca a bilanciare le differenti e delicate esigenze in gioco, equilibrandole opportunamente, e ha confermato la completa disponibilità del settore assicurativo a una collaborazione di natura tecnica che possa utilmente contribuire in tale direzione.

LA CARTOLARIZZAZIONE DI UN PORTAFOGLIO AUTO

Recentemente, una delle principali compagnie d'assicurazione francesi ha portato a termine una complessa operazione di securitisation di un portafoglio di polizze auto sottoscritte in quattro paesi europei, tra cui l'Italia. L'ammontare complessivo di premi cartolarizzati è stato pari a 411 milioni di euro, di cui il 21% sottoscritti in Italia. Questa operazione segue quella eseguita nel dicembre 2005 dalla stessa compagnia e limitata al mercato francese.

La prima parte dell'accordo è un contratto standard di riassicurazione: la compagnia di assicurazione ha ceduto a un riassicuratore una quota dei premi incassati, ottenendo, oltre alla usuale garanzia di riassicurazione, un deposito di 411 milioni di euro come garanzia del rimborso. Il riassicuratore ha venduto a un'altra entità finanziaria (un FCC, Fond Commun de Créances, equivalente a uno Special Purpose Vehicle) il diritto di ricevere dalla compagnia una parte o tutto il deposito, a seconda dell'andamento del portafoglio di rischi ceduti. A fronte di ciò, l'FCC ha emesso obbligazioni della durata di sei anni per un valore di 411 milioni suddivise in tre tranches. La prima del valore di 91,5 milioni di euro, ha rating AAA, la seconda (di 220 milioni) è valutata con una A+, e l'ultima (di 100,1 milioni) ha rating BBB.

Se durante l'anno il loss ratio complessivo nei quattro mercati eccedesse il 74,3%, una commissione indipendente avrà un periodo di due anni per verificare il valore dei sinistri. Se il superamento risultasse confermato, gli investitori perderanno una parte dei capitali corrispondente ai danni in eccesso rispetto al loss ratio prefissato. In particolare, se il loss ratio fosse compreso tra il 74,3% e il 78,9%, non avverrà il rimborso di parte o tutta la terza tranche, per valori compresi tra il 78,9% e l'89,0%, si attingerà anche nella seconda tranche e infine, in caso di un loss ratio ancora più alto, saranno coinvolte anche le obbligazioni della prima tranche. Il loss ratio che fa da trigger viene rinegoziato ogni anno.

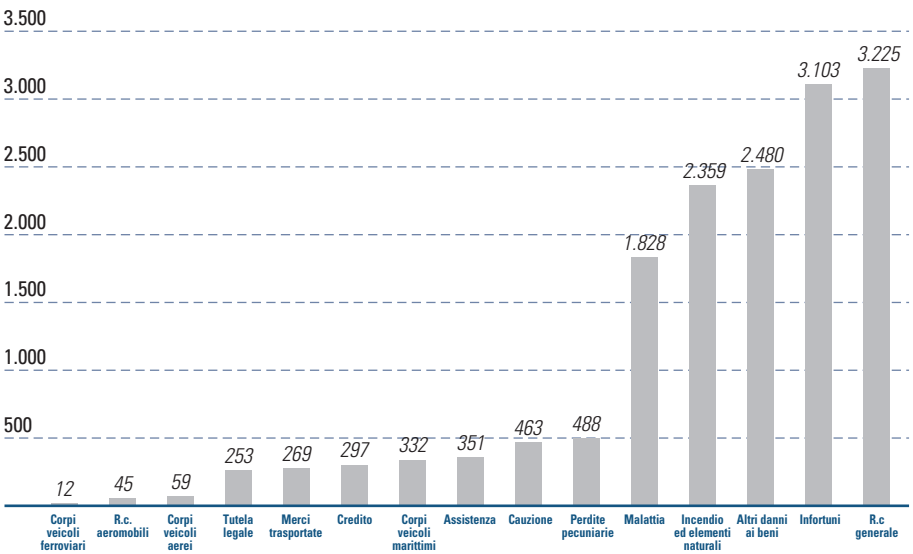
Chi investe in queste obbligazioni (disponibili solo per gli investitori istituzionali) è quindi esposto essenzialmente al rischio di un eventuale forte incremento del loss ratio. Attualmente non sono ancora disponibili dati sugli spread delle obbligazioni legate a questa operazione. Per quanto riguarda l'operazione svolta per il mercato francese nel 2005, lo spread medio delle tranches di debito era di 28 punti base rispetto al tasso EURIBOR, in linea con quello di altri prodotti sintetici emessi dalle banche. Ciò indica che il rischio di una perdita in conto capitale è giudicato piuttosto basso.

Questo tipo di struttura potrebbe, sottolinea Tillinghast Towers and Perrin, essere applicata ad altri portafogli, specialmente a quelli per cui i requisiti di capitale sono particolarmente elevati rispetto al livello effettivo di rischio. La reazione dei mercati è stata positiva. Secondo Standard & Poor's operazioni del genere schiudono grandi opportunità per tutto il settore assicurativo danni e vanno incontro alle richieste degli investitori, che ricercano nuove opportunità di diversificazione e rendimenti più elevati.

Nel 2006 la crescita dei premi è rallentata come conseguenza, in particolare nei rami trasporti, di un mercato di tipo "soft". L'incidenza dei premi degli altri rami danni sul totale danni continua a crescere, anche se in misura contenuta. A causa di un peggioramento nel loss ratio, che è aumentato di due punti percentuali rispetto al 2005, si è registrata una riduzione dell'incidenza del risultato del conto tecnico complessivo rispetto ai premi (dal 4,3% nel 2005 al 2,6% nel 2006).

I RAMI DANNI DIVERSI DAL SETTORE AUTO

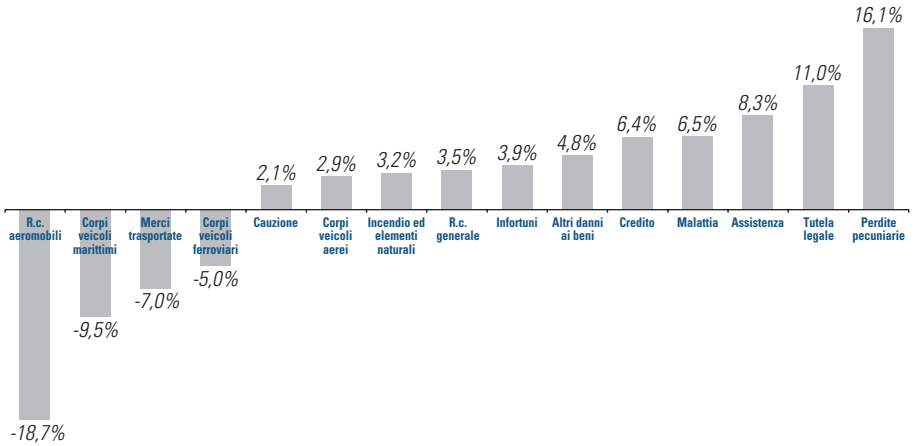
I **premi del lavoro diretto italiano,** raccolti nei rami danni diversi dal settore Auto (ossia escludendo i rami corpi veicoli terrestri, r.c. auto e r.c. veicoli marittimi) sono stati, nel 2006, pari a 15.563 milioni di euro, in crescita del 4,1% rispetto a quelli del 2005, il tasso di crescita più contenuto nell'attuale decennio. Questo risultato si spiega principalmente con la riduzione registrata per i premi del settore trasporti, diretta conseguenza di un mercato di tipo "soft" che comporta un contenimento dei prezzi unitari. In particolare, i rami che hanno registrato un calo rispetto all'anno precedente sono stati la r.c. aeromobili (-18,7%), i corpi veicoli marittimi (-9,5%), le merci trasportate (-7,0%) e i corpi veicoli ferroviari (-5,0%); hanno registrato tassi di crescita al di sopra della media il credito (+6,4%), il ramo malattia (+6,5%), l'assistenza (+8,3%), la tutela legale (+11,0%) e le perdite pecuniarie (+16,1%). L'incidenza dei premi delle altre assicurazioni danni sul totale danni è in lieve crescita, passando dal 41,2% del 2005 al 41,9% del 2006.



PREMI DEL LAVORO DIRETTO PER RAMO DI ATTIVITÀ – 2006
Valori in milioni di euro

Le altre assicurazioni danni

TASSO DI CRESCITA DEI PREMI DEL LAVORO DIRETTO PER RAMO DI ATTIVITÀ – 2006

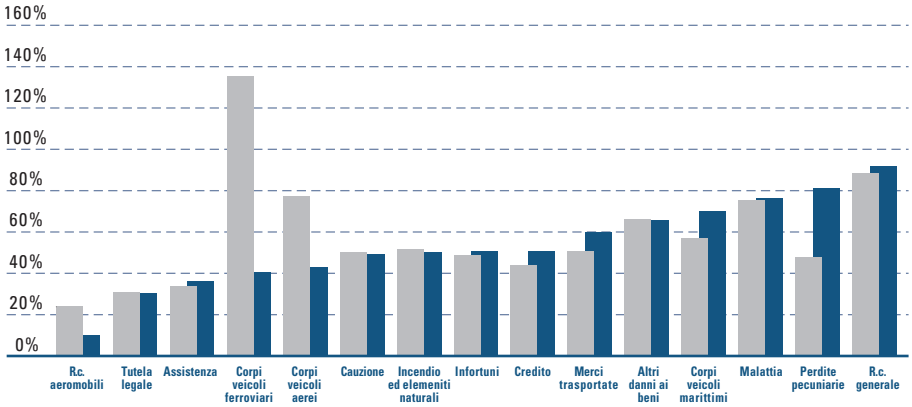


Il **costo dei sinistri di competenza**, definito come somma degli importi pagati e riservati per i sinistri accaduti nell'esercizio di bilancio, è stato pari a 10.052 milioni di euro (9.439 nel 2005), con un aumento del 6,5% rispetto all'anno pre-

ALTRI RAMI DANNI
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Premi contabilizzati	10.976	11.771	12.807	13.505	14.180	14.957	15.563
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	333	404	353	402	474	484	496
Oneri relativi ai sinistri (-):	7.925	8.130	8.714	8.872	8.914	9.140	9.818
- sinistri di competenza (-)	8.065	8.076	8.663	9.114	8.979	9.439	10.052
- sufficienza/insufficienza sinistri esercizi precedenti	140	-54	-51	242	64	298	233
Saldo delle altre partite tecniche	-213	-209	-263	-283	-318	-314	-388
Spese di gestione (-)	3.255	3.458	3.701	3.919	4.130	4.409	4.631
- provvigioni	2.225	2.339	2.546	2.722	2.858	3.084	3.294
- altre spese di acquisizione	412	468	471	497	521	548	566
- altre spese di amministrazione	617	650	685	699	751	777	771
Saldo tecnico del lavoro diretto	**-750**	**-430**	**-223**	**28**	**343**	**610**	**229**
Utile investimenti	695	683	529	695	784	829	808
Risultato del conto tecnico diretto	**-56**	**253**	**305**	**723**	**1.128**	**1.439**	**1.037**
Saldo della riassicurazione	516	135	-130	-346	-758	-811	-644
Risultato del conto tecnico complessivo	**460**	**388**	**175**	**377**	**370**	**628**	**394**
Variazione % annua dei premi	5,7%	7,2%	8,8%	5,4%	5,0%	5,5%	4,1%
Combined ratio	**104,1%**	**100,9%**	**98,9%**	**96,7%**	**94,2%**	**92,6%**	**94,9%**
- Expense ratio	29,7%	29,4%	28,9%	29,0%	29,1%	29,5%	29,8%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	20,3%	19,9%	19,9%	20,2%	20,2%	20,6%	21,2%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	3,8%	4,0%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	3,6%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	5,6%	5,5%	5,3%	5,2%	5,3%	5,2%	5,0%
- Loss ratio:	74,5%	71,5%	70,0%	67,7%	65,0%	63,2%	65,2%
- Loss ratio di competenza	75,8%	71,0%	69,6%	69,6%	65,5%	65,2%	66,7%
- Suff./Insuff sinistri es. preced/Premi competenza	1,3%	-0,5%	-0,4%	1,8%	0,5%	2,1%	1,5%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**-7,1%**	**-3,8%**	**-1,8%**	**0,2%**	**2,5%**	**4,2%**	**1,5%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**-0,5%**	**2,2%**	**2,5%**	**5,5%**	**8,2%**	**9,9%**	**6,9%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	**4,3%**	**3,4%**	**1,4%**	**2,9%**	**2,7%**	**4,3%**	**2,6%**
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni	*39,4%*	*39,3%*	*39,5%*	*39,5%*	*40,0%*	*41,2%*	*41,9%*

Gli indici e le variazioni % sono calcolati sulla base di dati espressi in migliaia di euro



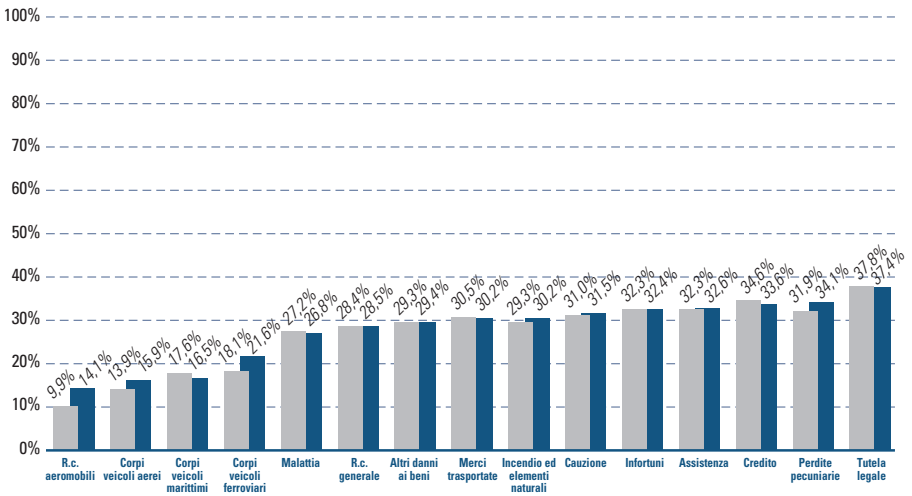
LOSS RATIO DI ESERCIZIO PER RAMO DI ATTIVITÀ

2005 *2006*

cedente. Dal momento che la crescita del costo dei sinistri è risultata superiore a quella registrata dai premi, il loss ratio di competenza risulta in peggioramento, passando dal 65,2% nel 2005 al 66,7% nel 2006.

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 9.818 milioni di euro, il 7,4% in più rispetto al 2005. Il rapporto tra tali oneri per sinistri e i premi di competenza è stato pari al 65,2%, in aumento rispetto al 63,2% del 2005. I rami che più di altri hanno contribuito al deterioramento di questo indicatore e il cui peso, in termini di premi, è più elevato rispetto agli altri, sono stati il ramo infortuni il cui loss ratio passa da 48,9% del 2005 a 50,9% del 2006, il ramo malattia (da 75,4% a 76,3%) e il ramo r.c. generale (da 88,2% a 91,7%). Il peggioramento è comune alla gran parte dei rami con l'eccezione dei corpi veicoli ferroviari e dei corpi veicoli aerei.

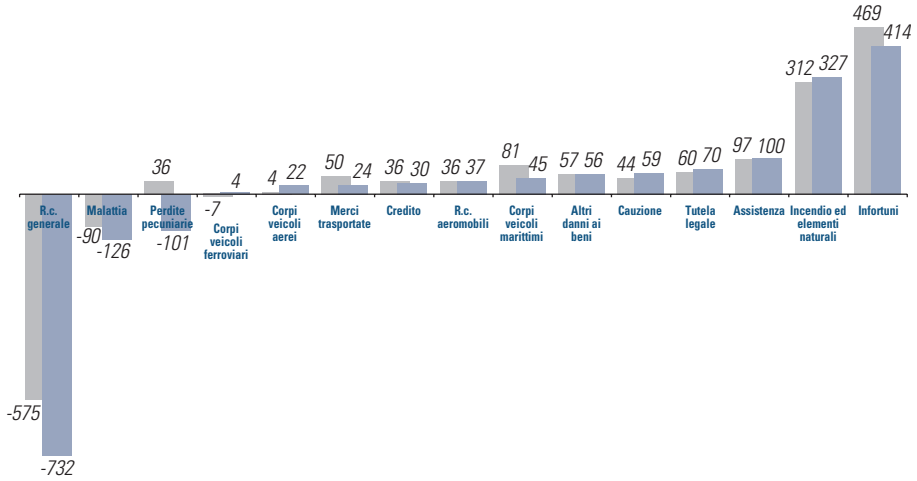
Le **spese di gestione** sono state pari a 4.631 milioni di euro (4.409 nel 2005) e comprendono le spese di amministrazione attinenti alla gestione tecnica e gli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi e per l'or-



SPESE DI GESTIONE PER RAMO DI ATTIVITÀ
INCIDENZA % SUI PREMI

2005 *2006*

SALDO TECNICO DEL LAVORO DIRETTO PER RAMO DI ATTIVITÀ
Valori in milioni di euro

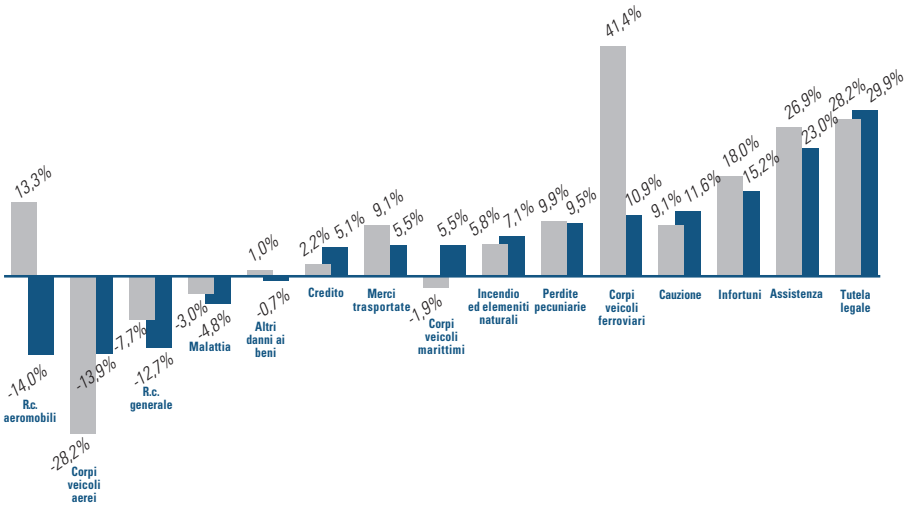


ganizzazione e il funzionamento della rete distributiva. L'incidenza delle spese sui premi è stata del 29,8%, valore in linea con il 29,5% del 2005. Il ramo che presenta il rapporto più alto delle spese su premi è la tutela legale (37,4%); valori più contenuti e inferiori al 20%, si registrano nei rami r.c. aeromobili (14,1%), corpi veicoli aerei (15,9%) e corpi veicoli marittimi (16,5%).

Il **saldo tecnico del lavoro diretto** è stato positivo per 229 milioni di euro (610 nel 2005). Nonostante si mantenga positivo, il calo registrato dal saldo tecnico è imputabile alla crescita del costo dei sinistri; in particolare hanno registrato un saldo tecnico negativo i seguenti rami: r.c. generale (-732 milioni di euro nel 2006 contro -575 milioni di euro nel 2005); malattia (-126 contro -90 nel 2005); perdite pecuniarie (-101 contro un saldo positivo e pari a 36 milioni di euro nel 2005). Si sono registrati saldi in valore assoluto più elevati nel ramo incendio ed elementi naturali (327 milioni di euro) e nel ramo infortuni (414 milioni di euro).

Considerato che gli utili degli investimenti sono stati pari a 808 milioni di euro (829 nel 2005), il **risultato del conto tecnico del lavoro diretto** è stato positivo per 1.037 milioni di euro (1.439 nel 2005).

INCIDENZA % DEL RISULTATO DEL CONTO TECNICO COMPLESSIVO SUI PREMI DI COMPETENZA PER RAMO DI ATTIVITÀ



Tenuto conto del saldo della riassicurazione, il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 394 milioni di euro (628 nel 2005), con un'incidenza sui premi del 2,6% (4,3% nel 2005). In particolare, il ramo r.c. generale ha evidenziato una perdita tecnica complessiva pari a -403 milioni di euro (-237 nel 2005), con un'incidenza nei premi pari a 12,7. Valori negativi di tale incidenza si registrano nel 2006 anche per la r.c. aeromobili (-14,0%), corpi veicoli aerei (-13,9%), malattia (-4,8%) e altri danni ai beni (-0,7%). Incidenze particolarmente positive (superiori al 10%) si registrano per i seguenti rami: corpi veicoli ferroviari (10,9%), cauzione (11,6%), infortuni (15,2%), assistenza (23,0%) e tutela legale (29,9%).

I PRIMI RISULTATI DEL PROGETTO SULLA SANITÀ PATROCINATO DA ANIA E IRSA

Nel mese di aprile l'ANIA ha ospitato un workshop nel quale sono stati discussi i risultati preliminari del progetto di ricerca sulla Sanità promossa da ANIA e patrocinata da IRSA. All'evento hanno partecipato rappresentanti di tutte le parti sociali coinvolte nel mondo della sanità.

Nella sua versione finale il progetto prenderà la forma di un volume che riunirà i lavori degli esperti provenienti dal mondo accademico e professionale coinvolti nell'iniziativa. Il volume vuole essere un contributo al dibattito in corso sul futuro della sanità in Italia. Questo articolo riassume, senza pretesa di completezza, le primi evidenze del progetto.

La prima considerazione riguarda la spesa sanitaria italiana che, pur non risultando molto elevata in termini di confronti internazionali, sembra ottenere risultati in termini di allungamento e miglioramento della vita media pari e in molti casi migliori di quelli ottenuti da altri paesi con livelli di spesa superiori. Ma ai buoni risultati ottenuti si accompagna una diffusa insoddisfazione per i servizi sanitari prestati.

Tra i motivi di questa insoddisfazione vi sono certamente le marcate disomogeneità territoriali in termini di qualità delle prestazioni erogate. Inoltre, la risonanza mediatica che hanno gli errori e i disservizi con conseguenze tragiche in ambito sanitario alimenta l'indignazione dei cittadini. Tutto ciò, unito alla complessità delle procedure dirette a riparare tali errori, influenza in senso fortemente negativo il giudizio di pazienti e operatori del settore.

Un ulteriore motivo risiede nel fatto che la quota della spesa sanitaria privata out of pocket ha in Italia un livello decisamente elevato (secondo l'OMS nel 2004 la spesa out of pocket in Italia incideva per il 21% sulla spesa sanitaria totale e per l'84% sulla spesa sanitaria privata). La razionalizzazione di questi ingenti flussi di spesa privata secondo logiche di previdenza/assicurazione

può rappresentare dunque un obiettivo importante nell'ambito di una logica di cooperazione pubblico/privato nel settore della sanità (tavola 1).

La questione assume rilievo se si considera la notevole pressione che numerosi fattori di diversa natura esercitano sulla crescita della spesa sanitaria nel medio e lungo periodo, sia dal lato della domanda sia dal lato dell'offerta. Le proiezioni formulate in varie sedi circa il futuro andamento della spesa sanitaria pubblica indicano una forte crescita, che è già in corso negli ultimi anni.

Le più recenti proiezioni complessive della spesa pubblica per assistenza sanitaria e socio-sanitaria (in particolare la spesa per la non autosufficienza, o long term care) formulate in sede OCSE mostrano che la spesa sanitaria pubblica totale italiana, tra il 2005 e il 2050, avrà il più alto aumento tra tutti i paesi considerati, giungendo addirittura a raddoppiare in percentuale del PIL (dal 6,6% al 13,3%) nel caso in cui non vi sia un effettivo contenimento dei costi (tavola 2). Questo eccezionale aumento è dovuto non solo alla spesa sanitaria in senso stretto quanto soprattutto alla spesa per LTC che, partendo da un livello molto basso, tende addirittura a quintuplicarsi anche nel caso di contenimento dei costi.

Un aumento considerevole è previsto anche dal governo italiano nelle stime rese disponibili dal rapporto della Ragioneria Generale dello Stato il 30 maggio di quest'anno. Secondo questa stima la spesa sanitaria pubblica crescerebbe dal 6,9% nel 2006 all'8,8% nel 2050 per effetto dei soli cambiamenti demografici (scenario conservativo "pure ageing"), non tenendo conto cioè delle possibili variazioni dei profili di consumo sanitario per fasce di età e reddito (nella tavola 3 è riportata una stima precedente effettuata nel dicembre 2006). Si tratta di una misura analoga a quella della cosiddetta "gobba pensionistica", con la differenza che, mentre la spesa per le pensioni sarebbe dal 2040 in una fase discendente, non si prevedono cambiamenti di tendenza nella spesa sanitaria pubblica.

È da rilevare infine la scarsa efficacia delle riforme nei meccanismi di finanziamento introdotte nel corso degli ultimi anni con il proposito di responsabilizzare i centri di spesa, in particolare per la mancata correlazione delle risorse finanziarie con i livelli essenziali di assistenza.

Sulla base di queste considerazioni, il progetto descrive alcune potenziali aree di partnership tra il settore privato e quello pubblico, rispettando i principi fondamentali del SSN.

1. Riformulazione del sistema dei copayment (ticket)

Nella maggior parte dei paesi dell'OCSE la responsabilizzazione del consumo di servizi sanitari avviene lungo tutta la filiera: dai farmaci, al medico di base,

alla diagnostica specialistica, al ricovero. In molti casi è adottata una vera e propria declinazione del copayment, per tener conto della tipologia di prestazione e delle caratteristiche economico-sanitarie soggettive. Ovviamente, esistono dei meccanismi di esenzione dal copayment basati sul reddito e sul tipo di patologie.

In Francia, ad esempio, si applica un copayment del 30% sulle prestazioni dei medici di base e su quelle specialistiche e diagnostiche, oltre a un ticket a schema misto fisso-percentuale su quelle in regime di ricovero. La quasi totalità dei farmaci (sia con sia senza obbligo di prescrizione) è rimborsabile, ma con un ticket del 35%, che si azzera su alcuni prodotti di particolare importanza, e sale al 65% sui comfort drugs.

Diverso è il sistema tedesco, dove la compartecipazione è basata su contributi fissi (non proporzionali) sulle prestazioni dei medici di base e su quelle specialistiche e diagnostiche e per giorno di ospedalizzazione, anche se in questo ultimo caso con un tetto massimo di spesa a carico del paziente. La maggior parte dei farmaci (sia con sia senza obbligo di prescrizione) è rimborsabile, previo copayment del 10% all'interno di una soglia assoluta minima e massima.

In Italia, le prestazioni sanitarie pubbliche sono quasi completamente gratuite, eccezion fatta per le visite specialistiche e diagnostiche non in regime di ricovero e per i ticket sui farmaci nelle poche regioni che li hanno adottati. La cornice normativa è complicata dal processo di trasformazione federalista, con le scelte di regolazione demandate alle regioni ma senza un coordinamento di base.

La scelta di non modificare la situazione attuale, oltre a non essere realisticamente sostenibile a lungo termine, comporterebbe il permanere di un sistema caratterizzato da un universalismo formalmente assoluto, nel quale però le prestazioni sono di fatto razionate dalle lunghe liste di attesa, spesso a danno delle classi più deboli per condizioni di reddito.

D'altra parte la mera riduzione delle prestazioni coperte dai livelli essenziali di assistenza (LEA) potrebbe comportare conseguenze distributive perverse, data la difficoltà di definire ex ante le fasce di reddito dove maggiormente si concentrano oggi e si concentreranno in futuro le richieste di prestazioni appartenenti ai LEA esclusi.

Se si accetta quindi il principio che una effettiva adeguatezza nell'erogazione dei servizi non si può conseguire senza un'adeguata sostenibilità finanziaria, occorrerebbe pensare a un sistema di vera compartecipazione che cauteli le fasce più deboli della popolazione dall'essere ulteriormente colpite. L'impatto

distributivo sui cittadini dovrebbe poter essere definito ex ante attraverso abbattimenti ed esenzioni modulati in base al reddito.

La compartecipazione al costo, articolata per tipologia di prestazione e graduata in base alle caratteristiche economiche e sanitarie soggettive, sarebbe inoltre uno strumento adatto a introdurre principi di responsabilizzazione individuale e di selezione. Per far questo potrebbe essere disegnato un impianto regolatorio che differenzi per condizioni soggettive e per prestazioni o gruppi di prestazioni.

In queste condizioni sarebbe possibile proporre la realizzazione di coperture assicurative e fondi sanitari integrativi studiati per coprire l'acquisto e la compartecipazione al costo di alcune categorie di prestazioni sanitarie a carico del cittadino.

2. Sviluppo dell'Intramoenia

Secondo una recente rilevazione effettuata dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, l'attività intramoenia (ossia l'attività di libera professione intramuraria, ALPI), con riferimento alle sole prestazioni di assistenza ospedaliera dell'anno 2004, mostra un incremento del 38,1% rispetto al 2001, e interessa lo 0,4% dei ricoveri complessivi rilevati in Italia. Mancano informazioni relative alle prestazioni specialistiche in regime di intramoenia.

Tali risultati sono certamente sottodimensionati rispetto a quelle che sono le potenzialità di diffusione dell'intramoenia. L'importo della spesa sanitaria privata, interpretabile come una diffusa esigenza di differenziazione del servizio, di libertà di scelta e di libertà di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, è enormemente superiore alla spesa in regime di intramoenia.

Secondo una recente indagine della Commissione Igiene e Sanità del Senato, resa nota nel marzo 2007, vi sono significative differenze tra le diverse regioni e le diverse aziende sanitarie incluse nell'analisi nel grado di attuazione dell'intramoenia. In particolare, l'intramoenia sarebbe maggiormente diffusa nelle regioni in cui la sanità è meglio organizzata.

Tra gli aspetti di debolezza, dal documento conclusivo della Commissione emergono i seguenti punti:

- l'indisponibilità di spazi di visita e di ricovero e (in minore misura) di tecnologie adeguati allo svolgimento dell'ALPI all'interno delle strutture aziendali;
- la difficoltà nell'effettuazione dei controlli e l'assenza di una completa e coerente regolamentazione aziendale;
- l'assenza di sistemi centralizzati e informatizzati di prenotazione e tariffazione;

- l'assenza, in taluni casi, di un tariffario aziendale per l'ALPI;
- l'impreparazione specifica del personale di supporto rispetto ai compiti richiesti dalla libera professione dei medici; la promiscuità dei percorsi assistenziali relativi al SSN e all'ALPI;
- la sproporzione tra le indennità di esclusività erogate e il numero effettivo di medici che esercitano l'ALPI;
- la mancata conoscenza dei costi reali dell'ALPI;
- la presenza, talvolta, di liste di attesa duplicate (per attività istituzionale e per ALPI).

Il settore delle prestazioni erogate in regime intramoenia, o parte di esso, presenta interessanti potenzialità per un terzo finanziatore privato che avrebbe il vantaggio di poter accedere a un mercato molto ampio operando in un contesto in cui le tariffe sono definibili ex ante.

Un quadro organico che favorisca lo sviluppo dell'attività di intramoenia potrebbe incentivare lo sviluppo da parte delle imprese di polizze studiate per la copertura delle spese relative alle prestazioni sanitarie erogate in regime intramoenia, con la regolazione diretta delle spettanze economiche dall'impresa assicuratrice alla struttura sanitaria.

Parallelamente si faciliterebbe il decollo dei fondi sanitari integrativi a copertura di prestazioni svolte in regime intramoenia, così come si prevedeva nel d.lgs 229/1999 che istituiva le forme integrative.

3. I fondi "doc" e le polizze integrative

La vicenda dei fondi sanitari integrativi "doc" (ex art. 9 del d.lgs. 229/1999) non è incoraggiante. I fondi integrativi, introdotti sulla carta nel 1999 non sono operativi poiché non è stato emanato il regolamento di attuazione necessario al loro ordinamento.

TAVOLA 1 - SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA (IN % DEL PIL) E COMPOSIZIONE % DELLA SPESA PRIVATA

	1990					2003				
	(in % del PIL)		Composizione spesa privata			(in % del PIL)		Composizione spesa privata		
	Spesa pubblica	Spesa privata	Out of pocket	Fondi sanitari. Assicurazioni	Associazioni assistenziali	Spesa pubblica	Spesa privata	Out of pocket	Fondi sanitari. Assicurazioni	Associazioni assistenziali
Francia	6,4	2,0	48,7	46,9	4,4	8,2	2,3	42,2	53,5	4,3
Germania	6,5	2,0	46,8	30,4	22,8	8,5	2,3	47,9	40,2	11,9
Italia	6,1	1,6	73,0	3,0	24,0	6,2	2,2	83,3	3,8	12,9
Spagna (1)	5,1	1,4	83,1	17,4	0,0	5,5	2,3	82,0	14,9	3,1
Regno Unito	5,0	1,0	64,0	19,9	16,1	6,7	1,1	*n.a.*	*n.a.*	*n.a.*
Stati Uniti	4,7	7,2	33,0	56,6	10,4	6,7	8,4	25,3	66,0	8,7

(1) Al 2000
Fonte: OECD, Health Data 2005

TAVOLA 2 - PROIEZIONI COMPLESSIVE DELLA SPESA PUBBLICA PER ASSISTENZA SANITARIA E LTC (IN % DEL PIL)

	Assistenza sanitaria			LTC			Totale		
	2005 (1)	2050		2005 (1)	2050		2005 (1)	2050	
		Senza contenimento costi	Con contenimento costi		Senza contenimento costi	Con contenimento costi		Senza contenimento costi	Con contenimento costi
Italia	6,0	9,7	7,9	0,6	3,5	2,8	6,6	13,2	10,7
Media OCSE (2)	*5,7*	*9,6*	*7,7*	*1,1*	*3,3*	*2,4*	*6,7*	*12,8*	*10,1*
Francia	7,0	10,6	8,7	1,1	2,8	2,0	8,1	13,4	10,8
Germania	7,8	11,4	9,6	1,0	2,9	2,2	8,8	14,3	11,8
Regno Unito	6,1	9,7	7,9	1,1	3,0	2,1	7,2	12,7	10,0
Spagna	5,5	9,6	7,8	0,2	2,6	1,9	5,6	12,1	9,6
Svezia	5,3	8,5	6,7	3,3	4,3	3,4	8,6	12,9	10,1
Giappone	6,0	10,3	8,5	0,9	3,1	2,4	6,9	13,4	10,9
Stati Uniti	6,3	9,7	7,9	0,9	2,7	1,8	7,2	12,4	9,7

(1) Stime OCSE.
(2) Media semplice.
Fonte: OECD, Future budget pressures arising from spending on health and long-term care, in Economic Outlook 79 (giugno 2006), p. 346.

TAVOLA 3 - SPESA PUBBLICA PER PENSIONI, SANITÀ, ASSISTENZA AGLI ANZIANI, ISTRUZIONE E INDENNITÀ DI DISOCCUPAZIONE (2005-2050) (1)

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Spesa totale primaria (2)	-	-	41,7	42	42,4	43,2	44	44,6	44,4	43,8
di cui: Spesa age-related	26,2	25,9	25,9	26,3	26,7	27,6	28,5	29,1	29	28,5
Spesa pensionistica (2)	14	14	13,9	14,1	14,4	15	15,5	15,7	15,3	14,5
di cui: Pensioni di vecchiaia e anzianità (2)	13,7	13,7	13,6	13,9	14,2	14,8	15,4	15,6	15,1	14,4
di cui: Altre pensioni (invalidità e superstiti) (2)	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
Spesa sanitaria (2) (3)	6,7	6,8	7	7,2	7,4	7,7	8	8,2	8,5	8,6
Assistenza agli anziani (2)	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1	1,1	1,1	1,2	1,3
Spesa per istruzione (2) (4)	4,3	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,6	3,6	3,7	3,7
Spesa per indennità di disoccupazione (2)	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Spese per interessi (2)	4,6	4,7	4,1	3	2,1	1,2	0,4	-0,2	-0,8	-1,6
Entrate totali (2)	-	-	47	47	47	47	47	47	47	47
Ipotesi										
Tasso di crescita della produttività del lavoro	0,4	1,1	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Tasso di crescita del PIL reale	0	1,9	1,8	1,6	1,3	0,9	0,8	0,8	1,1	1,2
Tasso di partecipazione maschile (20-64)	79,2	81,7	83,1	82,9	82,9	83,2	83,7	84,1	84,6	84,4
Tasso di partecipazione femminile (20-64)	53,6	57,4	60,3	61,7	62,1	62,3	62,6	63,5	64,3	64,7
Tasso di partecipazione totale (20-64)	66,4	69,6	71,8	72,3	72,5	72,8	73,3	73,9	74,6	74,7
Tasso di disoccupazione	7,7	6,7	6,5	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4
Popolazione con 65 e oltre/totale popolazione	19,5	20,6	22	23,2	24,7	27,1	29,9	32,3	33,7	33,9
Indice di dipendenza degli anziani (65 e oltre/[20-64])	31,9	33,9	36,9	39,4	42,5	48	55	62,1	66,5	67,4

(1) Gli arrotondamenti alla prima cifra decimale possono determinare incongruenze fra i valori presentati in tabella
(2) In percentuale del PIL
(3) Inclusiva della spesa sanitaria pubblica per assistenza agli anziani
(4) Non comprende la spesa per istruzione degli adulti (formazione continua)
Fonte: Ministero dell'Economia e Finanze (2006), Programma di stabilità dell'Italia, Aggiornamento dicembre 2006

Questa inerzia è stata determinata, da un lato, dalla difficoltà di superare la resistenza di coloro che ritengono che lo sviluppo dei fondi determini una riduzione dell'ambito della sanità pubblica e, dall'altro, dal mancato sviluppo dell'attività di intramoenia che avrebbe dovuto rappresentare una significativa componente delle prestazioni assicurate. Vi ha anche contribuito la difficoltà ad armonizzare il trattamento dei fondi "doc" con quello di fondi e casse preesistenti.

D'altra parte, qualora si decidesse l'introduzione di forme di compartecipazione e di favorire l'attività intramoenia, sarebbe necessario tornare a riflettere su come ottimizzare l'assetto normativo e operativo dei fondi sanitari, nonché del loro trattamento fiscale. In particolare, i fondi potrebbero contribuire a canalizzare in modo migliore la domanda di servizi sanitari finanziata oggi dalla spesa "di tasca propria", consentire un più efficace pooling del rischio e, se la contribuzione fosse accompagnata da misure di incentivazione fiscale differenziate per il livello di reddito, risultare meno regressiva della situazione presente.

INDAGINE SUI COSTI MEDI DELLE POLIZZE SANITARIE

L'ANIA ha effettuato una rilevazione campionaria relativamente all'assicurazione privata malattia al fine di stimare i costi medi dei risarcimenti sopportati in questo comparto dalle imprese assicuratrici.

La rilevazione è relativa agli anni compresi tra il 2002 e il 2006; il campione di imprese che ha aderito all'indagine rappresenta quasi il 40% del totale in termini di premi lordi contabilizzati nel 2006. Obiettivo dello studio è quello di ottenere – distintamente per il settore delle polizze individuali e di quelle collettive – il costo medio dei risarcimenti conseguenti a prestazioni sanitarie ospedaliere ed extra-ospedaliere.

Per meglio comprendere il fenomeno delle prestazioni sanitarie, si sono suddivisi i costi medi di dette prestazioni secondo la tipologia di garanzia prevista in polizza:

- *garanzia rimborsuale*: nel caso in cui la presenza della copertura assicurativa copra le spese sanitarie derivanti da ricoveri, interventi chirurgici o visite/analisi mediche;
- *garanzia indennitaria*: nel caso in cui la presenza della copertura assicurativa preveda l'erogazione di diarie o altre somme al manifestarsi della malattia.

Polizze individuali

Il costo medio delle prestazioni sanitarie per ricovero e/o intervento chirurgico è stato nel 2006 pari a 3.350 euro, oltre dieci volte superiore a quello con-

TAVOLA 1 - INDAGINE STATISTICA ANIA SUL RAMO MALATTIA (Polizze individuali)
Valori in euro

Anno	*Spese sanitarie da ricovero e/o intervento chirurgico*	*Spese sanitarie extra-ospedaliere*
	Costo medio per sinistro	Costo medio per sinistro
2002	2.081	368
2003	3.131	275
2004	3.244	303
2005	3.416	319
2006	3.349	282

Anno	*Diaria da ricovero e/o intervento chirurgico**	*Diaria extra-ospedaliera**
	Costo medio per sinistro	Costo medio per sinistro
2002	659	1.093
2003	526	1.024
2004	558	982
2005	594	692
2006	610	831

(*) Il costo medio per sinistro relativo alle prestazioni di diaria da ricovero, intervento chirurgico ed extra-ospedaliera, si riferisce all'intero periodo di erogazione delle somme

nesso con le prestazioni sanitarie extra-ospedaliere (tavola 1). Mentre per le prime si è registrato un trend in crescita negli anni, per le spese sanitarie extra-ospedaliere il costo medio si è ridotto, passando da 370 euro del 2002 a 280 euro del 2006. Meno evidenti sono state le differenze di costo che si sono registrate invece nelle garanzie che prevedevano, principalmente, il pagamento di diarie al manifestarsi della malattia; infatti nel 2006 l'importo erogato durante l'intero periodo di inabilità a seguito di ricoveri e/o interventi chirurgici è stato pari a circa 600 euro (valore piuttosto stabile nel quinquennio di osservazione), mentre quello pagato e non connesso con un periodo di ospedalizzazione è stato di 830 euro (era pari a circa 1.000 euro nel 2002-3).

Per il settore delle polizze individuali, oltre agli indicatori di costo, è stato possibile stimare anche altre informazioni di carattere quantitativo:

- *durata dei contratti*: nel quinquennio analizzato la durata media dei contratti per una polizza con durata poliennale è risultata essere di circa 7-8 anni;
- *quota percentuale delle polizze individuali*: rispetto al complesso delle polizze malattia, la quota del numero di contratti individuali sul totale è aumentata, passando dal 20% nel 2002 a oltre il 35% nel 2006;
- *premio medio*: è stato possibile stimare, sulla base dei dati campionari, la presenza nel 2006 nel mercato di oltre un milione di contratti individuali (valore doppio rispetto a quello del 2002); il premio medio pagato da un assicurato per una copertura malattia è risultato essere pari a circa 600 euro (oltre 400 euro nel 2002).

Polizze collettive

Per le polizze collettive si osserva che il valore medio delle somme dovute dalle imprese di assicurazione per prestazioni sanitarie ospedaliere è sostan-

TAVOLA 2 - INDAGINE STATISTICA ANIA SUL RAMO MALATTIA (Polizze collettive)
Valori in euro

Anno	Spese sanitarie da ricovero e/o intervento chirurgico	Spese sanitarie extra-ospedaliere
	Costo medio per sinistro	Costo medio per sinistro
2002	3.086	192
2003	3.229	168
2004	3.010	159
2005	3.278	154
2006	3.103	151

Anno	Diaria da ricovero e/o intervento chirurgico*	Diaria extra-ospedaliera*
	Costo medio per sinistro	Costo medio per sinistro
2002	-	-
2003	513	411
2004	509	490
2005	554	461
2006	605	296

(*) Il costo medio per sinistro relativo alle prestazioni di diaria da ricovero, intervento chirurgico ed extra-ospedaliera, si riferisce all'intero periodo di erogazione delle somme

TAVOLA 3 - INDAGINE STATISTICA ANIA SUL RAMO MALATTIA (Polizze collettive)
Valori in euro

Anno	Spese sanitarie extra-ospedaliere per tipo di prestazione							
	Alta diagnostica	Accertamenti diagnostici	Cure oncologiche	Cure dentarie	Cure fisioterapiche	Farmaci e medicinali	Occhiali e protesi	Altro
	Costo medio per garanzia	Costo medio per garanzia	Costo medio per garanzia	Costo medio per garanzia	Costo medio per garanzia	Costo medio per garanzia	Costo medio per garanzia	Costo medio per garanzia
2002	100	99	946	1.000	286	135	145	1.129
2003	174	99	925	636	323	65	136	1.207
2004	110	95	913	703	349	69	147	1.094
2005	109	95	1.145	716	347	94	146	527
2006	121	98	1.019	666	350	61	135	612

(*) Il costo medio per sinistro relativo alle prestazioni di diaria da ricovero, intervento chirurgico ed extra-ospedaliera, si riferisce all'intero periodo di erogazione delle somme

zialmente in linea con quanto rilevato nel comparto delle polizze individuali: nel 2006 la spesa media per le garanzie di tipo rimborsuale è stata pari a 3.100 euro, mentre l'importo medio pagato per quelle di tipo indennitario è stato pari a 600 euro (tavola 2)

Le spese mediche extra-ospedaliere – sia di tipo rimborsuale che indennitario – sono risultate mediamente più basse (circa la metà) rispetto a quanto rilevato dall'analisi del settore delle polizze individuali.

Per il settore delle polizze collettive è stato anche possibile stimare il costo medio sostenuto dalle imprese di assicurazione per ciascuna prestazione, nell'ambito della garanzia rimborsuale *spese sanitarie extra-ospedaliere*. Nel 2006 le sotto-garanzie più costose sono risultate essere quelle relative a pre-

stazioni sanitarie per *cure oncologiche* (oltre 1.000 euro) seguite da quelle per *cure dentarie* (circa 700 euro). Per le altre tipologie di spesa sono osservate, in generale, dei valori relativamente stabili nel quinquennio di osservazione, con l'eccezione delle spese per *farmaci e medicinali*.

In particolare, i costi per:

- l'*alta diagnostica* sono stati pari a 120 euro;
- gli *accertamenti diagnostici* sono stati pari a 100 euro;
- le *cure fisioterapiche* sono state pari a circa 350 euro;
- gli *occhiali* e le *lenti* sono stati pari a circa 135 euro.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE PER I VETTORI AEREI

Dal 30 aprile del 2005 – ossia dall'entrata in vigore del regolamento (CE) n. 785/2004 – i vettori aerei e gli esercenti di aeromobili che effettuino voli all'interno del territorio di uno Stato membro (a destinazione o in provenienza dallo stesso) o che lo sorvolino devono dimostrare il costante rispetto dei requisiti assicurativi minimi inclusivi anche della copertura degli atti di guerra e terrorismo indicati nel regolamento stesso, depositando presso le autorità competenti dello Stato membro interessato un certificato di assicurazione (o altra prova di un'assicurazione valida).

Tale documento funge sia da prova delle garanzie sottostanti, sia da mezzo di monitoraggio da parte dell'Amministrazione statale dell'applicazione del regolamento. Pertanto, l'individuazione dei suoi contenuti veniva a configurarsi come questione urgente; motivo, questo, per il quale ANIA ha offerto piena collaborazione all'ENAC – Ente Nazionale per l'Aviazione Civile.

Per oltre un anno dalla sua entrata in vigore il mondo aeronautico (vettori e compagnie assicuratrici) ha infatti utilizzato la nota di assicurazione studiata da ANIA e condivisa da ENAC, in linea con la normativa europea e con la prassi di settore.

In seguito l'Ente pubblico – nonostante il prolungato periodo di collaudata applicazione – ha sollevato alcune perplessità sulla formulazione di detta nota, adducendo anche difficoltà gestionali nell'attività di controllo.

Le versioni del certificato di assicurazione (nuove rispetto alla nota) emesse da ENAC con i due successivi protocolli del 22 dicembre 2006 e del 26 febbraio 2007 presentavano, a nostro avviso, carenze nell'indicazione di taluni aspetti tecnico-assicurativi e giuridici; la situazione di incertezza è stata finalmente superata dopo un lungo confronto che ha anche coinvolto Assaereo (l'Associazione nazionale dei vettori e operatori del trasporto aereo): il 27 marzo 2007 l'Ente ha emanato il nuovo certificato di assicurazione standard.

Il nuovo documento è idoneo a garantire il rispetto degli obblighi assicurativi imposti al vettore aereo dalla norma europea e soddisfa le esigenze di maggior chiarezza e di rispondenza alla prassi internazionale.

Permane comunque per gli assicuratori aeronautici la necessità di affiancare a detto certificato anche la nota di assicurazione con l'indicazione degli effettivi massimali di polizza. Ciò al fine di consentire ai vettori di atterrare in quei paesi extra UE ove le prescrizioni comunitarie non rilevano, mentre è richiesta prova delle garanzie assicurative previste dagli specifici programmi assicurativi, specie con riguardo ai massimali di responsabilità civile.

IL PROGETTO GEOSOSTA

In collaborazione con la Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale è in fase di realizzazione il progetto Geososta, relativo alle aree di sosta e di parcheggio di cui all'"Elenco ANIA parcheggi per autocarri in Italia", che sarà disponibile su web è fruibile su supporto GPS.

L'obiettivo è infatti la creazione di una banca dati web georeferenziata, disponibile in formato POI (point of interest), che consentirà l'importazione dei dati e delle informazioni in essa contenuti all'interno dei navigatori satellitari più diffusi, permettendo quindi agli autotrasportatori di programmare al meglio le soste di percorso e di fornire un contributo nell'individuazione di nuove aree.

Grazie al sistema l'utente potrà beneficiare ad esempio delle seguenti funzioni:

- individuare nel software cartografico, già in fase di programmazione della rotta da percorrere, l'area di parcheggio/sosta più idonea alle specifiche esigenze (per esempio, in grado di ricoverare rimorchi frigo, merci pericolose, carichi eccezionali, casse mobili container);
- avviare nel corso di viaggio, al momento in cui si renda necessaria la sosta, la ricerca dell'area più vicina;
- segnalare una nuova area o eventualmente fornire informazioni e/o variazioni – integrative rispetto a quelle indicate nell'elenco ANIA – sui servizi o sulle loro caratteristiche. Ciò consentirà un aggiornamento dinamico dell'elenco stesso.

IL PROGETTO SIGRA

Obiettivi del progetto

Il Progetto SIGRA, Sistema Integrato per la Gestione del Rischio Alluvionale, ha come obiettivo la realizzazione di un avanzato sistema informatico che,

basandosi sulla mappatura del rischio idrogeologico per l'intero territorio nazionale, sarà in grado di fornire un valido supporto alle imprese di assicurazione per la corretta valutazione del rischio alluvionale.

Il progetto, interamente finanziato dal settore assicurativo e la cui realizzazione è stata affidata a un pool di primarie società nazionali sotto il coordinamento dell'ANIA, permetterà alle imprese di disporre di elementi tecnici e statistici oggettivi. Tali informazioni consentiranno di valutare i singoli rischi e l'esposizione complessiva del portafoglio.

Il progetto costituisce un'esperienza unica a livello internazionale di realizzazione di un sistema informativo complesso che prevede l'integrazione di competenze di tipo ingegneristico, statistico e assicurativo, necessarie per lo sviluppo dei modelli di simulazione e per la costruzione di un'unica base dati di riferimento contenente le informazioni storiche, idrografiche, idrogeologiche e territoriali necessarie per una corretta mappatura dei rischi.

Per le sue caratteristiche, il progetto potrà contribuire alle attività operative delle imprese e favorire inoltre la cooperazione fra il mercato assicurativo, le Istituzioni e altri Enti interessati, ad esempio coadiuvando le Autorità per la predisposizione di un sistema già orientato al recepimento della normativa europea (Direttiva UE sul controllo delle acque e Direttiva UE, di recente approvazione, sulla gestione delle Alluvioni da parte degli Stati membri). Per la sua complessità, la realizzazione del progetto è articolata in diverse fasi il cui termine è previsto entro la fine del 2007.

Caratteristiche e funzionalità del sistema SIGRA

Il sistema è basato su:

- una rappresentazione del territorio nazionale e delle caratteristiche orografiche e idrogeologiche specifiche di ogni zona di esso;
- i dati storico-statistici relativi agli eventi alluvionali, le loro estensioni spazio-temporali e le conseguenze subite in termini di danni alle cose;
- una classificazione dei beni a rischio in funzione delle loro caratteristiche di vulnerabilità alle alluvioni;
- una sofisticata modellizzazione matematica delle relazioni fra le precedenti informazioni, in grado di produrre una valutazione del rischio associato alle varie combinazioni degli aspetti sopra citati.

L'insieme delle funzionalità illustrate consentirà alle imprese di valutare con precisione il livello del rischio alluvionale.

L'individuazione delle coordinate geografiche ove sono collocati gli elementi a rischio potrà essere effettuata indicando l'indirizzo civico del fabbricato e interagendo con una mappa geografica in modo da determinare, con precisione, l'esatto punto ricercato.

A questo punto il sistema sarà in grado di valutare la frequenza dell'evento dannoso da alluvione e il livello ponderato di danno.

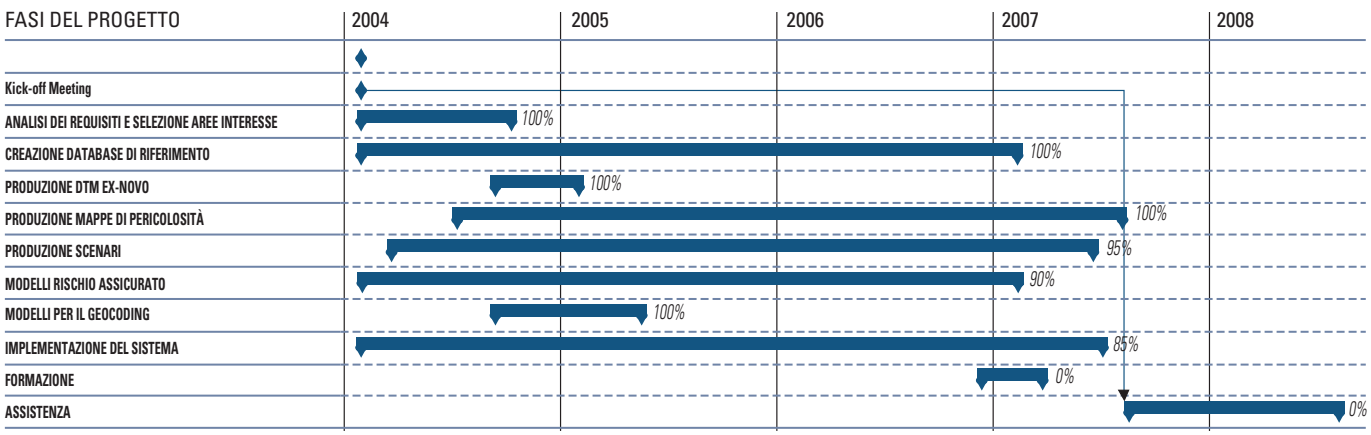
Le mappe saranno visibili con diverse modalità, dette "strati cartografici", che potranno essere sovrapposti fra loro, permettendo così di valutare anche visivamente i differenti livelli di rischio.

Le diverse selezioni di aree geografiche e di elementi a rischio daranno quindi luogo alla determinazione dei parametri assicurativi di rischio a esse correlati. Tutti i dati potranno poi essere esportati sul sistema informativo di impresa per le elaborazioni successive.

Stato di avanzamento del progetto

Al momento è stata portata a termine la complessa fase di mappatura digitale dell'intero territorio italiano e di omogeneizzazione dei diversi dati raccolti, è stata messa a punto la metodologia statistica di realizzazione dei diversi scenari alluvionali e sono state determinate le classificazioni di beni e fabbricati, ordinati per caratteristiche simili di vulnerabilità. Tutte queste informazioni e algoritmi sono stati introdotti nella cosiddetta "Banca Dati di Riferimento", predisposta presso ANIA, che sarà la fonte di alimentazione dei sistemi "SIGRA Utente", operativi presso le imprese.

STATO DI AVANZAMENTO DEL PROGETTO SIGRA



È ora in corso di sviluppo la piattaforma informatica del suddetto sistema "SIGRA Utente", che verrà utilizzato dalle imprese. Una versione demo di tale sistema è stata da poco resa disponibile per l'effettuazione dei primi test da parte delle imprese.

Nei prossimi mesi si effettueranno infine le opportune sessioni di formazione aperte alle imprese interessate, con l'obiettivo di avviare l'utilizzo operativo del sistema SIGRA entro il termine previsto dell'anno 2007.

MANUALI MULTIMEDIALI DI PREVENZIONE FURTO E INCENDIO

Nel settore assicurativo è piena la consapevolezza dell'importanza della prevenzione e del fatto che assicurazione e prevenzione non siano tra loro alternative, ma complementari. La prevenzione è condizione essenziale per l'assicurabilità di certi rischi, riduce il costo assicurativo, aumenta per i cittadini la tranquillità e la sicurezza.

L'ANIA ha presentato alle proprie Imprese Associate e alla stampa, la versione aggiornata e multimediale del Manuale di Prevenzione Furto. La facile consultazione e la disponibilità sul sito Internet, all'indirizzo www.ania.it, consentono a questo strumento di essere un valido aiuto sia per gli addetti del settore assicurativo, impegnati nell'assunzione dei rischi e nella liquidazione dei sinistri, sia per tutto il pubblico preoccupato dai problemi legati alla sicurezza della vita quotidiana.

LA RESPONSABILITÀ CIVILE IN AMBITO SANITARIO

Nel campo della responsabilità civile nel settore sanitario esistono due coperture, una riguardante le strutture sanitarie (rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile medica della struttura sanitaria sia pubblica che privata), l'altra riguardante i singoli medici (rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile professionale dei medici a prescindere dalla loro appartenenza a una struttura sanitaria).

Sulla base di una rilevazione statistica annuale effettuata dall'ANIA è possibile stimare l'evoluzione del numero dei sinistri denunciati alle imprese di assicurazione per le due coperture.

Nell'arco di dieci anni, dal 1995 al 2005, il numero dei sinistri denunciati è passato complessivamente da poco più di 17.000 a circa 28.500, con un incremento del 65% (figura 1). In particolare, sono stati i sinistri denunciati relativi alla copertura dei singoli professionisti medici a registrare l'aumento più sostenu-

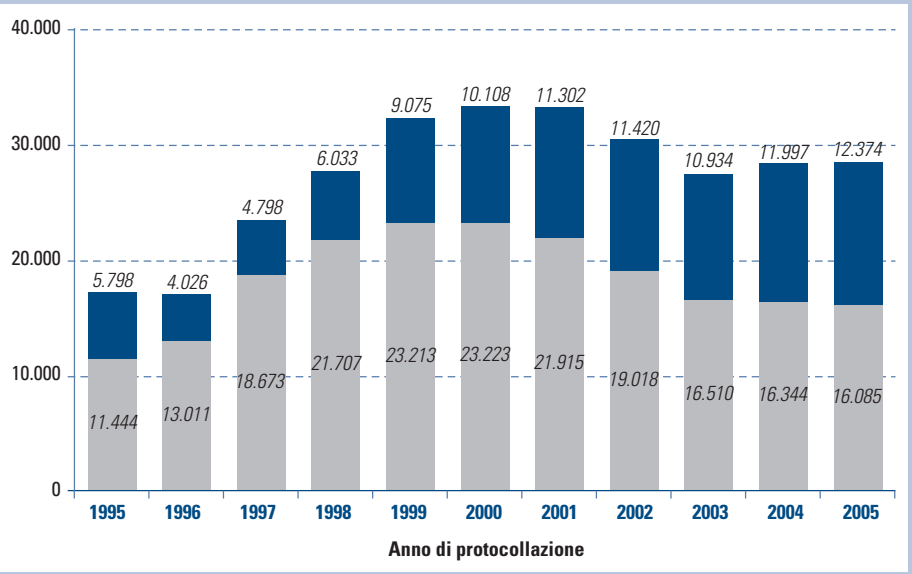


FIGURA 1
NUMERO DEI SINISTRI DENUNCIATI

R.C. Professionale medici
R.C. Strutture sanitarie

to, passando da 5.798 del 1995 a 12.374 del 2005 (+134%). Per quanto riguarda la copertura delle strutture sanitarie invece i sinistri sono passati da 11.444 a 16.085, con una crescita del 41%.

Questi andamenti, assieme con una crescita nel tempo dei risarcimenti medi pagati ai danneggiati, hanno determinato risultati estremamente negativi per i conti tecnici delle compagnie di assicurazione.

Alla base della forte crescita del numero dei sinistri vi è anche il mutato atteggiamento dei pazienti e dei loro famigliari, che sembrano non essere più disposti ad accettare fatalisticamente gli esiti negativi di prestazioni e cure, ma tendono a valutare, non sempre con accuratezza, l'adeguatezza scientifica degli accertamenti e delle cure sostenute, nonché l'operato dei medici e delle strutture sanitarie. Ha contribuito alla crescita delle richieste di risarcimento anche l'ampliamento sia del novero dei soggetti da considerare danneggiati – non più solo il paziente ma anche i suoi congiunti – sia dell'area della responsabilità del medico, avvenuta non attraverso modifiche normative, ma per opera della giurisprudenza che ha via via interpretato le norme in senso più favorevole ai danneggiati.

Di conseguenza, i premi incassati negli anni passati sono risultati largamente insufficienti per pagare i sinistri. Ciò ha determinato negli anni più recenti un incremento dei premi assicurativi e più stringenti criteri di assunzione.

Per una migliore comprensione degli andamenti tecnici di questo settore, si può analizzare il trend e lo sviluppo del rapporto sinistri a premi, ossia dell'indicatore tecnico che serve a misurare quanta parte del premio viene utilizzata dalle imprese per pagare i risarcimenti. In particolare, per il totale delle

TAVOLA 1
*RAPPORTO "SINISTRI/PREMI" AL 31 DICEMBRE 2005 PER ANNO DI PROTOCOLLAZIONE**
Valori %

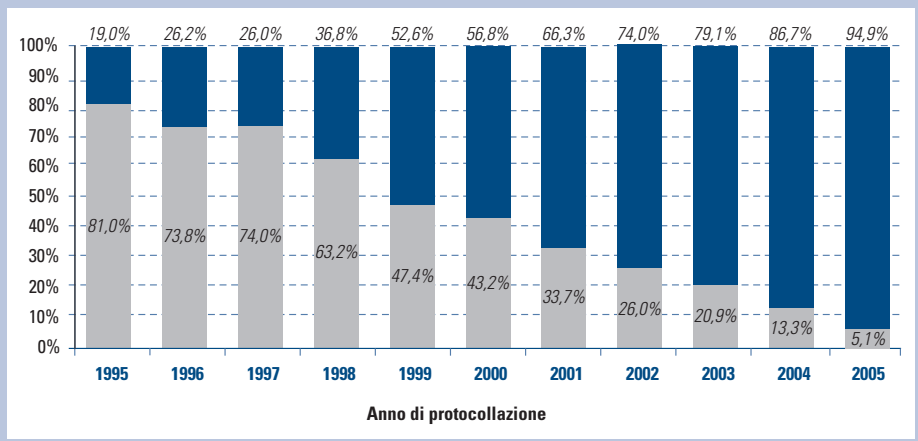
Anno di protocollazione	Al 31.12.2002	Al 31.12.2004	Al 31.12.2005
1995	182	212	216
1996	187	198	195
1997	223	320	300
1998	168	340	313
1999	179	262	266
2000	151	216	219
2001	154	218	218
2002	149	232	229
2003		196	199
2004		145	170
2005			173

(*) Per anno di protocollazione si intende l'anno di apertura del sinistro presso l'impresa. In caso di riapertura, il sinistro ha assunto un nuovo anno di riferimento determinato sulla base della data di riapertura

coperture di responsabilità in ambito sanitario (r.c. professionale medici e r.c. strutture sanitarie), la tavola mostra, per diversi anni di protocollazione dei sinistri, lo sviluppo del rapporto tra sinistri e premi in tre successivi anni di osservazione, ossia mano a mano che la compagnia colma le carenze informative circa la definizione complessiva dei danni.

L'utilizzo di un'analisi di questo tipo è indispensabile in quanto i tempi di liquidazione dei sinistri sono in molti casi particolarmente lunghi e risultano perciò necessari diversi anni di osservazione per valutare la completa definizione del danno. Ad esempio, alla fine del 2005 solo il 5% degli oneri relativi a sinistri protocollati nel 2005 derivava da sinistri liquidati, mentre il restante 95% derivava da sinistri riservati; sempre alla fine del 2005, l'81% degli oneri relativi a sinistri protocollati nel 1995 si riferiva a sinistri liquidati (figura 2).

FIGURA 2
DISTRIBUZIONE % DELL'IMPORTO DEI SINISTRI AL 31-12-2005 PER ANNO DI PROTOCOLLAZIONE SECONDO LO STATO DEL SINISTRO



Analizzando la generazione di sinistri protocollati nel 2002, risulta che il rapporto sinistri a premi osservato alla fine dell'anno stesso di protocollazione era pari al 149%; alla fine del 2005 l'indicatore ha raggiunto il valore di 229% (tavola 1).

Per la generazione dei sinistri protocollati nel 1995, dopo sette anni (ossia alla fine del 2002) risultava che a fronte di 100 euro di premi incassati gli esborsi per i sinistri ammontavano a 182 euro. Dopo altri due anni (ossia a distanza di 9 anni dalla protocollazione) il valore raggiungeva 212%, mostrando in modo chiaro che il valore delle riserve sinistri accantonate inizialmente non è stato sufficiente a coprire gli esborsi. Al 31 dicembre 2005, a distanza quindi di dieci anni, il valore risulta ancora in crescita, attestandosi al 216%.

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEI REVISORI CONTABILI E POLIZZE D&O

Nel gennaio 2007 la Commissione Europea ha avviato una pubblica consultazione sul tema della responsabilità dei revisori. La Commissione sottolinea come il problema della responsabilità illimitata delle società di revisione possa essere un deterrente per le società di piccole e medie dimensioni a competere con le grandi società internazionali. Inoltre, la responsabilità illimitata potrebbe ridurre l'interesse del settore assicurativo a offrire coperture di rischi adeguate. Il documento di consultazione prefigura quattro possibili modelli di limitazione della responsabilità:

1. massimale unico a livello europeo;
2. massimale in funzione delle dimensioni della società oggetto di revisione;
3. massimale in funzione dei corrispettivi per la revisione pagati al revisore;
4. responsabilità proporzionale.

Nel primo caso verrebbe definito un limite massimo a livello europeo, uguale per tutti i paesi membri e indipendente dalle dimensioni delle società sottoposte a revisione o dagli onorari fatturati dalle società di revisione per lo svolgimento dell'incarico.

Il secondo e il terzo caso porterebbero a definire massimali differenziati sulla base delle caratteristiche dimensionali delle imprese sottoposte a revisione, oppure in funzione degli onorari fatturati dalla società di revisione alla singola società oggetto di revisione.

La responsabilità proporzionale consiste nell'attribuire alle parti coinvolte una perdita corrispondente alla rispettiva quota di responsabilità.

Nella risposta del CEA viene evidenziato come il problema dell'assicurabilità riguarda essenzialmente le quattro grandi società internazionali di revisione (c.d. "Big Four"), mentre le altre società non hanno sostanziali difficoltà ad accedere al mercato assicurativo.

Nel merito, il CEA ha argomentato che la definizione di un limite massimo a carico delle società di revisione difficilmente può risolvere il problema del-

l'assicurabilità delle grandi società di revisione. Viene osservato, in primo luogo, come le cause più importanti interessano molto spesso, e in misura rilevante, investitori di paesi non europei (tra questi, Stati Uniti) verso i quali eventuali regole di limitazione della responsabilità non potrebbero essere opposte. Inoltre, un massimale non previene il manifestarsi di perdite importanti: determinerebbe solo l'effetto di proteggere le società di revisione e spostare l'interesse della parte danneggiata verso altri soggetti, probabilmente membri degli organi societari delle aziende sottoposte a revisione o dipendenti con ruoli di responsabilità. Ciò equivarrebbe a spostare il problema dell'assicurabilità verso altre categorie e probabilmente a rendere più costose e forse non disponibili le tradizionali coperture di responsabilità civile (Director and Officers, "D&O").

Si può inoltre evidenziare che per tecnica assicurativa consolidata a livello nazionale e internazionale le polizze di copertura della responsabilità civile presentano già dei massimali del rischio assunto dalle compagnie di assicurazione. L'inserimento di un limite nella perdita massima sopportabile da una società di revisione difficilmente potrebbe determinare un maggior interesse delle compagnie verso questa tipologia di copertura assicurativa.

Il tema della responsabilità delle società di revisione e della disponibilità sul mercato di idonee coperture assicurative è difficilmente superabile attraverso l'introduzione di limitazioni della responsabilità. Si tratta di un problema che potrà essere risolto solo attraverso un esame di tutte le componenti che caratterizzano il mercato della revisione contabile.

La riassicurazione

I premi complessivi della riassicurazione sono risultati nel 2006 in forte crescita rispetto all'anno precedente superando i sei miliardi di euro (+21,8%); i premi indiretti delle sole riassicuratrici professionali, pari a 1,5 miliardi di euro, sono risultati in calo (-8,6%).

PREMI DEL LAVORO INDIRETTO ITALIANO ED ESTERO
(Valori in milioni di euro)

INTERO MERCATO	PREMI	VAR. %	% SUL TOTALE PREMI DIRETTI E INDIRETTI
1997	5.215	6,7%	11,0%
1998	5.233	0,3%	9,3%
1999	4.678	-10,6%	7,0%
2000	5.401	15,5%	7,4%
2001	5.461	1,1%	6,7%
2002	5.683	4,1%	6,1%
2003	5.934	4,4%	5,8%
2004	5.487	-7,5%	5,1%
2005	5.048	-8,0%	4,4%
2006*	6.147	21,8%	5,4%

(*) stima ANIA

PREMI INDIRETTI DEI RIASSICURATORI PROFESSIONALI
(Valori in milioni di euro)

RIASSICURATORI PROFESSIONALI	PREMI	VAR. %	% SUL TOTALE PREMI INDIRETTI
1997	1.729	8,5%	33,2%
1998	1.835	6,2%	35,1%
1999	1.669	-9,1%	35,7%
2000	2.025	21,3%	37,5%
2001	1.891	-6,6%	34,6%
2002	2.171	14,8%	38,2%
2003	1.828	-15,8%	30,8%
2004	1.857	1,6%	33,8%
2005	1.647	-11,3%	32,6%
2006*	1.505	-8,6%	24,5%

(*) stima ANIA

La raccolta dei premi indiretti, pari a 6.147 milioni di euro, è aumentata del 21,8% rispetto al 2005; tale aumento ha riguardato principalmente il ramo vita (3.384 milioni di euro, +62,6% rispetto al 2005), mentre nel settore danni si è registrata una lieve diminuzione dei premi (2.763 milioni di euro, -6,9% rispetto al 2005). L'incidenza dei premi indiretti sul totale premi diretti e indiretti è passata dal 4,4% del 2005 al 5,4% del 2006.

Riassicuratori professionali

I premi indiretti del lavoro italiano ed estero, al lordo della retrocessione, raccolti dalle imprese esercenti la sola riassicurazione (c.d. riassicuratori professionali), pari a 1.505 milioni di euro, sono diminuiti dell'8,6% rispetto al 2005. Ciò spiega anche la diminuzione della quota di mercato di queste imprese sul complesso del lavoro indiretto (dal 32,6% del 2005 al 24,5% del 2006).

I tempi entro i quali si chiudono le gestioni assicurative consentono di presentare le informazioni dello stato patrimoniale e del conto economico soltanto per l'esercizio 2005.

Nonostante il sensibile calo, registrato nel 2005, dei premi contabilizzati, conseguenza di un mercato dei prezzi unitari di tipo "soft", il risultato del conto tecnico dei rami danni e vita – al netto della retrocessione – è stato positivo per 202 milioni di euro, in lieve crescita rispetto ai 196 milioni di euro del 2004. Anche l'incidenza sui premi del risultato del conto tecnico è risultato in crescita, passando dal 13,7% del 2004 al 14,7% del 2005. Il miglioramento dei risultati è stato possibile grazie alla riduzione dell'onere per sinistri essendo stato il 2005 un anno caratterizzato, almeno per il nostro paese, da un basso numero di sinistri di elevato importo.

Il risultato dell'esercizio è stato positivo per 163 milioni di euro (169 nel 2004) e l'incidenza sui premi è aumentata dall'11,8% del 2004 al 14,3% del 2005.

RIASSICURATORI PROFESSIONALI
Valori in milioni di euro

CONTO ECONOMICO*	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Conto tecnico						
Premi indiretti	1.447	1.356	1.638	1.390	1.429	1.139
Variazione riserve premi (-)	230	196	197	88	72	73
Utile investimenti	219	176	201	277	210	226
Oneri relativi ai sinistri (-)	1.083	934	1.146	998	983	767
Spese di gestione (-)	425	404	445	364	373	309
Saldo altri proventi ed oneri	-11	-12	-2	-8	-15	-14
Risultato	**-83**	**-14**	**49**	**209**	**196**	**202**
Conto non tecnico						
Proventi	32	21	25	44	29	24
Saldo altri proventi ed oneri	-20	-22	-6	-16	-10	8
Risultato attività ordinaria	-71	-15	68	237	215	234
Risultato attività straordinaria	109	-1	12	54	-10	13
Imposte (-)	3	0	20	34	36	84
Risultato dell'esercizio	**35**	**-16**	**60**	**257**	**169**	**163**

(*) Voci tecniche al netto delle retrocessioni

STATO PATRIMONIALE
Valori in milioni di euro

STATO PATRIMONIALE	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Passivo						
Patrimonio netto	457	449	558	708	582	635
Riserve tecniche	5.471	5.874	5.837	5.766	5.819	5.707
Fondi e depositi da retrocessionari	431	465	424	425	413	243
Debiti ed altre passività	1.044	1.094	1.246	1.127	1.180	1.307
Totale	**7.403**	**7.883**	**8.065**	**8.026**	**7.994**	**7.891**
Attivo						
Attivi immateriali	294	267	261	271	191	154
Investimenti	5.109	5.469	5.483	5.429	5.644	5.645
Riserve tecniche retrocessionari	1.196	1.260	1.190	1.136	1.086	1.005
Crediti	590	632	795	820	789	839
Altri elementi dell'attivo	214	255	336	370	285	248
Totale	**7.403**	**7.883**	**8.065**	**8.026**	**7.994**	**7.891**

IL MERCATO EUROPEO DELLA RIASSICURAZIONE

L'assenza di gravi danni per catastrofi nel corso del 2006 e il buon livello di profittabilità dei riassicuratori hanno avuto come conseguenza un generale abbassamento dei prezzi dei contratti di riassicurazione rinnovati nello scorso gennaio. È quanto emerge dall'inchiesta svolta da Benfield tra i principali riassicuratori europei. I premi delle coperture scendono in tutte le regioni con l'eccezione degli Stati Uniti, dove si osservano aumenti anche superiori al 40% nelle zone a più alto rischio di uragani. In Europa occidentale, dopo i

TAVOLA 1
VARIAZIONE DEI PREZZI IN EUROPA

	2005/2006	2006/2007
Italia	-	-30/-5%
Francia	0/5%	-10/-5%
Germania	-	-10/-5%
Svizzera	10/20%	-10/-5%
Regno Unito	5/10%	-5/0%
Scandinavia	0/15%	-15/0%

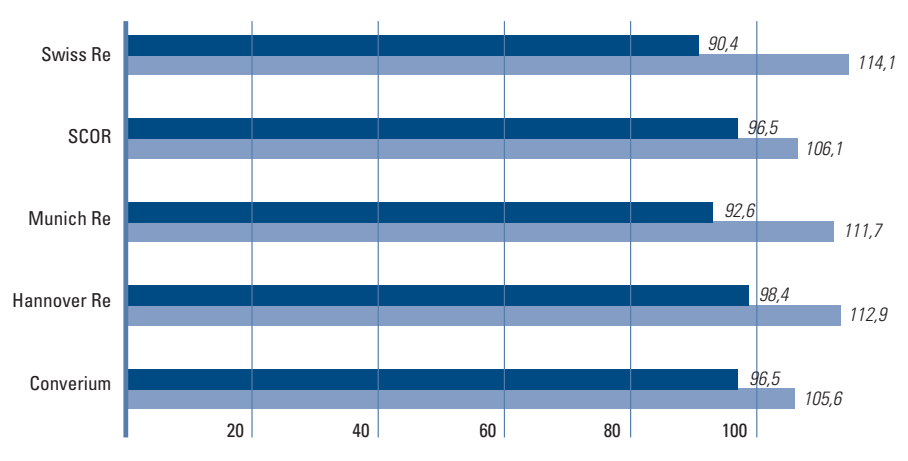
Fonte: Benfield

sostenuti aumenti dell'anno passato, si è avuta una discesa dei prezzi delle coperture riassicurative (tavola 1).

Caratteristica comune a molti dei contratti rinnovati a gennaio è un aumento degli *attachment points* e la tendenza a sostituire contratti di tipo proporzionale con accordi di tipo *excess loss*. Ne è risultato un volume di premi rinnovati invariato rispetto all'anno precedente, grazie all'aumento del volume d'affari.

La moderazione dei prezzi deriva anche dal netto miglioramento della situazione finanziaria dei riassicuratori. Guy Carpenter stima che il *combined ratio* del settore riassicurativo nel suo complesso sarebbe sceso nel 2006 a circa il 90%, dopo il 130% registrato nel 2005. Per quanto riguarda i principali riassicuratori europei, per cui si hanno dati relativi ai primi tre trimestri dell'anno, il combined ratio è sceso al di sotto del 100% (figura 1). I bassi tassi d'interesse e la crescita delle quotazioni azionarie hanno creato condizioni di finanziamento molto favorevoli per i riassicuratori. A questo si aggiunge la continua crescita del mercato dei *cat bonds*. Le maggiori agenzie di rating hanno confermato l'outlook stabile per il settore, valutando che i profondi cambiamenti nei sistemi di valutazione e gestione dei rischi introdotti dopo le ingenti perdite del 2005 garantiranno sottoscrizioni dei rischi più prudenti e una ridotta volatilità dei ricavi (tavola 2). Il rischio maggiore sembra provenire dalla forte concentrazione sia geografica che di linee di business mostrata da alcuni riassicuratori.

FIGURA 1
COMBINED RATIO (IN %) – PRIMI NOVE MESI



Fonte: Statistiche delle compagnie

La bassa sinistrosità e i buoni risultati economici hanno favorito le quotazioni borsistiche delle compagnie di riassicurazione, che dall'inizio del 2006 all'aprile del 2007 sono cresciute di circa il 30%.

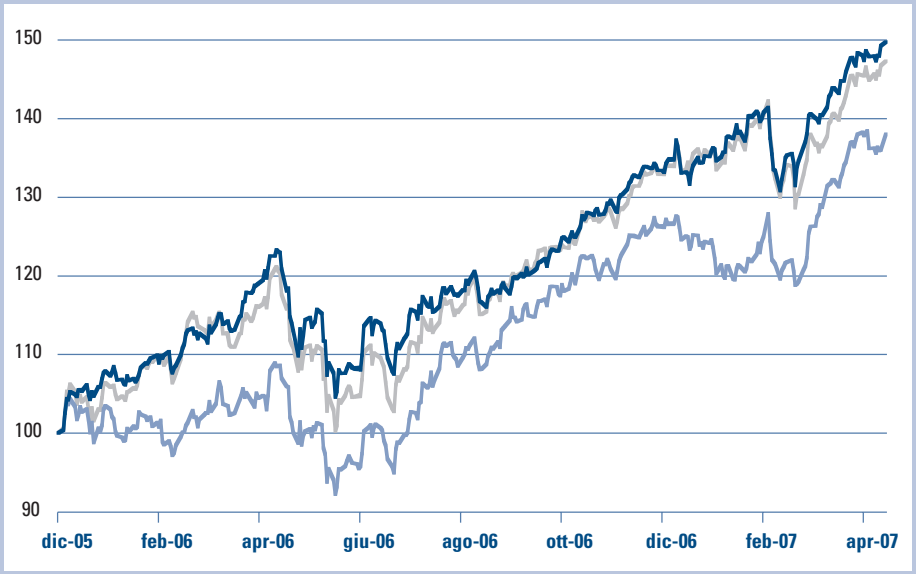


FIGURA 2
INDICI AZIONARI EUROPEI
1 gennaio 2006 = 100

Riassicurazione
Assicurazione
Totale mercato

Fonte: Thomson Financial, Datastream

Per il 2007 si prevedono sette uragani di grandi dimensioni, di cui almeno due dovrebbero toccare la terraferma. Secondo altre stime, quest'anno le perdite assicurate potrebbero essere superiori del 40% rispetto alla media di lungo periodo nell'area del Golfo del Messico e di circa il 30% nelle altre regioni atlantiche, a causa dell'aumento del 30% della probabilità che un uragano di grandi dimensioni raggiunga la terraferma.

NUMERO DIPENDENTI

ANNO	AMMINISTRATIVI	PRODUTTORI	TOTALE
2000	38.280	3.984	42.264
2001	38.414	3.332	41.746
2002	36.987	2.993	39.980
2003	36.429	2.862	39.291
2004	37.275	2.830	40.105
2005	37.016	2.908	39.924
2006	36.665	3.130	39.795

COSTO DEL PERSONALE
Valori in milioni di euro

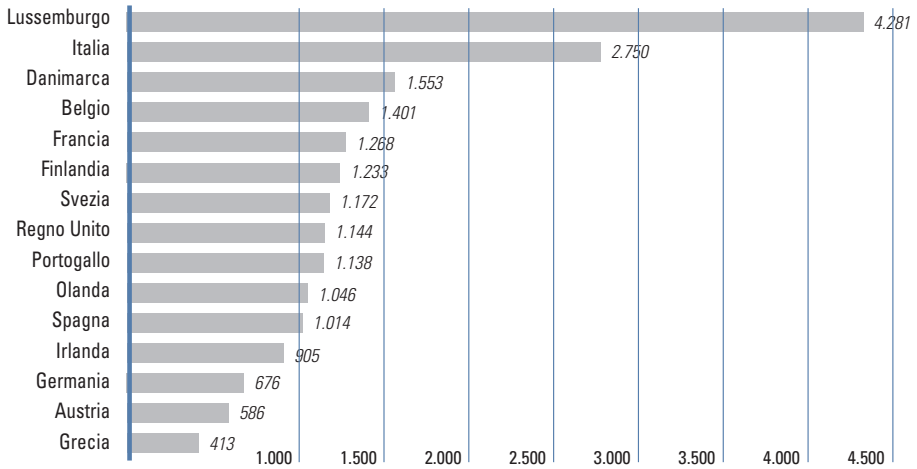
ANNO	AMMINISTRATIVI	PRODUTTORI	TOTALE
2000	2.201	155	2.356
2001	2.171	142	2.313
2002	2.119	117	2.236
2003	2.268	115	2.383
2004	2.379	129	2.508
2005	2.457	142	2.599
2006	2.533	154	2.687

I LAVORATORI DIPENDENTI E IL COSTO DEL LAVORO

Alla fine del 2006 i dipendenti del settore assicurativo erano 39.795 (129 unità in meno rispetto allo stesso mese dell'anno precedente). Il numero dei dipendenti amministrativi, comprensivo dei dirigenti, era pari a 36.665 (-351 unità rispetto al 2005), mentre i produttori erano 3.130 (+222 unità). Il contratto assicurativo è inoltre applicato a circa 3.600 dipendenti di enti controllati da imprese di assicurazione.

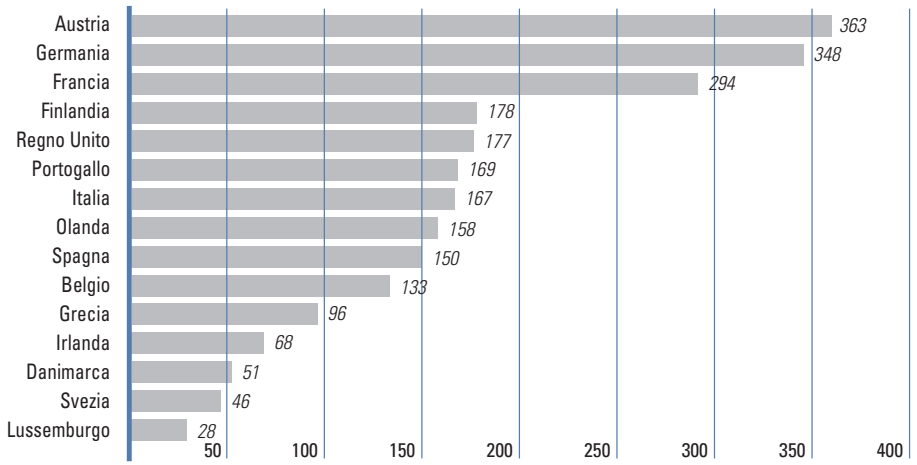
Nel 2006 le donne rappresentavano il 44,4% del totale del personale dipendente. Inoltre, il 95% dei dipendenti aveva un contratto a tempo indeterminato, mentre il 10,4% del totale era in part-time. L'età media degli impiegati amministrativi era pari a 43 anni, quella dei dirigenti a 49, dei produttori a 38,5 e del personale dei call center a 31,5. Secondo dati riferiti al 2004, il 30% dei dipendenti era laureato e il 54% diplomato.

PREMI PER DIPENDENTE NEI PAESI UE15 – 2005
Valori in migliaia di euro



Fonte: CEA

DIPENDENTI PER IMPRESA NEI PAESI UE15 – 2005



Fonte: CEA

Nel 2006 il costo complessivo del personale, pari a 2.687 milioni di euro, è aumentato del 3,4% rispetto a quello dell'anno precedente (2.599 milioni di euro). Con riferimento ai dati di una nostra indagine campionaria riferita al 2005, la retribuzione era pari al 69,2% del totale del costo del lavoro; i benefici aggiuntivi al 6,6%; i contributi al 18,7%; gli accantonamenti al TFR al 5,5%.

L'aumento del costo totale per il personale (+3,4% nel 2006) è il risultato di una diminuzione dello 0,4% del numero dei dipendenti (calcolato nella media dell'anno come semisomma dei valori di fine anno) e di un aumento del 3,8% del costo complessivo per addetto. In particolare, il costo medio per addetto è salito da circa 65.000 nel 2005 a 67.400 nel 2006.

L'ISTAT pubblica, nella contabilità nazionale, dati relativi al reddito da lavoro e occupazione dipendente per una categoria che comprende l'assicurazione e i fondi pensione. Le serie sono costruite utilizzando procedure di stima e aggregazione differenti da quelle dell'ANIA. Questi dati possono essere comunque utili per effettuare una comparazione intersettoriale del livello e della dinamica del costo del lavoro.

Dai dati emerge che il costo del lavoro nel settore assicurativo è tra i più alti nei diversi settori considerati e che il tasso di crescita nel triennio 2004-2006 (pari al 4,7% all'anno) è stato il più elevato tra i settori considerati e di 2,2 punti percentuali all'anno superiore a quello medio nel settore privato (tavola 1).

COSTO UNITARIO DEL PERSONALE
Valori in euro

ANNO	AMMINISTRATIVI	PRODUTTORI	TOTALE
2000	57.347	38.154	55.510
2001	56.615	38.819	55.065
2002	56.206	36.996	54.719
2003	61.785	39.283	60.123
2004	64.556	45.327	63.177
2005	66.145	49.495	64.951
2006	68.756	51.010	67.412

TAVOLA 1
COSTO UNITARIO DEL LAVORO IN ALCUNI SETTORI DELL'ECONOMIA ITALIANA
Valori in euro

Settore	2003	2004	2005	2006
Poste e telecomunicazioni	36.792	38.223	39.143	40.277
Var. %	4,6	3,9	2,4	2,9
Intermediazione monetaria e finanziaria escluse le assicurazioni e i fondi pensione	64.710	66.279	69.032	70.126
Var. %	2,6	2,4	4,2	1,6
Assicurazioni e fondi pensione escluse le assicurazioni sociali obbligatorie	55.049	59.159	62.818	63.232
Var. %	9,4	7,5	6,2	0,7
Attività ausiliarie dell'intermediazione finanziaria	28.432	28.973	30.036	30.634
Var. %	0,3	1,9	3,7	2,0
Totale settore privato	30.383	31.352	32.014	32.674
Var. %	2,4	3,2	2,1	2,1

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT (tavole 27 e 47 dei Conti Nazionali)

Dalla Labour Cost Survey di Eurostat, inoltre, è possibile calcolare per il settore assicurativo dell'area dell'euro il costo per unità di lavoro equivalente (ossia tenendo conto degli occupati in part-time) nel 2000 e nel 2004 (tavola 2).

TAVOLA 2
COSTO DEL LAVORO IN ALCUNI PAESI DELL'AREA DELL'EURO
Valori in euro

	2000	2004	Var % annua	2004 (a parità di potere d'acquisto)
Area dell'euro	52.942	59.390	2,91	57.731
Belgio	63.255	65.189	0,76	63.579
Germania	60.498	65.670	2,07	61.920
Irlanda	47.315	57.960	5,20	49.117
Grecia	32.094	60.758	17,30	73.767
Spagna	35.218	41.985	4,49	46.808
Francia	57.677	57.507	-0,07	52.840
Italia	51.999	62.807	4,83	61.545
Lussemburgo	58.551	73.495	5,85	67.476
Olanda	54.248	71.632	7,20	67.375
Austria	53.105	58.895	2,62	57.215
Portogallo	29.702	37.535	6,03	44.768
Finlandia	49.330	46.675	-1,37	40.396

Fonte: Eurostat. L'aggiustamento per il costo della vita è ottenuto dividendo il valore per il tasso di cambio di parità di potere d'acquisto

Mentre nel 2000 il costo del lavoro in Italia era inferiore dell'1,8% rispetto alla media dell'area dell'euro, nel 2004 la superava del 5,8%. Se poi si tiene conto delle parità di potere d'acquisto, il costo del lavoro in Italia era superiore del 6,6% rispetto alla media europea.

LA FORMAZIONE, IL DIALOGO SOCIALE E GLI INTERVENTI A SOSTEGNO DELL'OCCUPAZIONE

La Formazione e le Istituzioni

L'ANIA, unitamente alle altre Parti sociali datoriali e sindacali, partecipa a un Tavolo tecnico creato per la redazione di un testo contenente un accordo finalizzato alla costruzione di un "sistema nazionale unico di standard minimi professionali, di riconoscimento e certificazione delle competenze e di standard formativi", con l'obiettivo di avere una cornice nazionale di riferimento e di ricondurre a un quadro comune l'insieme delle iniziative attualmente esistenti (sistema IFTS, ossia Istruzione e Formazione Tecnica Superiore, borsa lavoro, apprendistato, intese tra Parti sociali e contratti collettivi nazionali).

Tale Accordo è stato promosso dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, dal Ministro della Pubblica Istruzione, dal Ministero dell'Università e della Ricerca, dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano.

Alla fine del 2006, è ripresa l'attività dell'Osservatorio per la Formazione Continua, che si propone di creare un tavolo di coordinamento tra tutti gli attori pubblici e privati attivi sul territorio nazionale nella promozione della Formazione Continua, elaborando proposte di indirizzo sull'attività dei Fondi ed esprimendo pareri e valutazioni in ordine alle attività svolte dai Fondi.

Formazione Continua – For.Te. e Fondir

Continua l'attività di promozione dei Piani formativi aziendali, settoriali e individuali avviata a partire dal 2003 da parte dei Fondi paritetici interprofessionali For.Te. e Fondir nei quali è presente anche il comparto assicurativo.

Oltre alla consueta modalità di pubblicazione degli Avvisi, Fondir, in particolare, ha avviato la sperimentazione di una bacheca di Formazione Continua. Si tratta di un catalogo in cui sono raccolte le iniziative di alta formazione rivolte a dirigenti delle imprese iscritte al Fondo e finanziabili attraverso voucher.

ENBIFA – Pari Opportunità

L'ENBIFA (Ente di Formazione Bilaterale del settore) ha completato un progetto di riflessione, rivolto sia alle Organizzazioni sindacali sia alle Imprese, in tema di responsabilità sociale d'impresa con il fine di individuare e delineare i rispettivi ruoli, gli strumenti da adottare anche in applicazione della normativa e i futuri scenari in particolare per il settore assicurativo italiano.

L'ENBIFA è stato inoltre coinvolto dalla Commissione Mista Nazionale per le Pari Opportunità per rendere operativo il progetto intitolato "Conciliare le responsabilità". Tale progetto, ideato nel corso del 2006, prevede la predisposizione di un pacchetto di servizi ad hoc per le imprese e fruibile da parte dei lavoratori con lo scopo di facilitarne la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Al riguardo, ultimata la fase di progettazione, la CNPO si propone di presentare alle imprese associate il predetto pacchetto al fine di attivare la fase operativa presso le imprese che decidano di avvalersi dei servizi offerti.

Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro

L'ANIA ha partecipato ad alcuni tavoli tecnici sulle tematiche della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in vista di un riordino generale dell'intera materia.

Allo stato attuale, sono in corso di esame presso la Commissione permanente Lavoro, Previdenza Sociale del Senato le osservazioni presentate dalle parti sociali sindacali e datoriali in materia di riordino della normativa esistente.

Al riguardo, risultano recepite dal legislatore, nella bozza di testo contenente delega al Governo per l'emanazione dei decreti attuativi, alcune osservazioni

formulate dall'ANIA in occasione delle audizioni tenutesi al Ministero del Lavoro di concerto con il Ministero della Salute già sul finire del 2006.

Le imprese assicurative mostrano una tendenza costante ad approntare in concreto i migliori strumenti di prevenzione dei rischi e la migliore tutela possibile della salute e della sicurezza dei propri dipendenti, come dimostrato anche dalle policies adottate a suo tempo in materia di applicazione della normativa anti-fumo.

Inoltre, come peraltro dimostrato dai recenti corsi di formazione organizzati da ANIA e IRSA (l'Istituto di Ricerca del Settore Assicurativo) per i responsabili e gli addetti alla protezione e alla prevenzione, secondo gli obblighi imposti dal d.lgs. n. 195 del 23 giugno 2003, il settore assicurativo mostra di voler procedere in maniera uniforme e compiuta agli adempimenti di legge.

Rinnovo CCNL Dipendenti

È iniziato, ed è tuttora in corso, il confronto negoziale per il rinnovo del CCNL 18.07.2003 dei dipendenti del settore assicurativo scaduto sia per la parte normativa sia per la parte economica.

Sono già state trattate le tematiche dell'area contrattuale, del call center, della responsabilità sociale delle femmine e delle previdenze complementari, pervenendo in alcuni casi a testi condivisi.

Da parte dell'ANIA sono state, inoltre, avanzate e illustrate alcune richieste delle imprese, quali l'esame degli istituti contrattuali flessibili di cui al d.lgs. n. 276/2003 e la razionalizzazione della materia dei permessi sindacali e di alcuni istituti contrattuali quali la malattia. Tutte queste materie, insieme al trattamento economico, saranno oggetto di confronto nei prossimi incontri.

Sono state attivate e hanno ultimato il loro lavoro due Commissioni tecniche, una normativa, l'altra sulla previdenza complementare, aventi l'obiettivo di effettuare un aggiornamento e un adeguamento del testo contrattuale alle modifiche legislative intercorse negli ultimi anni.

Rinnovo CCNL Dirigenti

È proseguito nel corso dell'intero anno il confronto negoziale con la FIDIA finalizzato alla sottoscrizione del CCNL dirigenti scaduto sia per la parte normativa sia per la parte economica.

Il confronto negoziale si è basato soprattutto sulle tematiche dell'adeguamento normativo e della revisione del modello economico, nonché sull'applicazione delle regole del Protocollo del '93.

In particolare l'ANIA ha proposto di adottare un nuovo modello retributivo e una rimodulazione delle tutele economico/normative nell'ipotesi di risoluzione anticipata del rapporto di lavoro da parte dell'Impresa.

Tuttavia la distanza registrata al tavolo negoziale tra le due delegazioni ha reso necessario, su richiesta della FIDIA, il proseguimento della trattativa presso la sede del Ministero del Lavoro. In questa sede è stato sottoscritto, anche dallo stesso Ministero, un verbale di riunione nel quale è stato sancito che, allo stato attuale, le distanze di posizione tra le parti non consentono di raggiungere un accordo.

Interventi a sostegno dell'occupazione
Fondo Liquidazioni Coatte Amministrative

Il Comitato amministratore del Fondo Liquidazioni Coatte Amministrative ha proseguito nell'opera di assegnazione delle disponibilità finanziarie, previste per agevolare l'esodo dei lavoratori occupati presso le gestioni commissariali delle imprese poste in liquidazione coatta amministrativa.

Tale attività ha avuto come risultato una ulteriore riduzione del numero delle posizioni aperte, che verranno comunque liquidate entro il 31.12.2007, al termine della durata del Fondo.

Nel corso dei lavori il Comitato ha altresì proposto e ottenuto dall'Inps, per buona parte del 2007, la sospensione del contributo ordinario dello 0,50% della retribuzione soggetta a contribuzione obbligatoria di finanziamento al Fondo, che le imprese e i lavoratori sono impegnati a versare dal gennaio 2007.

Conciliazioni – Assistenza alle Imprese

Sono state effettuate presso la Commissione paritetica di Conciliazione istituita ai sensi dell'art. 179 del CCNL circa ottocento conciliazioni.

L'attività di assistenza si è inoltre articolata nella partecipazione diretta dell'ANIA a trattative aziendali finalizzate alla sottoscrizione di Contratti Integrativi Aziendali e/o alla gestione delle ricadute sul personale conseguenti a modifiche degli assetti organizzativi.

IL FONDO LTC

Il CCNL per il personale dipendente del settore assicurativo del 18 luglio 2003 ha previsto l'istituzione di un Fondo volto a fornire agli iscritti prestazioni assistenziali per lo stato di non autosufficienza. Il Fondo unico nazionale LTC, istituito come associazione non riconosciuta il 15 giugno 2005, nel corso del 2006, ha provveduto alla nomina del Consiglio di Amministrazione, del Presidente e del Collegio Sindacale, concludendo così gli adempimenti formali.

Nel corso dei primi mesi del 2007, il Fondo unico nazionale LTC ha avviato le procedure per la scelta del fornitore del servizio assicurativo. Tale procedura, attuata mediante la pubblicazione di un apposito invito a offrire indirizzato a tutte le imprese, si è conclusa il 4 maggio 2007 con l'individuazione dell'impresa aggiudicataria del servizio assicurativo per il periodo di copertura che va dal 1° gennaio 2004 fino ai 5 anni successivi alla data di aggiudicazione.

Il Fondo, finanziato con un contributo annuo a totale carico delle imprese pari allo 0,20% della retribuzione annua tabellare, è rivolto a tutti i lavoratori del settore assicurativo in forza al 1° gennaio 2004 a cui si applica il suddetto CCNL, nonché al personale successivamente assunto. Inoltre, le prestazioni del Fondo sono garantite anche al personale cessato dal servizio a partire dal 1° gennaio 2004 con diritto a pensione o "accompagnato" al pensionamento. Alla data del 31 dicembre 2006 i beneficiari del Fondo sono circa 40.000, di cui il 54% di sesso maschile, con un'età media di 44 anni, e il 46% di sesso femminile, con un'età media di 42 anni. I beneficiari in pensione sono circa il 3,6% dei beneficiari assicurati.

Il Fondo unico nazionale LTC, al fine di garantire un equilibrio attuariale di lungo periodo, ha fissato un premio per la copertura LTC di 25 euro annui per beneficiario assicurato.

Il servizio assicurativo è stato aggiudicato dall'impresa che ha presentato l'offerta migliore per una quota di rischio pari al 60%, massima quota permessa dall'invito. Il rimanente 40% è stato offerto alle altre imprese che hanno risposto all'invito, alle stesse condizioni stabilite dall'impresa vincitrice, come stabilito dal regolamento del Fondo, in base alla rispettiva quota di contributi versati al Fondo stesso.

La prestazione scaturita dalla procedura di assegnazione del servizio assicurativo del Fondo consiste in una rendita vitalizia annua anticipata, rivalutabile in base ai rendimenti ottenuti da una gestione separata, pagabile all'assicurato dal momento in cui questi diventa non autosufficiente e fino a che rimane in tale stato. L'importo iniziale di tale rendita è pari a 12.253 euro annui, erogabile a tutti i beneficiari riconosciuti non autosufficienti. La durata del contratto è quinquennale: l'impresa aggiudicataria si impegna a erogare il vitalizio a tutti gli assicurati che nel periodo di sua competenza verranno dichiarati non autosufficienti.

La definizione di non autosufficienza è indicata nel regolamento del Fondo e si basa sulla verifica della capacità del soggetto a compiere alcune attività fondamentali del vivere quotidiano. Per ogni attività sono stati definiti 3 livelli di autosufficienza a cui corrisponde un punteggio. Il medico dell'impresa aggiudicataria, o una commissione arbitrale in caso di controversie con il beneficiario assicurato, assegna un punteggio a ogni attività e su questa base viene riconosciuto o meno lo stato di non autosufficienza.

Nel settore vita è aumentata la raccolta effettuata attraverso le agenzie e i promotori finanziari, mentre è diminuita quella attraverso gli sportelli bancari e la vendita diretta. Nel ramo danni è aumentata la raccolta degli agenti ma è diminuita lievemente la loro quota di mercato. I risultati di una nostra analisi condotta sulla base dei dati dell'Associazione Italiana dei Broker (AIBA) mostrano che i dati delle imprese di assicurazione sottostimano l'importanza di questi intermediari nel comparto danni.

ASSICURAZIONE VITA

Nel 2006, dopo anni di crescita sostenuta, si è registrato un rallentamento della distribuzione dei prodotti vita, soprattutto per il canale bancario e quello diretto (tavola 1).

I premi raccolti dagli sportelli bancari hanno registrato una contrazione dell'8,0% rispetto all'anno precedente. Il canale bancario resta quello più utilizzato nel comparto vita, anche se la quota di mercato è scesa dal 60,6% del 2005 al 59,0% del 2006.

Nel 2006 l'attività degli agenti ha portato a un aumento della raccolta premi del 3,4% e il loro peso sul totale vita è aumentato dal 18,2% del 2005 al 19,9% del 2006. Insieme agli agenti, l'unica altra forma di distribuzione che è risultata in crescita è quella dei promotori finanziari (5,8% rispetto all'anno precedente), la cui quota di mercato è salita all'8,5% del totale.

La vendita diretta, che era risultata sempre in crescita negli anni passati, ha registrato una contrazione nella raccolta premi pari all'11,2%; ne è derivata una riduzione del peso di tale canale sull'intero mercato vita (11,7% nel 2006).

TAVOLA 1 - ANALISI DEI CANALI DISTRIBUTIVI NEL PERIODO DI OSSERVAZIONE 2002-2006

RAMI VITA

CANALI	Premi lordi contabilizzati (valori in milioni di euro)					Quota di mercato %					Media	Var. % annua					Var. % media
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006	(2002-2006)	2002	2003	2004	2005	2006	(2002-2006)
Sportelli bancari	31.113	36.980	38.479	44.523	40.957	56,3	58,9	58,6	60,6	59,0	***58,7***	9,7	18,9	4,1	15,7	-8,0	***7,6***
Agenti	10.864	11.529	12.176	13.372	13.830	19,6	18,3	18,6	18,2	19,9	***18,9***	31,0	6,1	5,6	9,8	3,4	***10,8***
Vendita diretta	4.937	6.815	8.248	9.110	8.086	8,9	10,9	12,6	12,4	11,7	***11,3***	21,1	38,0	21,0	10,5	-11,2	***14,7***
Promotori finanziari	7.903	6.977	6.250	5.584	5.907	14,3	11,2	9,5	7,6	8,5	***10,2***	52,3	-11,7	-10,4	-10,7	5,8	***2,6***
Broker	477	479	474	882	598	0,9	0,7	0,7	1,2	0,9	***0,9***	14,3	0,5	-0,9	85,8	-32,2	***7,5***
Totale	**55.294**	**62.780**	**65.627**	**73.471**	**69.377**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	***100,0***	**19,4**	**13,5**	**4,5**	**12,0**	**-5,6**	***8,4***

I prodotti vita venduti tramite broker sono una percentuale assai limitata: nel quinquennio 2002-2006, la loro quota di mercato è in media inferiore all'1%.

Con riferimento ai singoli prodotti vita (tavola 2), si rileva per le polizze di ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana) un forte calo della quota di mercato degli sportelli bancari: dal 57,7% del 2005 al 53,4% del 2006. È aumentato invece, il peso degli agenti, la cui quota di mercato è salita dal 25,2% nel 2005 al 28,1% nel 2006, e della vendita diretta (dall'11,6% al 12,7%).

Tra le polizze di ramo III (linked) risulta fortemente prevalente la raccolta realizzata attraverso gli sportelli bancari, la cui attività ha contribuito per oltre i tre quarti del volume premi complessivo di questo ramo. Seguono i promotori finanziari con una quota di mercato del 15,3%. Vale la pena evidenziare che, mentre è diminuita la raccolta degli sportelli bancari, per i promotori finanziari si è avuta una discreta crescita. In lieve aumento è stata la distribuzione dei prodotti intermediati dagli agenti (8,2%).

La vendita diretta costituisce il principale canale di distribuzione per le polizze di capitalizzazione (ramo V), con circa il 41% della raccolta. La quota degli agenti è stata in aumento rispetto all'anno precedente e superiore al 25%, mentre si è registrata una contrazione per il canale bancario (dal 38,8% del 2005 al 29,4% del 2006).

TAVOLA 2
COMPOSIZIONE % DEL MERCATO VITA
PER CANALE DISTRIBUTIVO E RAMO - ANNO 2006

RAMI	AGENTI	BROKER	SPORTELLI BANCARI	PROMOTORI FINANZIARI	VENDITA DIRETTA	TOTALE
SETTORE INDIVIDUALI						
I - Vita umana	28,4	0,3	56,0	4,9	10,5	100,0
III - Fondi di investimento	8,2	0,1	76,0	15,3	0,5	100,0
IV - Malattia	67,2	3,4	5,5	2,7	21,2	100,0
V - Capitalizzazione	20,3	1,3	42,7	3,8	31,9	100,0
VI - Fondi pensione	51,9	0,6	31,2	0,3	16,0	100,0
TOTALE INDIVIDUALI	***19,1***	***0,3***	***63,4***	***9,2***	***8,1***	***100,0***
SETTORE COLLETTIVE						
I - Vita umana	23,3	14,3	16,8	0,9	44,7	100,0
III - Fondi di investimento	0,0	0,1	25,9	0,0	74,0	100,0
IV - Malattia	22,2	77,7	0,0	0,0	0,1	100,0
V - Capitalizzazione	34,2	2,7	7,9	0,2	55,1	100,0
VI - Fondi pensione	20,1	0,4	5,3	2,4	71,9	100,0
TOTALE COLLETTIVE	***29,6***	***7,3***	***11,2***	***0,5***	***51,4***	***100,0***
TOTALE SETTORI						
I - Vita umana	28,1	1,2	53,4	4,6	12,7	100,0
III - Fondi di investimento	8,2	0,1	75,9	15,3	0,6	100,0
IV - Malattia	25,1	73,0	0,4	0,2	1,4	100,0
V - Capitalizzazione	25,6	1,8	29,4	2,4	40,7	100,0
VI - Fondi pensione	35,7	0,5	18,0	1,4	44,3	100,0
Piani ind. pens. (*)	49,9	0,1	14,4	29,8	5,8	100,0
TOTALE RAMI VITA	***19,9***	***0,9***	***59,0***	***8,5***	***11,7***	***100,0***

(*) I premi relativi ai PIP (contratti ex art. 9-ter d.lgs. 124/93) rappresentano un sottoinsieme dei premi relativi a polizze individuali del ramo I - vita umana e del ramo III - fondi di investimento

Nonostante il canale degli agenti sia quello più attivo nella vendita dei prodotti previdenziali ad adesione individuale (PIP), si è registrata nell'anno una riduzione della loro quota di mercato (dal 58,6% del 2005 al 50% del 2006). Per le polizze collettive, si nota che le adesioni a fondi previdenziali di ramo VI continuano a essere raccolte prevalentemente attraverso la vendita diretta (71,9%).

ASSICURAZIONE DANNI

Nel 2006 la raccolta tramite gli agenti è aumentata del 2,1%, ma la relativa quota di mercato è lievemente scesa (dall'84,5% del 2005 all'84,2% del 2006); l'incidenza degli agenti era pari all'86,1% nel 2002.

I broker rimangono il secondo canale di distribuzione dei prodotti nei rami danni, rappresentando il 7,5% dell'intera raccolta premi, valore sostanzialmente stabile nell'ultimo quinquennio. Questa incidenza è però sottostimata (si veda, al riguardo, il riquadro di approfondimento). Essa infatti non tiene conto di una quota importante dei premi (stimata in quasi 18 punti percentuali) che sono originati da questo canale, ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese. Secondo questa stima, il peso della raccolta danni intermediato dai i broker sarebbe nel 2006 pari al 25,4% (7,5% nelle statistiche ufficiali), mentre l'incidenza degli agenti sarebbe del 66,3%.

La vendita diretta, grazie ai forti incrementi registrati negli ultimi anni dal canale internet e telefonico (l'incremento medio annuo nel quinquennio è stato pari al 24,7%), continua ad aumentare la sua quota di mercato passando dal 6,2% del 2005 al 6,6% del 2006.

TAVOLA 3 - ANALISI DEI CANALI DISTRIBUTIVI NEL PERIODO DI OSSERVAZIONE 2002-2006

RAMI DANNI

CANALI	Premi lordi contabilizzati (valori in milioni di euro)					Quota di mercato %					Media	Var. % annua					Var. % media
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006	(2002-2006)	2002	2003	2004	2005	2006	(2002-2006)
Agenti	27.876	29.165	30.235	30.681	31.315	86,1	85,2	85,3	84,5	84,2	***85,1***	7,3	4,6	3,7	1,5	2,1	***3,8***
Broker (*)	2.446	2.549	2.674	2.796	2.779	7,5	7,5	7,6	7,7	7,5	***7,6***	10,4	4,2	4,9	4,5	-0,6	***4,6***
Vendita diretta	1.747	2.048	2.113	2.251	2.438	5,3	6,0	6,0	6,2	6,6	***6,0***	21,6	17,2	3,2	6,5	8,3	***11,2***
di cui: internet e vendita telefonica	*503*	*737*	*856*	*944*	*994*	*1,5*	*2,2*	*2,4*	*2,6*	*2,7*	***2,3***	*52,7*	*46,6*	*16,2*	*10,3*	*5,3*	***24,7***
Sportelli bancari	312	422	360	545	624	1,0	1,2	1,0	1,5	1,7	***1,3***	15,8	35,2	-14,7	51,4	14,5	***18,3***
Promotori finanziari	34	29	29	36	28	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	***0,1***	13,6	-14,7	-1,6	27,2	-22,4	***-1,2***
Totale	**32.415**	**34.213**	**35.411**	**36.309**	**37.184**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	***100,0***	**8,3**	**5,5**	**3,5**	**2,5**	**2,4**	***4,4***

(*) L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2006 in 18 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese

Molto contenuto rimane il peso degli sportelli bancari, che ha raggiunto l'1,7% del totale, e dei promotori finanziari, con una quota di mercato pari allo 0,1%, valore costante nel quinquennio.

Oltre il 90% della raccolta nei rami auto (r.c. auto e corpi di veicoli terrestri) è stata effettuata tramite gli agenti, il 5,9% tramite la vendita diretta e il 2,2% tramite i broker.

Per quanto riguarda gli altri rami danni risulta prevalente la raccolta degli agenti, con l'eccezione dei rami corpi, merci trasportate e r.c. aeromobili. Nel riquadro di approfondimento si evidenzia come secondo la nostra stima l'attività dei broker peserebbe in Italia tra il 55%-65% per la r.c. generale, il settore property e il ramo credito-cauzione e arriverebbe a quasi l'80% per il settore trasporti.

TAVOLA 4
COMPOSIZIONE % DEL MERCATO DANNI
PER CANALE DISTRIBUTIVO E RAMO - ANNO 2006

RAMI	AGENTI	BROKER (*)	SPORTELLI BANCARI	PROMOTORI FINANZIARI/ SIM	AGENZIE IN ECONOMIA	ALTRE FORME DI VENDITA DIRETTA			TOTALE
						VENDITA TELEFONICA	INTERNET	ALTRO	
R.C. Autoveicoli terrestri	91,3	1,8	1,1	0,0	1,3	3,0	1,4	0,1	100,0
Corpi di veicoli terrestri	87,7	4,5	1,1	0,0	2,6	2,4	1,3	0,3	100,0
Totale Auto	***90,8***	***2,2***	***1,1***	***0,0***	***1,5***	***2,9***	***1,4***	***0,1***	***100,0***
Infortuni	84,1	7,3	2,6	0,4	4,0	0,9	0,3	0,5	100,0
Malattia	60,9	17,5	4,3	0,6	14,1	0,0	0,0	2,5	100,0
Corpi di veicoli ferroviari	44,3	7,8	-	-	48,0	-	-	-	100,0
Corpi di veicoli aerei	27,4	31,8	-	-	40,7	-	-	-	100,0
Corpi di veicoli marittimi	16,4	68,5	0,0	-	15,1	-	-	0,1	100,0
Merci trasportate	43,0	47,1	0,1	-	8,7	0,0	0,2	0,9	100,0
Incendio ed elementi nat.	75,7	13,3	3,9	0,1	6,9	0,0	0,0	0,1	100,0
Altri danni ai beni	78,0	15,5	1,5	0,1	4,7	0,0	0,0	0,1	100,0
R.C. Aeromobili	21,5	36,1	-	-	42,4	-	-	-	100,0
R.C. Veicoli marittimi	87,7	5,4	0,2	-	5,6	0,6	0,4	0,0	100,0
R.C. Generale	81,1	13,5	0,8	0,0	4,4	0,0	0,0	0,1	100,0
Credito	78,2	15,7	0,5	-	5,6	-	-	-	100,0
Cauzione	82,4	11,0	1,5	-	5,0	-	-	0,1	100,0
Perdite pecuniarie	68,8	15,8	9,0	0,0	2,8	0,3	0,2	3,2	100,0
Tutela giudiziaria	82,2	9,4	1,9	0,0	2,3	3,0	1,0	0,3	100,0
Assistenza	77,5	7,6	2,3	0,2	3,4	3,6	1,4	4,1	100,0
Totale Non Auto	***75,1***	***14,7***	***2,4***	***0,2***	***6,4***	***0,3***	***0,1***	***0,7***	***100,0***
Totale Rami Danni	**84,2**	**7,5**	**1,7**	**0,1**	**3,6**	**1,8**	**0,8**	**0,3**	**100,0**

(*) L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2006 in 18 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese

L'ATTIVITÀ DI INTERMEDIAZIONE SVOLTA DAI BROKER IN ITALIA NEL SETTORE DANNI

Per quanto concerne la struttura distributiva del mercato assicurativo danni in Italia, caratterizzato da un'elevata prevalenza del canale agenziale (al 2006 pari all'84,2%), si deve far presente che questa situazione è influenzata da pratiche statistiche che prevedono la contabilizzazione da parte degli agenti di affari collocati o originati da broker.

Sono essenzialmente due i casi che determinano questa situazione.

Il primo è relativo a broker, spesso di dimensioni operative limitate, che per assolvere al mandato ricevuto dal cliente contrattano direttamente con agenti di compagnie di assicurazione su piazza. Una volta stipulato il contratto, il broker trova conveniente farlo contabilizzare dall'agente per evitare di dover sopportare i costi amministrativi della gestione del contratto.

Il secondo è relativo a broker, spesso di primarie società, che operano essenzialmente ma non esclusivamente come consulenti del cliente, il quale preferisce mantenere un rapporto diretto anche con l'agente della sua zona di operatività.

Per entrambe le fattispecie le compagnie di assicurazione non hanno l'informazione su chi ha effettivamente originato l'affare. Pertanto, nelle statistiche ufficiali compilate dall'ANIA e anche dall'Autorità di vigilanza (ISVAP), una quota rilevante di lavoro svolta dai broker risulta di pertinenza delle reti di agenti in esclusiva.

Al fine di stimare l'effettiva quota di lavoro svolta dai broker è possibile utilizzare i dati disponibili presso l'Associazione Italiana Brokers di Assicurazione e Riassicurazione (AIBA). Questa Associazione calcola annualmente il volume premi gestito dai broker sulla base dei versamenti effettuati da questi intermediari che obbligatoriamente si devono iscrivere al Fondo di garanzia. Il Fondo ha lo scopo di risarcire gli assicurati e le imprese di assicurazione dei danni derivanti dall'attività del broker stesso e non garantiti dalla polizza. Il contributo è calcolato come una percentuale fissa delle provvigioni incassate dai broker; disponendo, quindi, del volume complessivo delle provvigioni e di un'aliquota media provvigionale (stimata pari al 9% e proporzionale ai premi), l'AIBA calcola il volume premi sottostante. A questo monte premi, l'AIBA aggiunge poi i premi derivanti da fees di brokeraggio che, invece, non vengono assoggettati al contributo obbligatorio. Nel caso in cui, cioè, un broker svolga per il proprio cliente anche un'attività di risk management e di risk advisor (e, quindi, venga remunerato sulla base di un sistema di fees e di consulenza), i premi assicurativi collegati a queste attività non vengono assoggettati al contributo obbligatorio ma contribuiscono, tuttavia, al volume complessivo di business gestito da questo canale di intermediazione. Anche questa parte di premi assicurativi viene stimata dall'AIBA.

Secondo la stima dell'AIBA, nel 2006 i broker operanti nei rami danni in Italia hanno gestito premi pari a € 15,9 mld su un totale di € 37,2 mld, con un'incidenza pari al 42,8%. Si tratta di un valore molto superiore a quello rilevato dall'ANIA (€ 2,8 mld, pari al 7,5% del totale complessivo).

Sempre secondo i dati AIBA, la quota di mercato dei broker nei rami danni sarebbe salita dal 25,5% nel 2000 al 42,8% nel 2006.

TAVOLA 1
VOLUME PREMI GESTITI DAI BROKER
LAVORO DIRETTO ITALIANO (MILIONI DI EURO)

Rami Danni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Premi totali (Fonte ANIA)	*27.875*	*29.920*	*32.417*	*34.212*	*35.411*	*36.308*	*37.184*
Premi gestiti dai broker (ANIA)	1.792	2.201	2.446	2.550	2.674	2.786	2.779
Quota % premi dei broker (ANIA)	6,4%	7,4%	7,5%	7,5%	7,6%	7,7%	7,5%
Premi gestiti dai broker (AIBA)	***7.095***	***8.304***	***9.694***	***11.142***	***11.720***	***14.168***	***15.910***
Quota % premi dei broker (AIBA)	***25,5%***	***27,8%***	***29,9%***	***32,6%***	***33,1%***	***39,0%***	***42,8%***
Rapporto tra premi AIBA e ANIA	***4,0***	***3,8***	***4,0***	***4,4***	***4,4***	***5,1***	***5,7***

Tuttavia, secondo alcune nostre ipotesi di calcolo riportate in dettaglio di seguito, vi sono validi motivi per ritenere che i dati dell'AIBA siano sovrastimati di circa il 40%; ciò implicherebbe un volume premi gestito dai broker per il settore danni pari a € 9,5 mld (anziché € 15,9 mld stimato dall'AIBA). Nonostante tale sovrastima, l'importo dei premi effettivamente riconducibili ai broker sarebbe comunque molto superiore (oltre 3 volte) a quello che, nel 2006, risultava alle imprese di assicurazione (€ 2,8 mld).

Questa correzione implica che l'incidenza dei broker, per il totale danni, sia stimabile in un valore pari al 25,4% (anziché al 7,5%, con una differenza di quasi 18 punti percentuali); conseguentemente l'incidenza degli agenti sulla raccolta premi danni complessiva scenderebbe dall'84,2% al 66,3%. La differenza, rispetto ai dati ufficiali (€ 6,7 mld), è stata ripartita fra i vari rami secondo le incidenze percentuali stimate sulla base dei dati ANIA e di quelli di un'indagine IRSA effettuata in collaborazione con AIBA qualche anno fa. Questa stima evidenzia come l'incidenza dell'attività dei broker non sia uniforme tra le diverse linee di business.

In particolare, i risultati evidenziano che, a eccezione dell'auto e dei rami infortuni e malattia, l'intermediazione dei broker peserebbe in Italia per il 55%-65% per la r.c. generale, il settore property e il ramo credito-cauzione e arriverebbe a quasi l'80% per il settore trasporti.

È importante, inoltre, far notare che la stima delle incidenze riportate è relativa al complesso danni. Nel caso dei rischi corporate, la presenza dei broker è più elevata; pur non disponendo di informazioni al riguardo, è ragionevole ipo-

tizzare che – per questo settore – la situazione dell'intermediazione assicurativa in Italia possa essere in linea con quella di altri paesi europei (in particolare Belgio e Regno Unito), per i quali – nei vari rami – il peso dei broker è mediamente superiore al 70%.

Un'ulteriore evidenza coerente con le stime riportate nella figura 1 proviene da un'indagine effettuata da Assolombarda nel 2006 e riferita a un campione di imprese della Lombardia. Secondo questa indagine, quasi il 60% dei partecipanti ha risposto che l'azienda opera direttamente con un broker nella scelta del tipo di contratti e della compagnia di assicurazione cui affidarsi (figura 2).

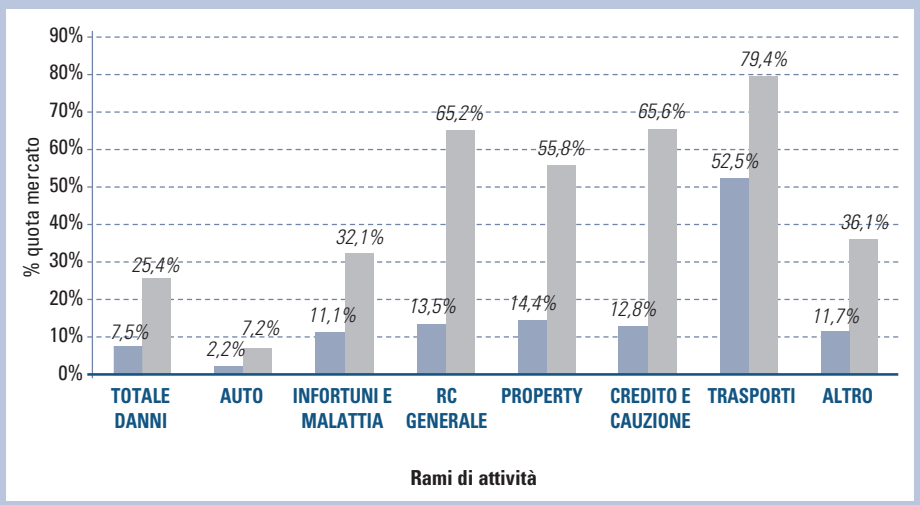


FIGURA 1 - INCIDENZA DEI BROKER PER IL SETTORE DANNI NEL 2006

Fonte ANIA
Stima ANIA su dati AIBA

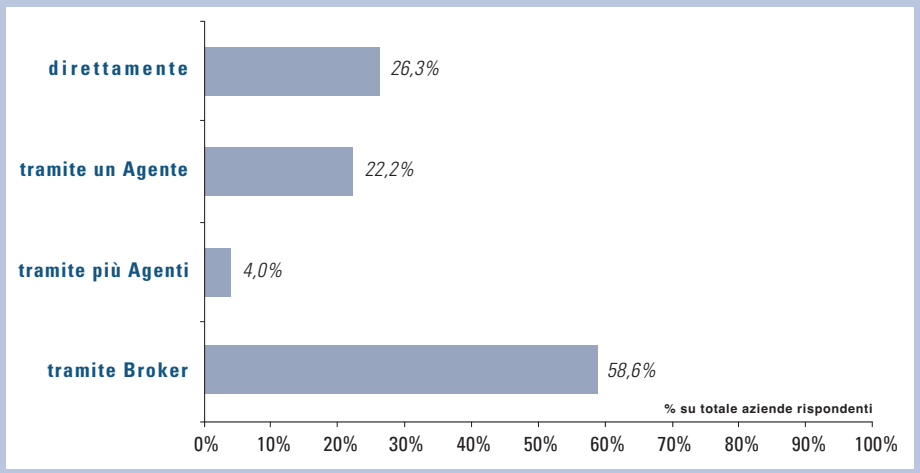


FIGURA 2 - "NELLA SCELTA DEL TIPO DI CONTRATTO L'AZIENDA OPERA":

Fonte: La gestione del rischio e assicurativa in azienda esperienze empiriche, Milano 22 Marzo 2006, Luigi Calvi, Vice Presidente Piccola Impresa Assolombarda

Per completezza di informazione, si riporta la stima effettuata dall'ANIA, che è basata su metodologia e dati dell'AIBA ma che utilizza in più occasioni fonti esterne nel valutare alcune ipotesi di calcolo. In particolare:

– per quanto riguarda il volume premi legato al sistema delle provvigioni si è utilizzato il dato certo delle provvigioni incassate dai broker nel 2006 e pari

a € 1.035 mln; a tale importo è stata applicata un'aliquota media provvigionale che, sulla base di dati ANIA, è pari all'11,5% (anziché al 9% utilizzato dall'AIBA). I premi stimati derivanti da intermediazione diretta ammonterebbero, secondo la nostra stima a € 9,0 mld (anziché € 11,5 mld stimato dall'AIBA).

– per quanto riguarda il volume premi generato dal sistema di fees, l'ANIA ha valutato come adeguata la valutazione dell'AIBA circa il peso delle fees rispetto alle provvigioni: pari cioè al 12% del monte delle provvigioni (ossia € 1.035 mld * 12% = a un importo di fees di € 124,2 mln). L'ANIA ha poi proceduto, attraverso un'indagine effettuata presso i maggiori broker internazionali che operano sul territorio italiano, a calcolare quale fosse il peso delle fees rispetto al volume premi da esse generato. Da questa indagine è emerso che il peso è mediamente pari al 5% (che si confronta con il 2% utilizzato dall'AIBA). Ciò implica che il volume premi stimato per questo comparto di business sia pari a € 2,5 mld (ossia € 124,2 mln / 5%), valore molto inferiore a quello riportato dall'AIBA e pari a € 6,2 mld (ossia € 124,2 mln / 2%).

Secondo l'ANIA, quindi, la raccolta complessiva dei premi fatta dai broker è stimabile, nel 2006, in circa € 11,5 mld (ossia € 9,0 mld provenienti dal sistema delle provvigioni + 2,5 mld provenienti dal sistema di fees). Di questi, solo il 17,7% è relativo al vita (per un volume premi di € 2,0 mld) e il restante 82,3% è afferente al settore danni (per una raccolta complessiva di € 9,5 mld).

INTERIM REPORT DELLA UE SUL SETTORE "BUSINESS INSURANCE"

L'Interim report dedica ampio spazio alle questioni riguardanti la distribuzione assicurativa. In particolare, tratta tre aspetti rilevanti per il mercato italiano:

– **la durata dei contratti** considerata eccessiva e in grado di costituire un vincolo rilevante alla libertà contrattuale degli assicurati e alla mobilità del mercato assicurativo (si veda al riguardo, l'apposito paragrafo della sezione assicurazioni danni).

– **la distribuzione dei prodotti assicurativi** che in Italia sarebbe eccessivamente incentrata sugli "exclusive agents" a discapito di altri soggetti, in particolare i broker, che sono invece considerati un efficace strumento di movimentazione transfrontaliera del mercato assicurativo e di maggior trasparenza per gli assicurati.
  La Commissione ritiene, infatti, che i broker possano facilitare l'ingresso di nuove imprese su un certo mercato mentre gli agenti, in presenza di certe

condizioni, potrebbero costituire una barriera all'ingresso per le imprese straniere.

– **l'esistenza di potenziali conflitti di interesse degli intermediari** che svolgano contemporaneamente consulenza alla clientela e prestazioni di servizio alle compagnie ricevendo da queste ultime la remunerazione dell'attività svolta. Rilievo critico che sembra attagliarsi soprattutto alla figura del broker, che, quale intermediario indipendente, dovrebbe ricevere la propria remunerazione esclusivamente dal cliente-assicurato.

L'Associazione ha formulato dettagliate osservazioni rispetto alle conclusioni preliminari del Rapporto Intermedio.

Nel documento, sono stati in particolare discussi i dati sulla effettiva distribuzione dei prodotti danni attraverso i canali agenti e broker e sono state evidenziate le caratteristiche competitive della distribuzione in esclusiva, idonee ad abbattere i costi medi della distribuzione.

ESPOSTI ANIA ALLA COMMISSIONE EUROPEA SUL DIVIETO DI MONOMANDATO

Con il d.l. 4 luglio 2006, n. 223, convertito nella legge n. 248/2006, in Italia è stato vietato alle imprese di assicurazione di stipulare con i loro agenti clausole di distribuzione in esclusiva per l'offerta di polizze r.c. auto.

Successivamente, con il d.l. 31 gennaio 2007, n. 7, convertito nella legge n. 40/2007, il divieto è stato esteso a tutti i rami danni.

La situazione che si è venuta a determinare in Italia a seguito dei ricordati interventi legislativi non ha eguale in alcuno Stato membro dell'UE. Ciò provoca rilevanti problemi di uniforme interpretazione e applicazione della normativa comunitaria in tema di intermediazione assicurativa e di concorrenza e contrasta con la nozione stessa di mercato unico.

Quanto alla disciplina comunitaria sull'intermediazione assicurativa, l'art. 2, n. 7, della Direttiva 2002/92/CE definisce il "tied insurance intermediary" come "qualsiasi soggetto che eserciti un'attività di intermediazione assicurativa in nome e per conto di una o più imprese di assicurazione". La stessa Direttiva, all'art. 12.1, dispone inoltre che l'intermediario debba informare il consumatore se egli sia tenuto, in forza di un obbligo contrattuale, a esercitare la sua attività esclusivamente con una o più imprese di assicurazione.

Il modello dell'intermediario di assicurazione in esclusiva è dunque riconosciuto espressamente dalla normativa comunitaria di settore.

Quanto alla disciplina sulla concorrenza, è noto che l'art. 3.2 del Regolamento CE n. 1/2003 vieta alle legislazioni nazionali sulla concorrenza di qualificare come illeciti accordi che: a) tali non sono considerati dalla normativa comunitaria o che b) sono disciplinati da un Regolamento di esenzione. Questa norma persegue l'obiettivo di una uniforme applicazione dell'art. 81 del Trattato nei diversi Stati membri.

a) Quanto al primo punto, la normativa comunitaria distingue tra "agenti veri e propri" (genuine agent) e altri tipi di intermediari riconducibili alla figura del distributore indipendente e considera non applicabile l'art. 81.1 del Trattato agli accordi tra gli "agenti veri e propri" e i rispettivi committenti (punto 13 delle "Linee direttrici" contenute nella Comunicazione della Commissione 2000/C 291/01 in materia di accordi verticali).

L'"agente vero e proprio" si riconosce per il fatto che egli costituisce una "longa manus" dell'impresa preponente, con la quale forma un'unità economica; non determina autonomamente il proprio comportamento sul mercato, ma applica le istruzioni impartitegli dal committente; non assume rischi finanziari e commerciali in relazione ai contratti conclusi ma solo, eventualmente, rischi connessi con l'attività di agenzia in via generale. Questi ultimi rischi, peraltro, non rilevano ai fini della disciplina antitrust, come pure non rileva la circostanza che l'agente agisca per uno o più preponenti (cfr. la costante giurisprudenza comunitaria nonché i punti 14 e 15 delle "Linee direttrici" sopra citate).

L'agenzia di assicurazione rientra appunto nella categoria del "genuine agent", come sopra definita.

b) Quanto al secondo punto, è noto che in tema di accordi verticali è stato emanato il Regolamento di esenzione n. 2790/1999, applicabile ai distributori indipendenti.

Quand'anche dunque e per assurdo si volesse far rientrare l'agente di assicurazione fra questi ultimi, resterebbe il fatto che lo Stato italiano ha comunque legiferato in aperta violazione del citato art. 3.2 del Regolamento CE n. 1/2003.

D'altra parte, sempre nella improbabile ipotesi in cui l'agente di assicurazione non potesse essere considerato come "genuine agent", la normativa italiana si porrebbe in contrasto con quella europea anche sotto altri e molteplici punti di vista. Essa, infatti, considera illecite "per sé" le clausole di distribuzione esclusiva (prescindendo da ogni valutazione dell'effetto escludente sul mercato e della "sensibilità" della restrizione) e preclude la possibile applicazione dell'art. 81.3 del Trattato, con l'evidente pregiudizio delle imprese. Essa, inoltre, espropria l'Autorità Garante della concorrenza e del mercato e i giudici nazionali, sui quali incombe il potere/dovere di applicare il diritto comunitario della concorrenza, di ogni facoltà di esame nel caso concreto, secondo una tipica metodologia antitrust di approccio ai problemi.

Tenuto conto del principio di supremazia del diritto comunitario, le disposizioni legislative emanate in Italia dovrebbero ritenersi prive di efficacia giuridica. Secondo un costante orientamento della giurisprudenza comunitaria, infatti, "le disposizioni del Trattato e gli atti delle Istituzioni, qualora siano direttamente applicabili, hanno l'effetto non solo di rendere ipso jure inapplicabile qualsiasi disposizione contrastante della legislazione nazionale preesistente, ma anche di impedire la valida formazione di nuovi atti legislativi nazionali incompatibili con norme comunitarie" (Corte di giustizia 9 marzo 1978, causa 106/77).

Avverso i provvedimenti citati l'ANIA ha fatto pervenire alla Commissione europea due esposti, rispettivamente in data 13 dicembre 2006 e 16 febbraio 2007.

GLI EFFETTI ECONOMICI DERIVANTI DAL DIVIETO DEL MONOMANDATO

La ratio della normativa europea e i risultati di una ampia letteratura economica fanno prevedere che l'abolizione della clausola di monomandato, che non ha precedenti in alcun Paese al mondo, potrebbe determinare un aumento dei costi per le imprese di assicurazione e per i loro clienti.

Un danno per le imprese di assicurazione

La regolamentazione europea considera come fuori dal campo degli accordi potenzialmente restrittivi della concorrenza gli accordi con i cosiddetti "agenti veri e propri", che ritiene essere esecutori delle strategie dell'impresa mandataria, essenzialmente per una ragione economica.

La stessa normativa stabilisce che un agente è da considerarsi "vero e proprio" quando i rischi finanziari e commerciali "*in relazione ai contratti conclusi e/o negoziati per conto del preponente e in relazione a investimenti specifici del mercato per quel settore di attività*" rimangono a carico dell'impresa, mentre l'agente non corre alcun rischio di tipo imprenditoriale, tranne "*i rischi connessi con l'attività di prestazione di servizi d'agenzia in via generale, come il rischio che il reddito di un agente sia legato ai risultati della sua attività di agente, o gli investimenti generali in locali o personale*".

Per le imprese di assicurazione operanti in Italia, delle quali circa un terzo sono controllate da imprese estere[1], il divieto di monomandato rappresenta quindi un

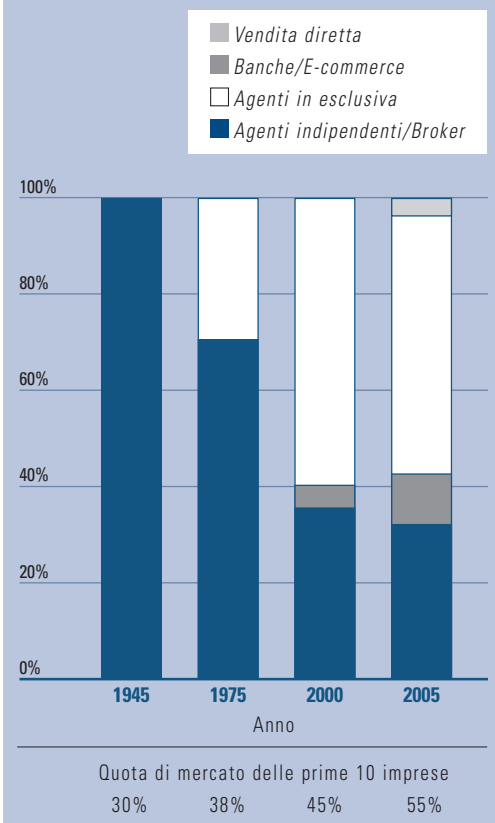
(1) La quota di mercato delle imprese controllate da imprese estere è pari al 32%, un valore elevato nel confronto con gli altri paesi della Unione Europea: ad esempio, la quota era pari al 12% in Germania, al 21% in Spagna e al 42% nel Regno Unito (si veda al riguardo la tavola V.2, p. 47 dell'Interim Report. Fonte: OECD World Insurance Report, 2006).

danno economico, in quanto rende non recuperabili gli investimenti effettuati nel tempo per costruire la rete commerciale formata da agenti in esclusiva.

La ratio della normativa risiede nel fatto che gli investimenti effettuati per la costruzione della rete in esclusiva sono "sunk costs" ossia costi non recuperabili, per l'impresa mandataria. E proprio per proteggere tali investimenti che l'agente genuino, al pari di un dipendente, non può rompere il patto di lealtà con l'impresa mandataria.

Un danno per il consumatore

CANALI DISTRIBUTIVI UTILIZZATI DAI PRIMI 10 MARKET LEADER



In Italia il consumatore può già accedere con facilità, anche via internet o telefono, a offerte confrontabili fra cui scegliere la più conveniente, nella massima trasparenza.

La proibizione del monomandato crea il rischio di conflitti di interessi: gli agenti avranno oggettivamente l'incentivo a vendere la polizza con le provvigioni più elevate, non quella più conveniente per il consumatore. E, forse più importante, la concorrenza fra compagnie si sposterà sul terreno di chi offre le provvigioni più alte agli agenti, determinando per questa via un aumento dei costi per i consumatori.

È vero che la nuova regolamentazione rende più facilmente accessibile il mercato italiano a nuovi entranti, ma anche il nuovo entrante si troverà nella condizione di dover competere sul terreno delle commissioni per gli agenti.

L'ipotesi che i costi per il consumatore aumenteranno è confortata dai risultati della letteratura accademica. Infatti, le caratteristiche di efficienza dei sistemi distributivi basati sulla rete agenziale esclusiva in relazione a quelli basati sulla figura dell'agente indipendente (broker o agente plurimandatario) sono state al centro di un dibattito economico incentrato sull'evoluzione dei modelli di distribuzione adottati dall'industria americana.

Numerosi studi accademici si sono interrogati su quale fosse l'impatto sui costi della scelta del modello distributivo. La loro conclusione è pressoché univoca: le reti agenziali in esclusiva consentono di abbattere i costi medi della distribuzione e di offrire prezzi più contenuti agli assicurati. Al riguardo si veda per tutti, Reagan e Tennyson (2000) Insurance Distribution System, in Handbook of Insurance, edit by G. Dionne (pagg. 709-728). "*The one unquestioned conclusion arising from this literature is that in property-liability insurance direct writers* (che includono gli agenti in esclusiva n.d.r) *have lower underwriting costs on average than independent agency insurers* (che includono broker e agenti non in esclusiva n.d.r.)"

Questo è il motivo per cui negli Stati Uniti la quota di mercato degli agenti indipendenti è fortemente scesa nel tempo. Ancora nel primo dopoguerra la

distribuzione era svolta esclusivamente con agenti indipendenti. Nel 1975 la quota di mercato delle reti in esclusiva era pari a circa il 30%; nel 2000 raggiungeva il 60%. La dinamica è documentata dalla figura, riprodotta da BEST's REVIEW, Review/Preview, Property Casualty, January 2000, p. 9.

In particolare, la quota di mercato delle imprese che operano con reti in esclusiva è pari al 70% nell'assicurazione delle famiglie (c.d. personal lines insurance), che comprendono l'assicurazione auto e contro i danni derivanti dalla proprietà della casa.

La questione rilevante, con particolare riferimento agli Stati Uniti, è dunque quella relativa alla coesistenza delle due tipologie di canali distributivi.

Secondo molti autori la rete degli agenti indipendenti è in grado di sopravvivere alla concorrenza in quanto offrirebbe un servizio diverso, rivolto alla gestione di rischi più complessi, mentre gli agenti sarebbero specializzati per un servizio più standardizzabile e laddove prevale una logica di prezzo (come per esempio nel segmento delle piccole imprese).

In particolare sono coerenti con queste ipotesi i risultati di Berger, Cummins e Weiss, "The Coexistence of Multiple Distribution Systems for Financial Services: The Case of Property-Liability Insurance", *The Journal of Business* (Oct. 1997). Lo studio trova che la profit efficiency delle compagnie che usano agenti in esclusiva non è significativamente diversa da quella delle imprese che usano agenti indipendenti.

La considerazione di policy più importante che ne emerge è che la prevalenza di un modello di distribuzione piuttosto che un altro deve dunque interpretarsi come il riflesso della composizione della domanda, che discende dalle preferenze degli stessi consumatori. Se ne deduce che la soppressione "regolamentare" di uno dei due sistemi di distribuzione è inefficiente e in grado di determinare dei costi economici e sociali.

REGOLAMENTO ISVAP N. 5 IN MATERIA DI INTERMEDIAZIONE ASSICURATIVA

Nel supplemento ordinario n. 200 alla Gazzetta Ufficiale n. 247 del 23 ottobre 2006 è stato pubblicato il Provvedimento ISVAP del 16 ottobre 2006, recante il Regolamento in materia di intermediazione assicurativa.

Successivamente, il d.l. 28 dicembre 2006, n. 300 (c.d. decreto milleproroghe) ha stabilito la proroga al 1° febbraio 2007 dell'entrata in vigore del Registro degli intermediari di assicurazione.

Infine, la legge di conversione del d.l. n. 17/2007 ha fissato definitivamente al 28 febbraio 2007 la data di entrata in vigore del Registro.

1. La struttura del regolamento

Il Regolamento è composto da sei Parti

La Parte I reca le definizioni e stabilisce l'ambito di applicazione della normativa regolamentare.

La Parte II disciplina le modalità di accesso all'attività di intermediazione con l'istituzione del Registro unico degli intermediari, prevedendo la definizione dei requisiti necessari a seconda delle sezioni in cui è suddiviso il registro stesso. Vengono quindi regolati i procedimenti per l'iscrizione, la cancellazione, la reiscrizione e il passaggio ad altra sezione del registro. Si disciplinano infine la modalità di esercizio dell'attività di intermediazione in regime di stabilimento e di libera prestazione del servizio "attiva" e "passiva".

La Parte III regola l'esercizio dell'attività di intermediazione e rappresenta indubbiamente la sezione più rilevante del regolamento, in quanto detta le disposizioni che presiedono al corretto svolgimento dell'attività distributiva, sia per quanto riguarda gli adempimenti nei confronti dell'Autorità di controllo sia per quanto concerne gli obblighi di diligenza, correttezza, trasparenza, professionalità e di informativa nei confronti dei contraenti. Vengono inoltre dettate specifiche disposizioni per le reti di vendita piramidali e per i contratti di assicurazione venduti a distanza.

La Parte IV stabilisce la sanzioni disciplinari a carico degli intermediari.

La Parte V reca la disciplina transitoria per l'iscrizione nel registro degli intermediari già operanti.

La Parte VI rinvia a successive disposizioni la regolazione delle modalità di invio delle informazioni all'ISVAP, anche in formato elettronico; detta disposizioni per la risoluzione stragiudiziale delle controversie e per la presentazione di reclami riguardanti gli intermediari e abroga, in tutto o in parte, talune circolari dell'Istituto.

Al di là delle disposizioni strettamente connesse con l'iscrizione nel registro, la normativa di contenuto più rilevante riguarda i requisiti di professionalità degli intermediari, l'aggiornamento professionale e le regole di presentazione dei contratti alla clientela.

2. Il ricorso al TAR del Lazio

L'ANIA, unitamente alle associazioni di categoria degli agenti e dei broker – SNA e AIBA – si è avvalsa della facoltà di ricorrere al TAR del Lazio per chiedere l'annullamento del Regolamento ISVAP n. 5.

In particolare, sono stati mossi rilievi al procedimento di adozione del Regolamento con riferimento alla violazione dei principi generali in materia di partecipazione al procedimento amministrativo nelle sue modalità di consultazione.

Sono stati inoltre ravvisati eccessi di potere in fase di regolamentazione di singoli istituti con riguardo alle disposizioni normative di rango primario dettate dal Titolo IX del Codice delle assicurazioni.

Ci si riferisce, in particolare, all'ipotesi di doppia iscrizione degli intermediari nelle sezioni degli agenti e dei loro collaboratori, nel caso di distribuzione di contratti di assicurazione auto, a fronte della norma del Codice che prevede l'iscrizione in un'unica sezione del registro.

Ancora, si è criticata la disposizione regolamentare che limita l'iscrizione degli istituti di credito in una sezione dedicata del Registro contrariamente alla disposizione del Codice che prevede invece la libertà di iscrizione salvo rispettare il principio di un'unica sezione di destinazione.

Infine, si è sottolineata la criticità del disposto che prevede l'apertura di un unico conto corrente "separato", anche per gli agenti plurimandatari, nella misura in cui la disposizione in parola non risulta coerente con le finalità delle disposizioni di rango primario di tutela dei diritti delle imprese e degli assicurati.

Il TAR del Lazio si è pronunciato al riguardo rigettando i ricorsi presentati da ANIA, SNA e AIBA.

LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEI CONTRATTI OFFERTI NEI RAMI DANNI

Ai sensi dell'art. 52 del Regolamento ISVAP n. 5 del 2006, l'intermediario è tenuto a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze assicurative del contraente. A tal fine, le imprese impartiscono istruzioni agli intermediari di cui si avvalgono, affinché questi ultimi acquisiscano dal contraente, in fase pre-contrattuale, ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza del contratto offerto in relazione alle sue esigenze assicurative.

Sulla base di tale assunto, l'ANIA ha elaborato delle linee guida al fine di offrire al mercato un primo riferimento utile alla valutazione dell'adeguatezza dei contratti assicurativi offerti nei rami danni auto e non auto alla potenziale clientela.

È importante sottolineare come la capacità consulenziale nell'offerta del prodotto più adeguato alle necessità del contraente è uno degli strumenti compe-

titivi più importanti nel modello di servizio di ogni impresa e di ogni intermediario assicurativo.

L'articolazione delle linee guida prevede nella prima parte l'esplicazione dell'ambito applicativo relativo ai contratti di massa sottoscritti da un consumatore, inteso come *"la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale o professionale eventualmente svolta"*, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 206 del 2005, Codice del consumo.

Successivamente, sono riportate delle indicazioni generali sulle informazioni da acquisire – raggruppate in macrocategorie – che potrebbero risultare utili alla valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto.

Si tratta delle informazioni relative al contraente e alle sue aspettative in termini di obiettivi, eventuale situazione assicurativa pregressa e soggetti da tutelare.

Nel caso in cui il contratto venga stipulato per ottemperare a un obbligo di legge, vanno raccolte le informazioni necessarie a verificare che il soggetto abbia l'obbligo di assicurarsi e che il contratto sia in regola con le previsioni normative e con le esigenze dichiarate dal contraente.

La prestazione offerta dal contratto è un elemento cruciale per allineare le aspettative del contraente con il prodotto assicurativo offerto. A tal fine, può risultare utile richiedere ad esempio quale tipologia di rimborso l'assicurando desidera percepire e quale sia l'obiettivo che egli si propone con il risarcimento.

La durata della polizza rimane un fattore meritevole di attenzione. Può quindi essere utile rilevare la validità temporale che il contraente intende attribuire allo stipulando contratto. Tale informazione potrebbe facilitare la consapevolezza da parte del contraente sulla necessità di rinnovare il contratto o di darne disdetta qualora dovesse cambiare idea a proposito sia della durata contrattuale che delle altre caratteristiche del prodotto.

Un altro elemento degno di considerazione, affinché un contratto risulti effettivamente modellato sulle necessità del contraente, è costituito dalla valutazione delle disponibilità economiche che il contraente intende destinare alle sue esigenze assicurative.

Sono quindi fornite alcune esemplificazioni che suggeriscono situazioni in cui il contratto potrebbe non essere adeguato alle esigenze del contraente a seconda delle informazioni disponibili.

Infine, sono riportati alcuni modelli di dichiarazione utili allo scopo di documentare l'attività svolta e le volontà del contraente.

L'ASSICURAZIONE E LA STRATEGIA DI LISBONA

Di recente le Istituzioni europee hanno espresso un forte richiamo sulla strategia di Lisbona e ai suoi obiettivi prioritari: la crescita economica e l'occupazione.

Il settore assicurativo, consapevole dell'importanza del proprio ruolo nel sistema economico europeo, ha raccolto la sfida nella certezza di poter recare un utile contributo allo sviluppo e alla competitività dell'Europa; ha quindi condotto, attraverso il CEA, uno studio volto a sottolineare l'apporto che può dare nel soddisfare le nuove esigenze che la società esprime in tanti campi diversi trasformandole, laddove possibile, da oneri per lo Stato, che in quanto tali dovrebbero essere contenuti, in occasioni di sviluppo per l'economia.

Nel documento il CEA ha individuato una serie di aree di intervento in cui è possibile stimolare la produttività del sistema economico come, ad esempio, una maggiore diversificazione dei servizi assicurativi alle imprese, una organizzazione più efficace dei mercati finanziari e della raccolta dei capitali, l'individuazione di nuove forme di copertura dei lavoratori in termini di welfare, il contenimento della dinamica dei costi dell'attività assicurativa e, quindi, dei prezzi dei suoi prodotti.

Infine, facendo riferimento ai cambiamenti demografici e sociali in atto e alla comparsa di nuove esigenze (pensioni e tutela della salute) e di nuovi rischi (cambiamenti climatici e sviluppi tecnologici), il CEA ha sottolineato l'importanza di una stretta collaborazione fra gli assicuratori e le istituzioni a beneficio di numerosi settori: dalla tutela dei lavoratori e degli anziani alla protezione del reddito e alla prevenzione degli infortuni, dalla copertura delle catastrofi naturali all'espansione del commercio internazionale.

NUOVO PIANO D'AZIONE SUI SERVIZI FINANZIARI

Il Libro Bianco, con cui la Commissione europea ha illustrato il Piano d'azione sui servizi finanziari per il quinquennio 2005-2010, ha identificato fra le priorità del legislatore comunitario l'applicazione del principio della "better regulation", che dovrebbe trovare applicazione, da un lato, attraverso la realizzazione di analisi d'impatto nei riguardi della legislazione esistente e, dall'altro, attraverso la codificazione e la semplificazione dell'"acquis communautaire".

Per quanto concerne il primo aspetto, la Commissione europea si è impegnata a svolgere sistematicamente delle valutazioni d'impatto basate su un'analisi costi/benefici prima del lancio di ogni nuova iniziativa legislativa, così come a effettuare analoghe valutazioni a seguito del suo recepimento negli ordinamenti degli Stati membri, al fine di evitare eccessi regolamentari (c.d. gold-plating). Questo esercizio dovrebbe essere attuato in maniera rigorosa, trasparente e con una sistematica consultazione e partecipazione di tutte le parti

interessate, considerando non solo i costi amministrativi ma anche tutti gli oneri finanziari conseguenti all'applicazione del provvedimento allo studio.

Con riferimento alla codificazione dell'"acquis communautaire" del settore assicurativo, la Commissione europea sta preparando un Testo Unico della vigente legislazione vita e danni (a esclusione delle direttive auto), che verrà pubblicato nel mese di luglio 2007 sotto forma di una proposta di direttiva in cui rientreranno anche le disposizioni quadro del nuovo regime prudenziale Solvibilità II (su cui si riferisce in dettaglio in altra sede), nonché una serie di disposizioni innovative concernenti l'esercizio del controllo e l'informazione.

Parallelamente, la Commissione europea sta procedendo alla codificazione "à droit constant" delle cinque direttive r.c. auto, con limitate modifiche su alcune disposizioni di contorno. A Bruxelles sono peraltro in corso delle riflessioni riguardanti l'elaborazione, in un futuro più o meno prossimo, di una nuova direttiva r.c. auto che potrebbe prevedere, fra l'altro: un termine di prescrizione uniforme per le controversie transfrontaliere in materia di lesioni personali conseguenti a sinistri stradali, un barème medico-legale europeo per la valutazione e il risarcimento dei danni alla persona conseguenti ai medesimi sinistri, una copertura assicurativa "no-fault" a favore dei c.d. utenti deboli della circolazione stradale.

INDAGINE DELLA COMMISSIONE EUROPEA SULLA "BUSINESS INSURANCE": OSSERVAZIONI DEL CEA

Nell'agosto 2005 la Direzione Generale per la Concorrenza della Commissione europea ha lanciato una serie di indagini nel campo dei servizi finanziari che coinvolgono anche il settore assicurativo investendo, in particolare, la "business insurance". Nel gennaio 2007 la Commissione ha pubblicato un rapporto preliminare su questo specifico tema, avviando una consultazione pubblica aperta a tutti i soggetti interessati, che si è conclusa nel mese di aprile.

Il rapporto preliminare della Commissione prende in esame alcuni punti della "business insurance" di possibile rilievo sul piano concorrenziale, fra i quali figurano: la sua redditività, la durata dei contratti, le cessioni in riassicurazione, funzioni e remunerazione dei canali di distribuzione e gli effetti della cooperazione fra imprese (c.d. cooperazione orizzontale) autorizzata dal regolamento d'esenzione n. 358/2003.

Il CEA ha preso ufficialmente posizione sul rapporto inviando un contributo scritto alla Commissione che si sofferma, in particolare, sui risultati finanziari dell'attività allo studio e sulla cooperazione orizzontale fra imprese.

Con riferimento alla valutazione della redditività del settore, la Federazione europea degli assicuratori ha manifestato serie perplessità sulla metodologia adottata ai fini dell'indagine, sottolineando l'esigenza di tener conto, da un

lato, della natura ciclica dell'attività assicurativa e quindi di assumere a base di qualsiasi analisi in argomento un arco di tempo di durata sufficiente e, dall'altro, di utilizzare un indicatore affidabile della redditività come il "costo del capitale" o il "return on equity" (ROE), in luogo del combined ratio che non tiene conto del livello di rischio collegato all'attività né, conseguentemente, del livello di capitale richiesto a supporto della stessa.

Per quanto concerne poi le forme di cooperazione fra imprese autorizzate dal predetto regolamento d'esenzione, in scadenza il 31 marzo 2010, e cioè gli accordi riguardanti calcoli e studi in comune, l'elaborazione di condizioni uniformi di polizza, la copertura in comune di certi rischi e la messa a punto di dispositivi di sicurezza, il CEA ha riaffermato la necessità di conservarlo, mettendo in luce i benefici che lo stesso ha prodotto a vantaggio delle imprese, degli utenti e dell'intera economia e ha chiesto, inoltre, di estenderlo agli accordi concernenti la liquidazione dei sinistri.

La Commissione si riserva ora di valutare le osservazioni del CEA insieme a quelle pervenutele da altre fonti e di pubblicare un rapporto definitivo sull'esito della sua indagine entro il prossimo autunno.

DIRETTIVA SUI SERVIZI NEL MERCATO INTERNO

La direttiva sui servizi nel mercato interno n. 2006/123/CE è stata definitivamente approvata dal Consiglio dell'Unione Europea l'11 dicembre 2006 e pubblicata sulla GUUE del 27 dicembre.

Il provvedimento promuove l'integrazione del mercato interno agevolando la libertà di stabilimento dei prestatori e la libera circolazione dei servizi fra Stati membri, intendendosi per servizio qualsiasi attività economica non salariata di cui all'art. 50 del Trattato, fornita normalmente dietro retribuzione.

Restano peraltro escluse dal suo campo d'applicazione numerose attività, fra cui i servizi d'interesse generale, i servizi sociali, i servizi medico-sanitari, i servizi privati di sicurezza, i servizi di trasporto, i servizi audiovisivi, i servizi e le reti di comunicazione, nonché, in particolare, i servizi finanziari, ivi compresi quelli assicurativi, perché già liberalizzati.

Nel disciplinare la libertà di stabilimento dei prestatori e la libera circolazione dei servizi, la direttiva prevede l'adozione di procedure amministrative semplificate prescrivendo, fra l'altro, agli Stati membri, l'apertura di uno sportello unico, in connessione con il diritto all'informazione espressamente riconosciuto sia ai prestatori sia ai destinatari di servizi.

Inoltre, essa attribuisce agli Stati membri la facoltà di subordinare l'attività nel proprio territorio in libertà di stabilimento a un regime autorizzatorio e quella in libertà di prestazione al possesso di determinati requisiti – a condi-

zione che le relative disposizioni siano non discriminatorie, giustificate da un motivo di interesse generale e commisurate a tale obiettivo – affidando il controllo di dette attività rispettivamente agli Stati membri di stabilimento e di prestazione di servizi, non senza prevedere una stretta collaborazione fra gli uni e gli altri in riferimento a questa seconda attività.

Infine, per quanto riguarda gli aspetti assicurativi, il legislatore comunitario ha lasciato agli Stati membri ampia libertà di scelta in merito alle soluzioni più adeguate per la "tutela di un rischio diretto e particolare per la salute e la sicurezza del destinatario del servizio o di un terzo" e ha concesso la facoltà agli Stati membri di prevedere in capo ai prestatori di servizi la stipula di un'assicurazione di responsabilità civile professionale commisurata alla natura e alla portata del rischio, o la fornitura di una garanzia o la previsione di altre "disposizioni" analoghe o essenzialmente comparabili quanto a finalità.

La direttiva è entrata in vigore l'indomani della sua pubblicazione in Gazzetta; la sua disciplina dovrà essere recepita e attuata dagli Stati membri entro il 28 dicembre 2009.

PROPOSTA DI DIRETTIVA ACQUISIZIONI E INCREMENTI DI PARTECIPAZIONI

Il 12 settembre 2006 la Commissione europea ha presentato una proposta di direttiva che modifica le direttive 92/49/CE, 2002/83/CE, 2004/39/CE, 2005/68/CE e 2006/48/CE mirando a migliorare la certezza giuridica, la chiarezza e la trasparenza della valutazione prudenziale richiesta alle autorità di vigilanza in riferimento alle acquisizioni e agli incrementi di partecipazioni concernenti i settori bancario, assicurativo e mobiliare.

Il provvedimento modifica considerevolmente la normativa esistente, che autorizza genericamente le autorità di vigilanza competenti a vietare dette operazioni se ritenute suscettibili di compromettere la "gestione sana e prudente" dell'impresa, stabilendo una regolamentazione uniforme per quanto concerne sia la procedura da seguire che i criteri da adottare ai fini della valutazione delle operazioni considerate.

Da un lato, infatti, il provvedimento prescrive che la procedura di valutazione venga svolta dall'autorità competente nel termine di sessanta giorni, termine che può essere sospeso per un massimo di venti giorni (o di trenta giorni, se l'acquirente ha la propria sede al di fuori dell'Unione Europea) per l'assunzione di informazioni supplementari, non senza aver consultato le altre autorità interessate.

Dall'altro, esso detta cinque criteri oggettivi di valutazione delle operazioni in esame, che concernono: la reputazione e la solidità finanziaria del candidato acquirente, la reputazione e l'esperienza delle persone che saranno chiamate a dirigere l'impresa, la capacità di quest'ultima di continuare ad adempiere ai suoi obblighi, l'eventualità che l'operazione favorisca il riciclaggio o il finanziamento del terrorismo.

Se entro il termine sopra indicato le autorità competenti non si oppongono per iscritto all'operazione, essa deve essere considerata approvata.

Il testo, che è stato approvato dal Parlamento europeo ed è stato oggetto di accordo politico in sede di Consiglio, dovrebbe essere adottato definitivamente in tempi brevi e recepito nelle legislazioni nazionali entro diciotto mesi dalla data della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea.

PROPOSTA DI DIRETTIVA SULLA TRASFERIBILITÀ DEI DIRITTI ALLA PENSIONE COMPLEMENTARE

Nell'ottobre 2005 la Commissione europea ha presentato una proposta di direttiva volta ad accrescere la flessibilità del mercato del lavoro, agevolando sia la libera circolazione dei lavoratori fra Stati membri che la loro mobilità all'interno di uno stesso Stato membro, disciplinando opportunamente la trasferibilità dei diritti alla pensione complementare.

In materia di regimi pensionistici complementari, il provvedimento fissa una serie di norme minimali fra cui: le condizioni di acquisizione dei diritti alla pensione sia in termini di età minima richiesta che in termini di tempi massimi di occupazione e di iscrizione; la salvaguardia dei diritti acquisiti presso il regime pensionistico complementare connesso con il precedente rapporto di lavoro, mediante il loro trasferimento o il pagamento al lavoratore di un capitale; la facoltà per il lavoratore di ottenere, a richiesta, entro diciotto mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro, il trasferimento, entro uno Stato membro o verso altro Stato membro, di tutti i diritti pensionistici acquisiti senza indebite penalizzazioni; l'obbligo per detti regimi di informare compiutamente i lavoratori delle conseguenze della cessazione del rapporto di lavoro sui loro diritti pensionistici.

Il provvedimento ha iniziato il consueto iter legislativo presso il Parlamento Europeo e il Consiglio fra numerose difficoltà determinate dal timore che alcune sue disposizioni influiscano negativamente sullo sviluppo della previdenza integrativa e che altre modifichino in profondità la situazione esistente in taluni Stati membri.

Una soluzione di compromesso attualmente allo studio delle istituzioni europee consisterebbe nel procedere con gradualità sulla via della liberalizzazione, introducendo nell'articolato opportune modifiche, nonché una clausola di revisione che faccia carico alla Commissione europea di proporre entro cinque anni delle nuove disposizioni che realizzino appieno la trasferibilità dei diritti alla pensione complementare atte ad agevolare ulteriormente la libera circolazione dei lavoratori.

Tuttavia, nel Consiglio di fine maggio, il governo olandese si è espresso negativamente sul provvedimento, rallentandone l'approvazione. Conseguentemente, la Commissione europea dovrebbe predisporre una proposta di direttiva modificata dopo l'estate.

PROPOSTA DI REGOLAMENTO ROMA I

Nel dicembre 2005 la Commissione europea ha presentato una proposta di regolamento concernente la scelta della legge applicabile alle obbligazioni contrattuali (c.d. Roma I) allo scopo di tradurre le disposizioni di diritto internazionale privato contenute nella Convenzione di Roma del 1980 nella legislazione comunitaria.

Sul piano assicurativo, la proposta iniziale non sollevava problemi particolari perché, riprendendo molto da vicino detta Convenzione, le sue disposizioni avrebbero continuato ad applicarsi soltanto ai contratti di riassicurazione e a quelli di assicurazione diretta aventi per oggetto rischi extracomunitari, mentre i contratti di assicurazione diretta concernenti rischi ubicati nell'Unione Europea avrebbero continuato ad essere disciplinati dalle regole di conflitto stabilite dalle direttive di settore.

Tuttavia, in sede di esame della proposta di regolamento presso il Parlamento europeo e il Consiglio, è stato suggerito di estenderlo a tutto il settore assicurativo, sia pure con alcuni emendamenti destinati a tenere conto delle sue specificità.

Questa prospettiva è peraltro motivo di diffusa preoccupazione, in considerazione della complessità della materia da disciplinare e del fatto che l'approvazione ormai prossima del regolamento non consente di svolgere i necessari approfondimenti. Conseguentemente, le autorità competenti stanno valutando la possibilità di soprassedere all'inclusione del settore nel regolamento, in attesa che la Commissione effettui le opportune verifiche.

PROPOSTA DI REGOLAMENTO ROMA II

L'adozione (o l'accantonamento) di questa seconda proposta di regolamento riguardante la scelta della legge applicabile alle obbligazioni non contrattuali (c.d. Roma II) dipende dall'esito della procedura di conciliazione avviata recentemente fra Parlamento europeo e Consiglio al fine di appianare le divergenze di opinione manifestate sul suo testo da queste due istituzioni nell'ultima fase del suo iter legislativo.

Fra le questioni in sospeso, per il settore assicurativo sono motivo di seria preoccupazione due emendamenti del Parlamento europeo in tema di risarcimento delle lesioni personali conseguenti a sinistri stradali.

In effetti, il Parlamento europeo da un lato si propone di riconoscere al giudice un'ampia discrezionalità nella valutazione delle lesioni in parola, e dall'altro di prescrivere l'applicazione della legge del paese di residenza della vittima (lex damni), in luogo della legge del paese del sinistro (lex loci delicti), che continuerebbe tuttavia a regolare tutti gli altri aspetti del sinistro.

Se la procedura di conciliazione, la cui conclusione è attesa entro breve, avrà esito positivo, il nuovo regolamento entrerà in vigore negli Stati membri entro il termine di diciotto mesi dalla sua adozione e successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea.

VERSO LA GLOBALIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

Il rilancio dei negoziati sulla globalizzazione, avviati nel 2001 dall'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), era stato deciso dalla conferenza ministeriale di Hong Kong di dicembre 2005, che ne aveva ridefinito tempi e modalità, facendo rinascere la speranza di arrivare a un risultato entro la fine del 2006.

In particolare, il calendario dei negoziati sui servizi, che è basato sulla procedura "richiesta/offerta", prevedeva la presentazione delle nuove richieste di liberalizzazione entro il mese di febbraio 2006, la messa a punto delle offerte entro il 31 luglio dello stesso anno e la definizione degli impegni entro il 31 ottobre 2007.

Tuttavia, il mancato accordo sulla riduzione dei sussidi in campo agricolo e sui tagli tariffari per i beni industriali tra Stati Uniti, Unione Europea e G20 (e cioè i 20 paesi più sviluppati tra quelli in via di sviluppo) ha determinato, nel luglio 2006, la sospensione delle trattative, ivi comprese quelle sui servizi.

A seguito della conferenza ministeriale di Davos del gennaio 2007, la Commissione europea ha cercato di rilanciare i lavori allo scopo di concludere la tornata negoziale a fine anno o agli inizi del 2008, senza peraltro trascurare alcune iniziative plurilaterali che potrebbero portare a una nuova generazione di accordi di libero scambio con una serie di paesi delle aree emergenti.

Iniziative di questo tipo potrebbero interessare i paesi dell'Asean, l'India, la Corea del Sud e alcuni paesi dell'America Latina (paesi della comunità andina e dell'America centrale) e dovrebbero mirare a un alto grado di liberalizzazione degli scambi, compresi i servizi e gli investimenti, garantendo un migliore accesso ai mercati.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ATTIVI A COPERTURA

In data 28 febbraio l'ISVAP ha emanato in pubblica consultazione un documento contenente nuove disposizioni in materia di investimenti a copertura delle riserve tecniche e di attivi sottostanti i contratti unit linked. Il documento presenta novità estremamente importanti per il settore assicurativo, sia per quanto concerne la diversificazione degli investimenti che per lo sviluppo dell'offerta di prodotti assicurativi.

Le novità introdotte, come dichiarato nella relazione di presentazione del documento, appaiono in linea con le aperture realizzate da altre Autorità europee anche in settori contigui a quello assicurativo.

Le innovazioni previste dalle nuove disposizioni prevedono nuovi limiti quantitativi e qualitativi richiesti per alcune categorie di investimenti a copertura delle riserve tecniche e l'introduzione di una nuova tipologia di attivi denominata "Investimenti alternativi".

Tra le modifiche ai vigenti limiti per le categorie degli investimenti a copertura delle riserve tecniche si segnala, in particolare, l'innalzamento del limite massimo di investimento nei fondi immobiliari dal 5% al 10% e l'innalzamento al 6% del limite massimo di indicizzazione delle prestazioni agli hedge funds per quanto concerne i contratti unit linked e nello specifico quelli collegati a fondi interni.

La nuova macroclasse "Investimenti alternativi", prevista dalle disposizioni, comprende investimenti in azioni o quote di OICR aperti non armonizzati ai sensi della direttiva 85/611/CEE, in fondi riservati e in fondi speculativi.

Tali attività potranno concorrere (nel presupposto che il provvedimento che verrà emanato dall'ISVAP corrisponda al documento in pubblica consultazione) alla copertura delle riserve tecniche nel limite massimo complessivo del 10%, essendo, tuttavia, presenti dei sottolimiti per le quote di fondi riservati e di fondi speculativi di diritto comunitario nonché limiti di concentrazione per singolo fondo.

Gli OICR aperti non armonizzati, a seconda dell'investimento in essi prevalente, saranno assimilati agli investimenti azionari o a quelli obbligazionari; i fondi riservati e speculativi saranno invece sempre assimilati a investimenti azionari non quotati.

Le nuove disposizioni, ancora non emanate, pur mostrando come l'Autorità di Vigilanza abbia tenuto conto delle istanze rappresentate in più occasioni dal settore assicurativo con riferimento alle nuove possibilità di investimento a oggi presenti nei mercati finanziari, presentano ancora margini di ulteriori

modifiche che consentirebbero di cogliere maggiormente le opportunità offerte dal mercato finanziario, come accade in settore contigui a quello assicurativo, nonché di accrescere ulteriormente la flessibilità operativa delle imprese di assicurazione. L'ANIA ha presentato alcuni commenti al documento ISVAP che, si ricorda, era in pubblica consultazione sino allo scorso 23 marzo. Le principali osservazioni proposte sono di seguito sinteticamente descritte:

- Il documento in pubblica consultazione prevede che la nuova categoria degli investimenti alternativi non possa superare il 10% delle riserve da coprire. In considerazione della molteplicità di investimenti che tale categoria include (OICR aperti non armonizzati, fondi riservati e fondi speculativi) è stato proposto di portare al 15% tale limite e di non prevedere sottolimiti per le diverse tipologie di investimento in essa contenuti e, comunque, di ammettere in questa categoria tutti i fondi speculativi autorizzati dalla Banca d'Italia.
- Con riferimento ai limiti previsti per i fondi interni collegati a prodotti unit linked si è proposto di consentire l'investimento diretto in fondi speculativi da parte dei fondi interni delle polizze unit linked (analogamente a quanto consentito dalla Banca d'Italia per i fondi comuni aperti di diritto italiano non armonizzati e non riservati), con un limite del 20% del totale delle attività.
- Il documento in pubblica consultazione prevede un incremento del limite di investimento in fondi comuni di investimento immobiliare dal 5% al 10%. In considerazione del fatto che i fondi immobiliari potrebbero non essere meno trasparenti o liquidi degli immobili detenuti direttamente e che, specialmente per le imprese più piccole, essi possono favorire un aumento del livello di diversificazione, si è proposto di avvicinare il più possibile il limite di investimento a quello previsto per l'investimento diretto in immobili (40%). Ciò anche in considerazione del prevedibile sviluppo che l'offerta di questa tipologia di investimento avrà nel prossimo futuro.
- Il documento in pubblica consultazione non tratta esplicitamente della categoria degli investimenti in Siiq (società di investimento immobiliare quotate). Come è noto l'art. 1, ai commi da 119 a 141, della Legge n. 296 del 27 dicembre 2006 (Legge Finanziaria per il 2007), ha previsto l'introduzione in Italia delle Società di investimento immobiliare quotate (di seguito "Siiq") che presentano un profilo di rischiosità molto contenuto in quanto obbligate a svolgere in via prevalente attività di locazione immobili. Al fine di poter cogliere l'opportunità offerta dalla suddetta novità normativa e accrescere la flessibilità operativa delle imprese di assicurazione, è stato quindi proposto di far rientrare questa tipologia di investimenti nell'ambito delle attività ammissibili a copertura con limiti simili a quelli dei fondi immobiliari.

SOLVENCY II

Verso la proposta di Direttiva

La Commissione europea è impegnata nella redazione della proposta di Direttiva, attesa per la prima decade di luglio, che conterrà i principi fondamentali del nuovo regime di vigilanza prudenziale.

Nel lavoro di stesura, i servizi della Commissione consultano l'EIOPC (il Comitato composto da rappresentanti degli Stati membri), per quanto riguarda gli orientamenti politici, e si avvalgono della consulenza del CEIOPS (il Comitato composto da rappresentanti delle Autorità di vigilanza), per quanto concerne gli aspetti tecnici. Il Comitato dei *supervisors*, oltre all'emanazione dei numerosi pareri tecnici su specifici aspetti del futuro regime di solvibilità, è impegnato nel coordinamento degli studi di impatto quantitativo (QIS), indispensabili per stimare le conseguenze finanziarie delle norme proposte.

Trattandosi di direttiva contenente – ai sensi della cosiddetta "procedura Lamfalussy" – i soli principi generali, essa dovrà essere completata da disposizioni di attuazione ("*implementing measures*"), che disciplineranno gli aspetti di dettaglio.

La proposta di Direttiva, che dopo la presentazione ufficiale sarà sottoposta al vaglio del Parlamento europeo e del Consiglio, non includerà solo le nuove disposizioni in materia di solvibilità e di vigilanza prudenziale, ma costituirà occasione per una razionalizzazione di buona parte della normativa comunitaria vigente in materia assicurativa. Con la proposta, infatti, si procederà alla codificazione di numerose direttive esistenti (vita, non vita, gruppi assicurativi, riassicurazione), con l'esclusione di quelle in materia di r.c. auto e conti annuali.

Il testo presentato dalla Commissione europea sarà accompagnato, in coerenza con i principi di *"better regulation"*, da una valutazione dell'impatto ("*Impact Assessment*") che le nuove regole avranno su imprese di assicurazione, Autorità di vigilanza, prodotti e mercati assicurativi, consumatori e piccole e medie imprese.

I principi generali alla base di "Solvency II"

Solvency II poggerà su alcuni principi fondamentali:

- approccio *"principle-based"*;
- visione economica del bilancio;
- approccio prospettico e *"risk-oriented"*;
- prevalenza della sostanza sulla forma;
- materialità e proporzionalità;
- armonizzazione e convergenza delle pratiche di vigilanza.

Il futuro regime di vigilanza prudenziale, in analogia a quanto previsto da Basilea 2 per le banche, si articolerà su tre pilastri:

- un primo pilastro relativo ai requisiti finanziari;
- un secondo pilastro incentrato su requisiti di tipo qualitativo e sull'attività di vigilanza;
- un terzo pilastro dedicato all'informativa e alla "disciplina di mercato".

Il primo pilastro comprenderà disposizioni relative a:

- i criteri di valutazione di attività e passività;
- la determinazione dei fondi propri e i criteri per la loro ammissibilità ai fini della copertura dei requisiti patrimoniali;
- il calcolo del *Solvency Capital Requirement* (SCR), con particolare riguardo a:
  - la struttura della formula standard;
  - le condizioni di utilizzo dei modelli interni;
- il calcolo del *Minimum Capital Requirement* (MCR);
- gli investimenti a copertura delle riserve tecniche e dell'SCR;
- il calcolo dei requisiti patrimoniali per i gruppi di imprese.

Sul fronte della valutazione di attività e passività, il principio sarà quello della valutazione economica, coerente con i valori espressi direttamente o indirettamente dal mercato.

Le riserve tecniche saranno determinate come somma di una *best estimate* e di un *risk margin,* calcolato quest'ultimo con il criterio del *"cost of capital",* ossia in base al costo del capitale necessario per far fronte agli impegni nei confronti degli assicurati sino a scadenza.

Per quanto concerne i fondi propri e la loro ammissibilità per la copertura dei requisiti patrimoniali, ci si sta orientando verso una classificazione articolata su tre categorie *("tiers"),* sulla base di alcune caratteristiche fondamentali possedute dai vari elementi del patrimonio: il grado di subordinazione rispetto ai diritti degli assicurati, la capacità di assorbire le perdite in caso di liquidazione dell'impresa, il grado di disponibilità, la perpetuità o la durata protratta, l'assenza di costi e di obblighi di rimborso. Si sta altresì valutando l'introduzione di alcuni limiti volti a garantire che gli elementi patrimoniali ammissibili per la copertura del *Solvency* e del *Minimum Capital Requirement* siano di qualità elevata.

Il *Solvency Capital Requirement* è il principale requisito patrimoniale previsto dal nuovo regime: esso corrisponderà al *Value at Risk* (VaR) dei fondi propri dell'impresa con riferimento a un livello di confidenza del 99,5% e a un orizzonte temporale di un anno. L'SCR dovrà coprire le perdite inattese e sarà calibrato in modo da considerare tutti i rischi quantificabili cui l'impresa è esposta.

Il *Solvency Capital* potrà essere calcolato tramite la formula standard, definita dalla normativa e comune a livello europeo, o tramite un modello interno adottato dalle singole imprese.

Il CEIOPS, con un recente parere ([1]), ha fornito una serie di indicazioni sulla struttura della formula standard, struttura che è stata sottoposta a verifica empirica con il terzo Studio di Impatto Quantitativo (QIS 3), svolto da aprile a giugno di quest'anno.

L'utilizzo di modelli interni, totali o parziali, ai fini del calcolo dell'SCR sarà subordinato all'autorizzazione dell'Autorità di vigilanza. L'autorizzazione sarà concessa previa verifica del rispetto di alcune condizioni, fra le quali, probabilmente, le seguenti:

- ampio utilizzo del modello, da parte dell'impresa, a fini di *risk management* e di allocazione del capitale economico;
- requisiti minimi di qualità statistica;
- calibrazione del modello in coerenza con il livello di protezione degli assicurati che l'SCR vuole garantire;
- predisposizione, da parte dell'impresa, di un processo di validazione del modello;
- adeguata documentazione relativa alla struttura del modello.

Quanto all'MCR, che rappresenta la soglia patrimoniale minima al di sotto della quale il livello di rischio diviene inaccettabile per gli assicurati, esso dovrà essere calcolato in modo verificabile, robusto e semplice, coprirà almeno i rischi di *underwriting* e di mercato, avrà una soglia minima espressa in euro. È, questo, un aspetto tuttora oggetto di vivace dibattito in seno alle Autorità comunitarie. L'industria assicurativa europea, tramite il CEA, ha espresso il proprio favore nei confronti di una formula di calcolo che esprima l'MCR come percentuale dell'SCR.

Sugli investimenti delle imprese, Solvency II recepirà il *"Prudent Person Principle"*, che stabilisce il rispetto di principi generali di sicurezza, liquidità, redditività, diversificazione del portafoglio, senza l'imposizione – salvo casi eccezionali e su basi comunque temporanee – di precisi limiti quantitativi agli attivi detenuti.

Benché la vigilanza sulle singole imprese (cosiddetta *"solo supervision")* rimanga il pilastro su cui si fonda l'intero impianto normativo, Solvency II includerà numerose e rilevanti disposizioni sul fronte della vigilanza sui gruppi di imprese. Di particolare importanza, per quanto riguarda i profili di primo pilastro, il riconoscimento dei benefici derivanti dalla diversificazione dei rischi

([1]) CEIOPS, *"Advice to the European Commission in the Framework of the Solvency II Project on Pillar I issues – further advice"*, marzo 2007.

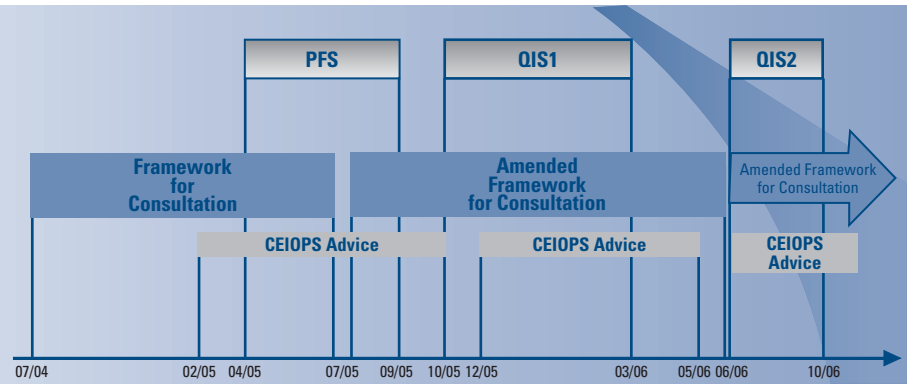
nell'ambito del gruppo e la loro eventuale allocazione – entro certi limiti e con il rispetto di alcune condizioni – alle singole imprese appartenenti al gruppo.

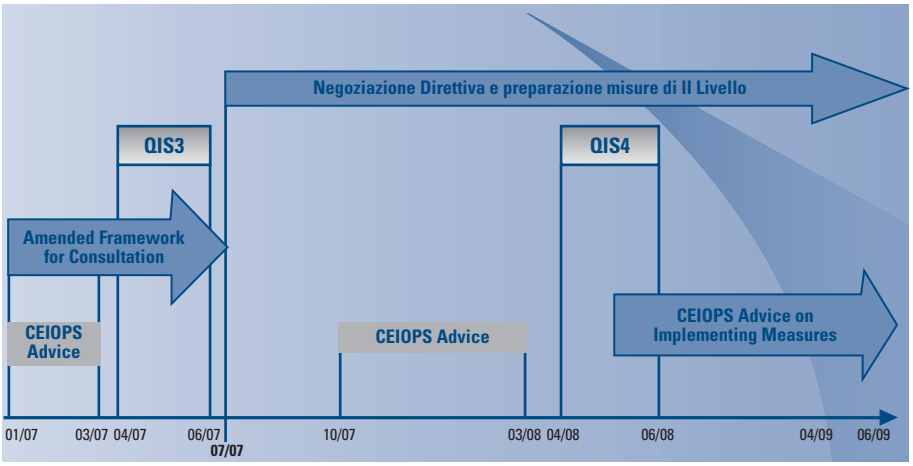
Il secondo pilastro è costituito, da un lato, da norme che concernono la *governance,* il *risk management* e il controllo interno dell'impresa e, dall'altro, dalla disciplina delle attività, degli strumenti e dei poteri della vigilanza.

Sotto il primo profilo, è di particolare rilievo la previsione che l'impresa, nell'ambito del proprio sistema di *risk management,* effettui regolarmente una propria valutazione dei rischi e della posizione di solvibilità (nella terminologia del CEIOPS: "*Internal Risk and Capital Assessment*"). Sotto il secondo profilo, importante è il potere, riconosciuto ai *supervisors,* di imporre alle imprese – in prefissate circostanze – requisiti patrimoniali aggiuntivi rispetto a quelli determinati con formula standard o modello interno ("*capital add-ons*").

Infine, con riguardo al terzo pilastro, oltre a una serie di disposizioni relative ai contenuti e alle modalità dell'informativa alla vigilanza, saranno previsti una serie di obblighi informativi nei confronti del mercato, che toccheranno aspetti quali la *governance*, il *risk management*, la posizione di solvibilità, l'eventuale mancato rispetto dei requisiti patrimoniali.

Solvency II: il *timing*





Fonte: CEIOPS

Il secondo e il terzo studio di impatto quantitativo

Analogamente a quanto avvenuto per il progetto Basilea 2 in ambito bancario, nel progetto Solvency II sono previsti alcuni studi di impatto quantitativo, la cui finalità è quella di testare sul campo metodologie e parametri definiti a livello teorico. Con il secondo e il terzo studio di impatto quantitativo si è entrati nel vivo del progetto Solvency II.

Il secondo studio di impatto quantitativo (QIS 2) è stato condotto nel periodo compreso tra maggio e luglio 2006. Vi hanno partecipato 514 imprese appartenenti a 23 nazioni, raggiungendo una rappresentatività del mercato europeo intorno al 50%. In Italia hanno partecipato 13 compagnie, di cui 4 miste, 3 esercitanti nel ramo danni e 6 nel ramo vita, che rappresentano una quota di mercato nel ramo vita del 37% e nel ramo danni del 30%.

Il QIS 2 ha rappresentato un primo passo per testare, non solo i criteri di valutazione delle riserve tecniche e i margini di prudenza impliciti come avvenuto nel QIS 1 (che era finalizzato a testare modelli di valutazione delle riserve tecniche), ma anche per analizzare l'adeguatezza e l'affidabilità dei vari approcci proposti nella formula standard prevista per il calcolo del *Solvency Capital Requirement* e del *Minimum Capital Requirement*.

I risultati del QIS 2, raccolti dal CEIOPS in un *Summary Report*, sono stati significativamente influenzati dall'impiego di ipotesi e parametri preliminari e dall'adozione di criteri di valutazione degli attivi e dei passivi diversi da quelli attuali, in quanto finalizzati a esprimere le poste di bilancio a un valore market consistent. Lo studio ha consentito di evidenziare alcuni aspetti di rilievo:

- a livello europeo, in media, le riserve tecniche sembrano diminuire, il requisito di capitale (*Solvency Capital Requirement*) e gli elementi a copertura del requisito di solvibilità tendono ad aumentare;
- il solvency ratio, in media, tende a diminuire, rimanendo comunque al di sopra del 100% per la maggior parte delle imprese e nella maggioranza delle nazioni e confermando, pertanto, una generale adeguatezza patrimoniale del settore;
- per quanto concerne le riserve tecniche, la componente di gran lunga più significativa e critica rimane la best estimate delle passività future e quindi l'adozione del citato approccio *market consistent*;
- per il calcolo del risk margin è stata riscontrata una preferenza per l'approccio del "*cost of capital*";
- è emersa anche la necessità di ulteriori analisi per il disegno dell'SCR, dell'MCR e per la determinazione della componente di assorbimento delle perdite delle riserve tecniche.

Il terzo studio di impatto quantitativo (QIS 3), condotto nel periodo aprile-giugno 2007, si pone molteplici obiettivi:

- verificare la praticabilità e l'attendibilità dei calcoli richiesti nel QIS 3;
- analizzare gli impatti sul bilancio e sul patrimonio derivanti dall'applicazione della formula e dei parametri previsti dal QIS 3;
- testare l'adeguatezza della formula standard e dei relativi parametri previsti per il calcolo dei requisiti patrimoniali, ovvero del *Solvency Capital Requirement* e del *Minimum Capital Requirement*;
- verificare la disponibilità presso le imprese dei dati ritenuti necessari per l'implementazione della formula standard;
- ottenere informazioni aggiuntive derivanti dall'impiego dei modelli interni come ulteriore elemento di valutazione dei parametri adottati.

Un ulteriore importante aspetto che contraddistingue il QIS 3, rispetto al precedente studio di impatto, è la presenza di una formula standard sia per l'SCR sia per l'MCR a livello di gruppo. Si ricorda infatti che nel precedente studio era analizzata esclusivamente la formula a livello di singola impresa.

I risultati dello studio saranno resi noti dal CEIOPS nel mese di novembre 2007.

In Italia hanno dichiarato di voler partecipare allo studio di impatto 67 compagnie di assicurazione con sede legale in Italia, rappresentative dell'80% dei premi danni diretti e del 77% delle riserve matematiche; ha aderito al QIS 3 anche la rappresentanza di una impresa con sede in un altro paese dell'Unione Europea.

Come già evidenziato, uno degli aspetti fondamentali del QIS 3 è l'adozione dell'approccio economico nella valutazione delle attività e delle passività. Per queste ultime, in particolare, ciò costituisce un'innovazione e una difficoltà per le compagnie di assicurazione, non solo a livello metodologico ma anche applicativo. Consapevole della complessità del QIS 3, al fine di raggiungere un elevato livello di partecipazione, il CEIOPS ha consentito alle imprese di effettuare lo studio adottando il principio della "*best effort basis*". In altri termini, è stato consentito alle imprese di implementare anche solo parzialmente lo studio, di stimare i risultati sulla base delle informazioni e delle metodologie disponibili e di applicare approcci semplificati nella stima delle riserve tecniche market consistent e del risk margin. L'esercizio ha previsto anche l'adozione del principio della prevalenza della sostanza sulla forma, criterio cardine contenuto anche nei principi contabili internazionali.

Il modello standard del QIS 3 ha una struttura modulare ("*modular approach*") con sezioni suddivise per categoria di rischio: il rischio di mercato, il rischio assicurativo vita, il rischio assicurativo danni, il rischio di fallimento della

controparte, il rischio assicurativo malattia e, infine, il rischio operativo. Per determinare il requisito di capitale finale sono previsti tre passaggi:

- calcolo dei requisiti di capitale relativi a tutte le categorie di rischio, a esclusione del rischio operativo;
- aggregazione dei requisiti di cui al punto precedente e calcolo della componente relativa all'effetto di mitigazione del rischio per *future profit sharing*. Da rilevare anche che il QIS 3 prevede che si tenga conto dell'effetto di diversificazione sia tra le varie categorie di rischio sia tra le relative sottocategorie di rischio.

Questi primi due passaggi portano a definire il *Basic Solvency Capital Requirement* (BSCR). È necessario quindi quantificare il requisito di capitale a fronte del rischio operativo, sommarlo al BSCR e determinare, quindi, il *Solvency Capital Requirement*.

Prima di esaminare i principali rischi oggetto di misurazione nel QIS 3 (il rischio di mercato, il rischio assicurativo vita e il danni), è utile evidenziare gli elementi caratterizzanti il modello standard:

- misura di rischio: VaR con livello di confidenza del 99,5% e orizzonte temporale di un anno;
- valutazione market consistent per attivi e passivi *hedgeable* (le attività e le passività per le quali esistono prezzi di mercato da utilizzare ai fini valutativi);
- valore atteso scontato dei flussi di cassa maggiorato di un risk margin per passivi non *hedgeable* (ovvero approccio best estimate + risk margin);
- risk margin ottenuto tramite il metodo del *cost of capital*;
- semplificazioni previste per le piccole e medie imprese nel calcolo della best estimate, del risk margin e dei requisiti patrimoniali relativi ad alcune categorie di rischio;
- approcci per scenari o approcci fattoriali per la determinazione dei requisiti di capitale relativi alle varie categorie di rischio;
- inclusione degli effetti di mitigazione del rischio derivanti dal *future profit sharing*.

A fronte dei requisiti di capitale, il QIS 3 contiene anche delle indicazioni circa gli elementi costitutivi utilizzabili a copertura dell'SCR e dell'MCR. È richiesta, in particolare, la classificazione degli elementi costitutivi su tre livelli (tier) sulla base delle loro caratteristiche di "*loss absorbency*".

Le principali componenti del nuovo requisito di capitale sono il rischio di mercato, il rischio assicurativo vita e, infine, il rischio assicurativo danni. Evidenziamo di seguito le principali componenti di questi rischi ricordando che anche il rischio operativo potrà assumere livelli significativi ma che, al momento, la formula di calcolo contenuta nel QIS 3 è puramente fattoriale, non collegata quindi agli elementi caratterizzanti in modo specifico i rischi operativi propri di ogni impresa.

1) Il rischio di mercato deriva dalla volatilità dei prezzi degli strumenti finanziari. L'esposizione al rischio è ottenuta valutando l'impatto sul *Net Asset Value* (NAV) di variazioni nelle variabili finanziarie. Per definire il requisito complessivo a fronte del rischio di mercato è necessario aggregare, con una matrice di correlazione fornita dal CEIOPS, i requisiti previsti per le singole sottocategorie di rischio di seguito elencate e sinteticamente descritte.

Rischio di tasso di interesse
- sussiste per tutte le attività e passività, escluse quelle relative alle polizze di tipo linked, il cui valore è sensibile ai cambiamenti nella struttura dei tassi di interesse o alla loro volatilità;
- il requisito di capitale è ottenuto considerando la massima variazione del NAV a fronte di un prefissato rialzo o ribasso dei tassi di interesse.

Rischio azionario
- relativo alle attività e passività il cui valore è sensibile ai cambiamenti nei prezzi delle azioni; questo rischio deve catturare il rischio azionario sistematico (non contenibile attraverso la diversificazione) mentre il rischio azionario idiosincratico viene catturato nella sottocategoria del rischio di concentrazione;
- il requisito di capitale è ottenuto considerando la variazione del NAV a fronte di uno shock sui prezzi delle azioni;
- è possibile testare un approccio alternativo che considera anche la duration del portafoglio.

Rischio immobiliare
- proprio delle attività e passività il cui valore è sensibile ai cambiamenti nei prezzi delle attività immobiliari;
- il requisito di capitale è ottenuto considerando la variazione del NAV a fronte di una riduzione del 20% nei real estate benchmarks;
- è possibile testare un approccio alternativo che considera anche la duration del portafoglio.

Rischio valutario
- si applica alle attività e passività il cui valore è sensibile ai cambiamenti nei tassi di cambio;
- il requisito di capitale è ottenuto considerando la variazione del NAV a fronte di un cambiamento del 20% dei tassi di cambio tra le valute cui si è esposti e la valuta locale (la variazione considerata è quella più sfavorevole tra quella registrata in caso di crescita e diminuzione dei tassi di cambio).

Rischio di spread
- sussiste per gli strumenti finanziari, a esclusione dei titoli di stato, sensibili alla volatilità dei credit spreads rispetto alla struttura dei tassi di interesse risk-free;
- il requisito di capitale è funzione del rating esterno, della duration effettiva e del valore di mercato dell'esposizione al rischio di credito.

Rischio di concentrazione

- è limitato al rischio di concentrazione di esposizioni con la stessa controparte (sono esclusi i titoli di Stato e gli attivi legati a polizze linked);
- il requisito di capitale è funzione del rischio di fallimento della controparte e del rating esterno per la suddetta controparte.

2) Il rischio assicurativo vita deriva dall'incertezza connessa ai rischi assunti e ai processi seguiti nella gestione del business.
Per definire il requisito relativo a questa categoria di rischio è necessario aggregare, con una matrice di correlazione fornita dal CEIOPS, i requisiti previsti per le sottocategorie di rischio di seguito elencate e sinteticamente descritte.

Rischio di mortalità

- riflette il rischio di incertezza in termini di trend e di scelta dei parametri per la parte non considerata nella valutazione delle riserve tecniche;
- il requisito di capitale è ottenuto considerando la variazione del NAV a fronte di un incremento permanente del 10% nei tassi di mortalità per ciascuna età.

Rischio di longevità

- come nel caso del rischio di mortalità, riflette il rischio di incertezza in termini di trend e di scelta dei parametri;
- il requisito di capitale è ottenuto considerando la variazione del NAV a fronte di un decremento permanente del 25% nei tassi di mortalità per ciascuna età.

Rischio di disabilità

- come nel caso del rischio di mortalità e di longevità, riflette il rischio di incertezza in termini di trend e di scelta dei parametri;
- il requisito di capitale è ottenuto considerando la variazione del NAV a fronte di un incremento del 35% nei tassi di disabilità per l'anno successivo e di un incremento permanente del 25% nei tassi di disabilità per ciascuna età per gli anni a seguire.

Rischio di riscatto

- deriva da interruzioni, non previste, del contratto di assicurazione;
- il requisito di capitale è ottenuto considerando la maggiore variazione del NAV a fronte di:

  - un incremento, per ciascun anno, del 50% nei tassi di riscatto ipotizzati per le polizze dove le riserve tecniche sono inferiori al valore di riscatto e una riduzione del 50% nei tassi di riscatto ipotizzati per le polizze dove le riserve tecniche sono, invece, maggiori del valore di riscatto;
  - un incremento in termini assoluti del 3% per anno nei tassi di riscatto considerati nella best estimate e una riduzione del 50% nei tassi di riscatto ipotizzati per le polizze dove le riserve tecniche sono maggiori del valore di riscatto.

Rischio di spese
- è legato alla variazione di spese associate ai contratti assicurativi;
- il requisito di capitale è ottenuto considerando la variazione del NAV nel caso in cui tutte le spese future siano più alte del 10% rispetto a quanto ipotizzato nella best estimate e il tasso di inflazione delle spese sia più alto dell'1% rispetto a quello ipotizzato per ogni anno di riferimento.

Rischio catastrofale – vita
- deriva da eventi estremi o irregolari non sufficientemente colti dai requisiti relativi alle altre sottocategorie;
- comprende sia la componente di rischio biometrico sia quella di riscatto;
- il requisito di capitale è ottenuto adottando un approccio di tipo fattoriale.

Il rischio assicurativo vita comprende anche il rischio di revisione, categoria non applicabile al mercato italiano.

3) Il rischio assicurativo danni deriva dall'incertezza connessa con i rischi tecnici assunti. Per definire il requisito relativo a questa categoria di rischio è necessario aggregare, con una matrice di correlazione fornita dal CEIOPS, i requisiti previsti per le sottocategorie di rischio di seguito elencate e sinteticamente descritte.

Rischio di tariffazione e riservazione
- viene effettuato un calcolo congiunto per il premium e per il reserve risk;
- il premium risk riflette il rischio di insufficienza dei premi a coprire i sinistri e le spese;
- il reserve risk, legato alle polizze in essere, è determinato dal rischio di insufficienza delle riserve a fronte dei pagamenti futuri.

Il requisito di capitale è ottenuto considerando una misura di volume per l'esposizione al rischio e una misura di volatilità dell'intero portafoglio danni, grandezze considerate sia per il premium e per il reserve risk. Per la determinazione di queste due grandezze si rendono necessari due passaggi:

1. per ciascuna linea di business, è previsto un calcolo distinto per il premium risk e per il reserve risk della misura di volume e della deviazione standard:
   - come misure di volume per il premium risk e per il reserve risk si utilizzano la raccolta premi e la Best Estimate della riserva sinistri netta;
   - la deviazione standard per il premium risk è funzione di una stima di mercato, fornita dal CEIOPS, e di una stima dell'impresa il cui peso cresce all'aumentare dei dati storici disponibili (ovvero dei loss ratio netti forniti dall'impresa che devono essere relativi almeno agli ultimi 7 anni);
   - la deviazione standard per il reserve risk è rappresentata da una stima di mercato fornita dal CEIOPS.

2. aggregazione, tramite una matrice di correlazione fornita dal CEIOPS, delle misure di volume e delle deviazioni standard di cui al passaggio 1 al fine di ottenere un'unica misura di volume e di volatilità per il premium e il reserve risk.

Rischio catastrofale danni

- deriva da eventi estremi o irregolari non adeguatamente catturati dal premium e dal reserve risk;
- ai fini del calcolo del requisito vengono considerate sia le catastrofi naturali che le catastrofi causate dall'uomo (man made);
- il requisito di capitale viene ottenuto analizzando l'impatto sul Net Asset Value di alcuni scenari;
- gli scenari, a livello nazionale e internazionale, sono definiti dal CEIOPS (in particolare gli scenari nazionali sono indicati dall'Autorità di Vigilanza nazionale);
- ai fini della determinazione del requisito di capitale, vengono presi in considerazione esclusivamente gli effetti degli eventi che superano il limite del 25% del costo generato dalla catastrofe più grave.

L'aggregazione dei requisiti relativi al premium & reserve risk e al CAT risk avviene assumendo indipendenza tra le due tipologie di rischio.

Come evidente dalla complessità delle analisi richieste per completare il QIS 3, è chiara l'importanza di questo studio per il progetto Solvency II ma anche per le singole imprese che partecipando hanno avuto l'opportunità di esaminare il proprio business sotto una nuova ottica, maggiormente rappresentativa del reale profilo di rischio assunto.

FASE II DEL PROGETTO "*INSURANCE CONTRACTS*" DELLO IASB

Il 3 maggio 2007 l'International Accounting Standards Board (IASB) ha reso disponibile il Discussion Paper sui criteri contabili dei contratti assicurativi. Al riguardo è utile ricordare che il progetto "*Insurance contracts*" dello IASB era stato suddiviso in due fasi a causa della complessità incontrata nel definire criteri condivisi a livello internazionale su alcune tematiche e, in particolare, sui criteri valutativi e non solo classificatori da utilizzare per misurare le passività assicurative.

La fase I, conclusa nel 2004 con la pubblicazione del principio IFRS 4 *Insurance Contracts*, pur comportando un cambiamento delle pratiche contabili vigenti per i contratti di assicurazione, ha portato all'emanazione di uno standard provvisorio proprio per il fatto che esso non affronta alcune tematiche rilevanti per la contabilizzazione dei contratti di assicurazione, come ad esempio i criteri di valutazione da adottare.

La complessità e la delicatezza dei temi trattati nel corso della fase I ha richiesto numerose analisi e approfondimenti e l'affidamento, nel 2004, all'Insurance Working Group del compito di portare a termine il progetto *Insurance Contracts*.

Il primo output della fase II è rappresentato dal citato Discussion Paper "*Preliminary Views on Insurance Contracts*", la cui pubblica consultazione avrà termine il 16 novembre 2007. Il passo successivo sarà la pubblicazione, prevista per la fine del 2008, del relativo Exposure Draft a cui farà seguito presumibilmente entro il 2010, dopo un periodo di pubblica consultazione, l'emanazione del relativo Standard.

Il Discussion Paper affronta numerose tematiche riguardanti le modalità di rilevazione dei contratti assicurativi e dedica ampio spazio a una delle principali criticità relative all'applicazione dei principi contabili internazionali al settore assicurativo, ossia la valutazione delle riserve tecniche.

Lo IASB propone un modello di valutazione basato su tre "building blocks" individuati da:

- una stima dei futuri flussi di cassa che sia esplicita, non distorta ("unbiased"), market consistent, ponderata con le probabilità e attualizzata;
- l'adozione di tassi di sconto coerenti con il mercato al fine di considerare il valore temporale del denaro;
- la stima, esplicita e non distorta, di un margine che i partecipanti richiedono per assumersi il rischio e per prestare servizi aggiuntivi.

Lo IASB sottolinea che i vari modelli di valutazione si potranno distinguere tra loro per gli approcci utilizzati nella determinazione dei tre building blocks, per i quali lo IASB non intende fornire modelli attuariali e finanziari specifici.

Il Discussion Paper ha, inoltre, sancito la posizione dello IASB nel dibattito sulla definizione del concetto di fair value, principio cardine alla base degli IAS/IFRS per le passività assicurative. Nel corso degli anni precedenti alla pubblicazione del documento, due distinti criteri sono stati oggetto di discussione ai fini di una definizione di fair value per le riserve tecniche: il *current entry value* e il *current exit value*.

Il *current entry value* è individuato dal prezzo che l'assicuratore fisserebbe oggi per un contratto con obblighi e diritti contrattuali analoghi a quelli residui per il contratto in esame; il *current exit value* è invece pari all'ammontare che l'assicuratore sarebbe tenuto a pagare per trasferire immediatamente a un'altra entità i diritti e gli obblighi contrattuali rimanenti.

Lo IASB si è pronunciato a favore del *current exit value*; definizione sintetica considerata rappresentativa dei tre building blocks alla base della nuova modalità di valutazione delle riserve tecniche.

La stima del *current exit value*, fondamentale per aiutare gli investitori nelle loro scelte economiche, prescinde dal fatto che l'assicuratore possa o voglia trasferire le proprie passività a terzi o che non intenda assolvere agli impegni assunti con gli assicurati.

Lo IASB, con l'approccio proposto nel Discussion Paper si propone di fornire agli utilizzatori del bilancio delle compagnie di assicurazione:

- informazioni rilevanti in termini di ammontare, tempi e incertezza dei flussi di cassa futuri derivanti dai contratti assicurativi in essere;
- coerenza con altri IFRS che richiedono una stima dei flussi di cassa futuri per la valutazione di passività finanziarie e non finanziarie;
- maggiore chiarezza nei bilanci sul mismatching, qualora esistente, tra le passività assicurative e le attività a esse collegate;
- diminuzione del mismatching tra attività e passività dovuto all'adozione di criteri di valutazione basati su principi contabili non omogenei;
- coerenza con prezzi di mercato osservabili, che rappresentano benchmark comprensibili e credibili per gli utilizzatori del bilancio.

Lo IASB considera la pubblica consultazione del Discussion Paper fondamentale per raccogliere osservazioni e commenti finalizzati a modificare o confermare le osservazioni preliminari sulle principali componenti del modello di contabilizzazione dei contratti assicurativi. Viene ribadito l'obiettivo primario dello IASB di garantire che i lettori del bilancio siano in grado di ricevere informazioni rilevanti e attendibili.

L'ANIA, sia a livello nazionale che europeo, nell'ambito del CEA, è coinvolta in un processo di consultazione finalizzato a raccogliere le osservazioni da parte delle imprese italiane e rappresentarle allo IASB entro la scadenza del periodo di pubblica consultazione.

RIFORMA DELLE AUTORITÀ DI VIGILANZA

Il problema di un riordino generale e organico delle Autorità di vigilanza e specialmente di quelle preposte alle attività finanziarie è all'attenzione del Paese e delle Istituzioni ormai da molti anni, senza tuttavia che sia stata trovata ancora una soluzione adeguata e condivisa.

Sono continuati invece, anche di recente, interventi legislativi frammentari e talvolta contraddittori che, nel contesto di normative sottese al perseguimento di obiettivi diversi, hanno inciso anche sulla disciplina dei controlli, contribuendo a rendere più confuso il quadro e più urgente una soluzione a livello di sistema.

Così, ad esempio, la riforma della previdenza complementare, approvata con il d.lgs. n. 252/2005, ha tolto alla CONSOB il controllo sulla trasparenza dei fondi

pensione aperti e all'ISVAP quello delle forme pensionistiche individuali di tipo assicurativo, per attribuire i relativi compiti alla sola COVIP, in nome di un principio di specializzazione per materia.

Allo stesso modo, la nuova normativa sulla tutela del risparmio, approvata con la legge n. 262/2005, ha tolto all'ISVAP e affidato alla CONSOB il controllo di trasparenza dei prodotti assicurativi di tipo finanziario. In pratica, questi prodotti vengono assoggettati per la prima volta alla disciplina della sollecitazione al pubblico risparmio e, quindi, al prospetto informativo della CONSOB. La legge non chiariva peraltro quali fossero questi prodotti, limitandosi a prevedere una competenza congiunta della CONSOB e dell'ISVAP sui prodotti vita di ramo III.

Il chiarimento è stato fornito infine dal d.lgs. n. 303/2006, che ha cercato di armonizzare le previsioni del TUB, del TUF e della stessa legge n. 262, precisando che sono prodotti assicurativi-finanziari quelli vita di ramo III (a esclusione di quelli previdenziali) e di ramo V ed eliminando la competenza congiunta ISVAP-CONSOB su quelli di ramo III, per affidarne il controllo esclusivamente alla CONSOB.

A parte le regole di trasparenza, la legge n. 262 e il d.lgs. n. 303 hanno anche dichiarato applicabili alle imprese di assicurazione, sempre limitatamente ai prodotti assicurativi di natura finanziaria, le regole di comportamento del TUF, sotto la vigilanza della CONSOB. Altrettanto non è avvenuto, tuttavia, per le regole di comportamento degli intermediari assicurativi, il cui operato la CONSOB non ritiene ancora soggetto al proprio controllo. Avviene, così, che per i prodotti di ramo III e V alle imprese emittenti si applichino le regole di comportamento del TUF mentre agli intermediari assicurativi quelle del Codice delle assicurazioni.

Esiste poi una variegata e frammentaria disciplina in tema di pubblicità dei prodotti, sparsa in leggi diverse e che mette capo a competenze di autorità di vigilanza diverse: il codice del consumo e l'AGCM; il TUF e la CONSOB; il Codice delle assicurazioni e l'ISVAP; la legislazione previdenziale e la COVIP.

Il discorso potrebbe continuare a lungo. E così pure le giuste doglianze degli operatori economici e degli stessi consumatori, giacché è evidente che la frammentazione e l'incertezza delle regole e dei controlli danneggiano alla fine proprio i consumatori, in vista dei quali quelle regole e quei controlli hanno, appunto, ragione di esistere. Il problema è acuito inoltre dal fatto che, come è avvenuto in questi anni, regole e sistemi di controllo mutano rapidamente nel corso del tempo, restando talvolta in vigore solo per pochi mesi e non consentendo quindi adeguate risposte organizzative da parte delle imprese.

In materia, anche l'attuale Governo ha presentato un proprio disegno di legge di riforma. Il d.d.l. interviene in tema di Autorità di regolazione dei servizi di pubblica utilità (comunicazioni, energia elettrica e gas, infrastrutture di trasporto) e di vigilanza sui mercati finanziari, nonché in tema di adeguamento degli ordinamenti delle Autorità medesime.

Per quel che concerne il riordino delle Autorità del settore finanziario, il d.d.l. mira a superare l'attuale modello legislativo incentrato sulla divisione delle competenze in ragione della materia disciplinata e dei soggetti vigilati, sostituendolo con un modello di vigilanza per finalità.

Un modello del genere non risulta per la verità molto diffuso all'estero (Australia, Olanda), giacché nella maggior parte dei Paesi che hanno abbandonato il vecchio modello verticale si è passati piuttosto a una Autorità unica (così, ad esempio, in Francia, Germania, Giappone, Regno Unito e in Spagna).

Più in dettaglio, la Banca d'Italia sarebbe destinata a divenire il soggetto regolatore e vigilante unico in materia di stabilità delle imprese bancarie, assicurative e finanziarie, mentre la CONSOB rivestirebbe analogo ruolo in materia di trasparenza e di informazione al mercato (anche con riferimento a tutti i prodotti assicurativi e ai prodotti previdenziali).

Conseguentemente, l'ISVAP e la COVIP sarebbero soppressi.

È previsto che il riordino delle competenze nel settore finanziario avvenga tramite uno o più decreti legislativi da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della nuova legge.

In proposito si ricorda che il settore assicurativo, pur avendo sempre ribadito che in via di principio non spetta ai soggetti vigilati esprimere giudizi in ordine al regime dei controlli preferibile, aveva comunque manifestato a suo tempo una tendenziale preferenza per un sistema incentrato su un'unica Autorità di vigilanza, sulla falsariga delle riforme già realizzate dai diversi Paesi europei sopra ricordati. E questo anche per contenere i costi e la complessità della regolamentazione, che non è facile prevedere quanto potrebbero risultare contenuti e ragionevoli in caso di scelte diverse.

In ogni modo, quale che sia la linea di politica legislativa che alla fine Governo e Parlamento vorranno adottare, è certo che un'incisiva riforma dei controlli appare ormai necessaria e urgente, essendo chiaro per tutti che l'attuale situazione di frammentazione e sovrapposizione di competenze è inaccettabile per le imprese e non giova ai consumatori.

L'ATTIVITÀ DI CONTRASTO DELLE FRODI

Le frodi assicurative pesano sulla mutualità degli assicurati, per i quali rappresentano una vera e propria tassa occulta a favore dell'illegalità, e costituiscono uno strumento di finanziamento di organizzazioni criminali, come testimoniato dai frequenti procedimenti penali, molti dei quali coinvolgono strutture complesse composte da decine di persone. Più in generale, la diffu-

sione delle frodi assicurative è strettamente correlata a problemi nel funzionamento del sistema finanziario. La figura 1 riporta le correlazioni calcolate su dati provinciali, tra frodi nei rami auto e incendi e fenomeni che indicano il cattivo funzionamento del mercato del credito, come gli assegni protestati e i pignoramenti.

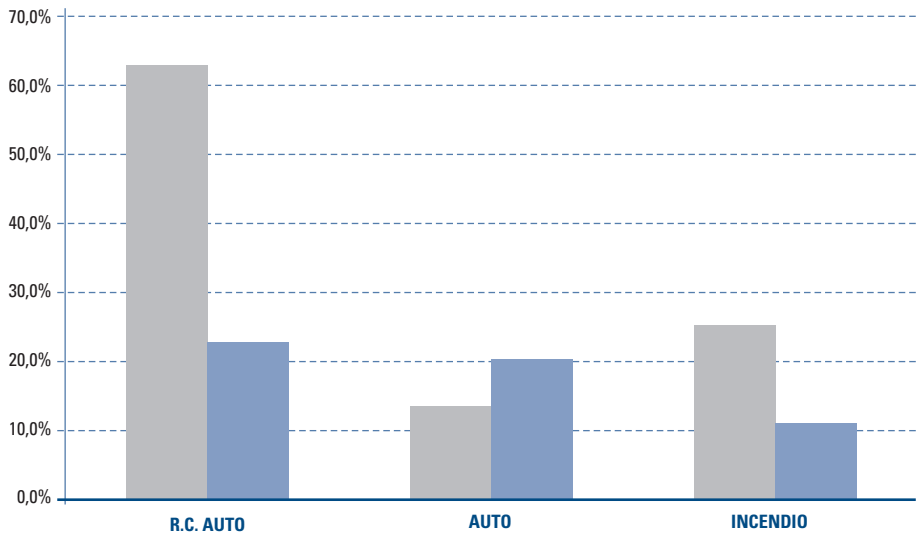


FIGURA 1
CORRELAZIONE TRA INCIDENZA DELLE FRODI E PROBLEMI NEL MERCATO DEL CREDITO (DATI PROVINCIALI)

Assegni protestati/100.000 ab.
Pignoramenti/100.000 ab.

Fonte: Elaborazioni su dati ISVAP, ISTAT e Banca d'Italia

Il fenomeno non è limitato al solo ramo r.c. auto (si pensi ad esempio agli incendi dolosi), ma in esso assume particolare gravità sociale, per il fatto che tale copertura è obbligatoria per legge.

Il fenomeno delle frodi assicurative, per quanto rilevante, è difficile da stimare con precisione. Secondo un'indagine dell'ISVAP riferita al 2005, nel solo ramo r.c. auto sarebbero associati a frodi oltre 90.000 sinistri all'anno (circa il 3% sul totale dei sinistri gestiti dalle assicurazioni).

Vi è una forte correlazione tra incidenza del fenomeno fraudolento e sinistrosità, il che indica come le frodi riescano a spiegare una buona parte delle differenze nella frequenza di incidenti tra province, e quindi nel costo dell'assicurazione.

Nel Regno Unito si stima che i sinistri fraudolenti rappresentino il 10% del valore dei sinistri nell'assicurazione auto e il 15% del valore dei sinistri relativi alle assicurazioni sulle abitazioni. In Francia il valore delle frodi si aggirerebbe attorno al 5% dei premi assicurativi complessivamente pagati in tutti i rami.

A fronte di queste cifre, nonché dell'esperienza di chi opera contemporaneamente in diversi paesi, appare evidente che il 3% circa stimato dall'ISVAP nel ramo auto è un valore che riflette il fatto che la gran parte delle frodi rimane sommersa, anche perché in Italia, caso unico tra i paesi industrializzati, manca una struttura antifrode dedicata. La necessità di contrastare le frodi è

stata affermata nella raccomandazione del Consiglio d'Europa (REC(2002)9, del 18 settembre 2002), che ha riconosciuto come intrinseca e necessaria all'attività assicurativa anche il contrasto alle frodi. Le strutture antifrode dei principali paesi industrializzati hanno possibilità di accesso a banche dati molto dettagliate sulla storia assicurativa dei contraenti di polizze e sui beni assicurati. In alcuni casi, soprattutto negli Stati Uniti, le agenzie antifrode dispongono di ampi poteri investigativi.

Si può stimare che, se l'azione di contrasto alle frodi, congiuntamente a opportune azioni per migliorare la sicurezza stradale, riuscisse a ridurre la frequenza dei sinistri r.c. auto delle altre province italiane al livello medio già raggiunto dalle dieci province più virtuose (6%, un dato prossimo alla media di un paese come la Francia), il costo dei risarcimenti si ridurrebbe di circa il 30%, con ricadute evidenti sulle tariffe pagate dagli assicurati.

Un'azione antifrode efficace richiede una struttura composta da non più di una decina di professionisti, che possa raccogliere e incrociare le informazioni presenti in vari archivi, nel rispetto delle normative sulla protezione e riservatezza dei dati, e sia in grado di coordinare le attività necessarie per il perseguimento penale degli illeciti, fornendo alle Autorità inquirenti l'ausilio necessario. Tra le attività più efficaci per la repressione delle frodi c'è sicuramente il verificare se un determinato nominativo ricorra, anche in vesti diverse, in una molteplicità di sinistri con diverse compagnie in un dato periodo di tempo e il riscontrare altri collegamenti relativi alle circostanze dei sinistri stessi. È anche utile controllare l'autenticità dei certificati di assicurazione degli autoveicoli, per lottare contro il frequente utilizzo di certificati falsi per aggirare l'obbligo assicurativo, attività che provoca un aggravio dei costi per il Fondo di garanzia per le vittime della strada e, in ultima istanza, per i cittadini assicurati.

In Italia alcuni dati e informazioni esistono già: la banca dati sinistri r.c. auto presso l'ISVAP e il Casellario Centrale Infortuni presso l'INAIL. Affinché risultino realmente utili, però, devono essere rese accessibili a una struttura specializzata che possa integrarne i contenuti con altre informazioni disponibili.

In passato, l'ANIA aveva istituito al suo interno una struttura antifrode, dotata di una banca dati sui sinistri alimentata dalle imprese associate. Il lavoro congiunto dell'Associazione e delle imprese ha più volte permesso di aiutare la Magistratura a individuare organizzazioni malavitose operanti ai danni del settore assicurativo. Successivamente, in ossequio alla normativa sulla tutela dei dati personali e agli orientamenti dell'Autorità per la tutela della privacy, l'attività di questa struttura è stata di fatto limitata allo svolgimento di azioni di mero coordinamento formale tra imprese, su specifici ordini dell'Autorità giudiziaria.

Secondo l'esperienza degli operatori, esiste una elevata correlazione tra l'effettuazione di frodi nel settore creditizio e quella di frodi nel settore assicurativo da parte di medesimi soggetti. Per questo, in altri paesi, si concede alle

imprese di assicurazione di poter fruire e anche alimentare sistemi e banche dati relativi alle cosiddette informazioni creditizie. L'ANIA ha chiesto di essere inclusa tra gli aderenti al sistema di prevenzione delle frodi nel settore del credito al consumo che si sta costituendo e di rimuovere gli ostacoli normativi alla partecipazione delle imprese di assicurazione ai sistemi di informazione offerti dalle centrali dei rischi finanziari.

LA PROPOSTA DI LEGGE SULLA CLASS ACTION

In linea di principio, l'azione di classe (Class Action) dovrebbe consentire economie di scala nei processi e garantire maggiore certezza di diritti sia ai consumatori sia alle imprese. Sul piano pratico, sono peraltro ben noti anche i rischi e i pericoli che l'istituto dell'azione di classe comporta.

Al di là delle specifiche patologie che si sono manifestate negli Stati Uniti, il problema di fondo sembra essere rappresentato dal combinato disposto di due fattori: l'aleatorietà del giudizio che spesso caratterizza queste cause e l'elevatezza delle somme che possono risultare necessarie per risarcire, anche per valori individualmente modesti, una classe ampia e a priori indeterminata di presunti danneggiati.

Anche quando la probabilità di soccombere in giudizio è molto bassa, in quanto l'evidenza di un comportamento scorretto è assente o poco convincente, l'impresa è costretta a cercare un accordo stragiudiziale per evitare quella che è stata definita una sorta di roulette russa: il rischio imponderabile di un esito catastrofico, ossia il fallimento dell'impresa.

Per questa ragione, solo il 10% delle class action certificate è arrivato negli Stati Uniti a sentenza negli ultimi 10 anni. Nella maggior parte dei casi le azioni intentate non raggiungono nemmeno la fase di certificazione preliminare, concludendosi entro brevissimo tempo con una transazione che consente all'impresa di sfuggire alla minaccia imponderabile del giudizio. E per sfuggire a tale minaccia l'impresa è tipicamente disponibile a concedere tutto ciò di cui dispone, ossia a transigere sulla base della massima somma che essa è in grado di erogare senza essere costretta a dichiarare il fallimento.

Con poche eccezioni, non vi è dunque alcun accertamento della responsabilità, ma l'impresa è costretta a pagare somme ingenti.

Alcuni giudici americani hanno definito questa situazione come un "legal blackmail" (ricatto giudiziario), rilevando come essa privi di fatto l'impresa del diritto costituzionale a un equo processo in tribunale ([1]). Di qui, la percezione

([1]) *Castano* v. *American Tobacco Co.*, 84 F.3d 734, 746 (5th Cir. 1996). Rhone v. Poulenc Rorer, Inc., 51 F. 3d 1293 (7th Cir. 1995).

diffusa nell'opinione pubblica (riflessa in un recente rapporto del Congresso americano ([2])) che le azioni di classe diano spesso luogo a casi di giustizia negata, e quindi a costi ingiustificati, oltre che ingenti, per l'economia.

Al riguardo, si stima che negli Stati Uniti i soli costi diretti ammontino a una cifra vicina al 2% del PIL ([3]). Anche una frazione di questa cifra rappresenterebbe un costo difficilmente sostenibile per un sistema economico come il nostro, assai meno flessibile di quello americano; da noi le crisi aziendali, con le loro dolorose conseguenze in termini di ristrutturazioni e cancellazioni di posti di lavoro, finiscono invariabilmente per costituire casi politici e spesso comportano costi a carico dei contribuenti.

Ancora più rilevanti sono i costi indiretti per l'economia dovuti alla condizione di incertezza in cui l'impresa è costretta a operare: minore propensione a intraprendere innovazioni e nuovi investimenti, minore attrattività per gli investimenti esteri, più elevati costi dei finanziamenti esterni. Tutto ciò non può che comportare, in ultima analisi, un aumento dei prezzi per i consumatori. Comunque si voglia congegnare la class action, essa inciderà negativamente sulla competitività della nostra economia. Quali che siano i benefici di breve periodo, essa tenderà a determinare minor crescita del reddito e dell'occupazione e prezzi più elevati per i consumatori.

A questi rischi dell'azione di classe altri se ne aggiungerebbero in Italia per via del nostro stesso sistema costituzionale.

Gli artt. 24 e 111 della Costituzione, infatti, garantiscono a ogni soggetto giuridico il diritto di agire in giudizio per la tutela delle proprie ragioni, in contraddittorio con le controparti. Questa disciplina costituzionale non consente quindi di arrivare a quel giudicato "tombale" – e cioè opponibile a tutti gli interessati, anche se non abbiano preso parte al giudizio collettivo – che costituisce il tratto distintivo e qualificante della sentenza resa su una vera e propria azione di classe.

La conseguenza è che la sentenza avrebbe efficacia pratica (a favore di tutti i consumatori facenti parte della classe) solo nel caso in cui la sentenza fosse sfavorevole all'impresa.

Nel caso opposto (assenza di responsabilità) nulla potrebbe impedire il ripetersi di nuove azioni risarcitorie, collettive e individuali contro l'impresa. In assenza di soluzioni legislative forti e originali, si determinerebbe un'asimmetria nella posizione delle parti che non appare assolutamente tollerabile.

([2]) Class Action Fairness Act of 2005 (section 2: Findings and Purposes).
([3]) George L. Priest "What We Know and What We don't Know About Modern Class Action: a Review of the Eisenberg-Miller Study" Center For Legal Policy at the Manhattan Institute, Febbraio 2005, pagg. 5-6.

I diversi progetti all'esame del Parlamento – segnatamente quello di iniziativa governativa – non sfuggono alle criticità evidenziate. Essi darebbero vita a gravissime asimmetrie e a risultati profondamente iniqui, ponendosi anche in contrasto con l'art. 3 della Costituzione sotto il profilo della "ragionevolezza" della disciplina adottata.

Occorre dunque tornare a riflettere a fondo sul problema, per individuare soluzioni innovative, più eque e ragionevoli, non bruciando sul tempo la ricerca di una soluzione "europea", condivisa e unitaria, alla quale stanno lavorando in questo momento i competenti organismi dell'Unione Europea.

ESPOSTO ANIA ALLA COMMISSIONE EUROPEA SUL CUNEO FISCALE

Con la legge 27 dicembre 2006, n. 296 (c.d. Legge finanziaria 2007), è stata prevista la riduzione del "cuneo fiscale" sul lavoro, ossia del divario tra il costo del lavoro sostenuto dall'impresa e la retribuzione netta del lavoratore.

La riduzione del "cuneo fiscale", di cui beneficeranno i datori di lavoro, avviene in relazione all'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), la cui base imponibile include il costo del lavoro. In particolare, la Legge finanziaria 2007 ha introdotto:

a) la deduzione dalla base imponibile IRAP della parte di costo del lavoro rappresentata dai contributi previdenziali e assistenziali (art. 1, comma 266, lett. a), n. 4);
b) una deduzione fissa, sempre dalla base imponibile IRAP, di euro 5.000 annui per lavoratore, elevata a euro 10.000 annui per i lavoratori impiegati nelle regioni del Sud d'Italia e delle Isole (l'eccedenza rispetto alla deduzione di base può essere fruita nel rispetto dei limiti derivanti dall'applicazione della regola "de minimis" di cui al regolamento di esenzione CE 69/2001) (art. 1, comma 266, lett. a), nn. 2 e 3).

Entrambe le agevolazioni spettano con riguardo ai lavoratori dipendenti a tempo indeterminato. Ne sono escluse le banche, gli altri enti finanziari, le imprese di assicurazione e le imprese operanti in concessione e a tariffa nei settori dell'energia, dell'acqua, dei trasporti, delle infrastrutture, delle poste, delle telecomunicazioni, della raccolta e depurazione delle acque di scarico e della raccolta e smaltimento dei rifiuti.

A norma dell'art. 1, comma 267, della stessa Legge finanziaria "le deduzioni ... spettano, subordinatamente all'autorizzazione delle competenti autorità europee, a decorrere dal mese di febbraio 2007 nella misura del 50 per cento e per il loro intero ammontare a partire dal successivo mese di luglio".

La legge è divenuta operante dal 1° febbraio 2007, ma il Governo italiano ha provveduto a notificare formalmente la misura legislativa alla Commissione

europea solo in aprile. È da credere che il Governo sia stato indotto a questo passo soprattutto in seguito agli esposti inviati sul punto alla Commissione europea dall'ANIA e dall'ABI.

La nuova deduzione introdotta dalla Legge finanziaria 2007 ha, infatti, carattere selettivo, nel senso che essa non si applica indistintamente a tutte le imprese, ma esclude rilevanti comparti dell'economia nazionale.

A giudizio delle imprese di assicurazione e delle banche – espressamente escluse, come detto, dal beneficio – le nuove deduzioni introdotte dalla Legge finanziaria 2007 costituiscono pertanto "aiuti di Stato" ai sensi dell'art. 87, punto 1, del Trattato CE. A eccezione di quelle rientranti nel regolamento di esenzione "de minimis", esse non possono quindi essere poste in esecuzione prima che la Commissione europea le abbia eventualmente autorizzate. A tal fine la Commissione dispone di due mesi di tempo a decorrere dalla data della notifica formale a cura dello Stato membro interessato.

Secondo la Commissione europea una misura fiscale rappresenta un "aiuto di Stato" quando essa costituisce un'eccezione al sistema tributario vigente e tale eccezione non appare giustificata dai principi informatori e dalla logica del sistema stesso.

Nel caso che qui interessa, la disciplina tributaria da prendere in considerazione è, come detto, quella dell'IRAP. Al suo interno regole diverse vigono ai fini del calcolo della base imponibile per le banche, gli altri enti finanziari e le imprese di assicurazione. La *ratio* di queste differenti modalità di calcolo sta nella natura peculiare dell'attività economica svolta da tali categorie di soggetti e dalla conseguente diversità nella tipologia dei ricavi rispetto alle altre imprese. Questa *ratio* non ha nulla a che vedere con la decisione di escludere i predetti settori dalla riduzione del "cuneo fiscale", per cui in tale decisione non è dato ravvisare alcun disegno coerente legato alle finalità proprie del regime fiscale dell'IRAP o alle scelte di pura tecnica fiscale operate dal legislatore.

Né appaiono rilevanti le argomentazioni, fattualmente inesatte, che il settore bancario e quello assicurativo sarebbero settori a bassa intensità di lavoro.

Ai primi di maggio la Commissione europea ha sollecitato le Autorità italiane a formulare le loro osservazioni, in vista di una decisione definitiva sulla questione. Non è noto se e cosa il Governo italiano abbia risposto a tale richiesta.

Quel che è certo è che il Governo ha emanato il decreto-legge 28 maggio 2007, n. 67, con il quale:

– è stata soppressa la previsione, presente nella citata legge n. 296/2006, secondo cui la riduzione del cuneo fiscale sarebbe spettata alle imprese

«subordinatamente all'autorizzazione delle competenti Autorità europee». Ciò fa sì che la normativa risulti immediatamente efficace, per cui le imprese interessate hanno beneficiato della riduzione già in sede di versamento del primo acconto IRAP 2007;
- è stata mantenuta ferma l'esclusione dal beneficio delle imprese bancarie e assicurative, confermando così il carattere selettivo della misura adottata e, quindi, la sua configurabilità in termini di «aiuto di Stato».

La Relazione di accompagnamento al disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 67 (AC 2695) accenna al fatto che «in sede di Consiglio dei Ministri è stato, peraltro, assunto l'impegno di estendere i benefici in questione alle imprese operanti nei settori bancario, assicurativo e finanziario, provvedendo alla contestuale individuazione della necessaria copertura finanziaria a carico dei settori interessati. L'impegno corrisponde alle richieste, in tal senso formulate in sede di Unione europea, di completo adeguamento all'ordinamento comunitario».

A parte il fatto che un impegno del genere, puramente politico, non sana il carattere selettivo della riduzione del cuneo fiscale – carattere confermato, anzi, dal decreto-legge n. 67 – è da sottolineare che banche e assicurazioni dovrebbero fornire esse stesse allo Stato le risorse corrispondenti alla spesa determinata dall'estensione della misura nei loro confronti.

Sembra incontestabile che il carattere selettivo delle misure adottate resterebbe così del tutto invariato, come pure la connessa problematica in termini di «aiuto di Stato» ai sensi dell'art. 87 del Trattato.

L'ECONOMIA INTERNAZIONALE

Nel 2007 l'economia mondiale dovrebbe crescere a ritmi prossimi al 5,5%, in leggera accelerazione rispetto all'anno precedente. Il PIL delle grandi economie emergenti (India e Cina) dovrebbe continuare ad aumentare intorno al 10%, mentre nei paesi industrializzati la ripresa ciclica dovrebbe consolidarsi, con l'eccezione degli Stati Uniti, dove si prevede un moderato rallentamento.

Negli Stati Uniti l'aggiustamento del settore immobiliare dovrebbe moderare la crescita fino alla fine del 2008. Il declino degli investimenti in costruzioni il rallentamento dei consumi privati porterebbe, secondo l'OCSE, la crescita del PIL al 2,1%, dal 3,3% registrato nel 2006 (tavola 1) . Nonostante la moderazione della domanda interna, l'inflazione, al netto dell'energia e di altre componenti molto volatili, rimane al di sopra dell'obiettivo del 2% dichiarato dalla Federal Reserve, e non si prevede che possa scendere rapidamente. Questo renderebbe possibile nel corso dei prossimi mesi un rialzo del tasso sui Federal Funds. L'indebolirsi della domanda interna e il previsto deprezzamento del dollaro dovrebbero migliorare la bilancia commerciale, contribuendo a ridurre dal 6,5% al 6,1% del PIL il disavanzo delle partite correnti.

Nell'area dell'euro la forte crescita osservata l'anno passato dovrebbe ripetersi; l'OCSE prevede che il PIL aumenterà del 2,7%, a fronte del 2,8% del 2006. La domanda interna si dovrebbe confermare il vero motore della crescita, garantendone una certa continuità. L'alto livello di fiducia degli operatori economici, la buona profittabilità delle imprese e il persistere di condizioni di finanziamento favorevoli dovrebbero favorire gli investimenti in macchinari e impianti, che si confermerebbero la componente più dinamica della domanda interna. Gli investimenti in costruzioni dovrebbero, invece, risentire negativamente della correzione dei prezzi degli immobili. I consumi delle famiglie dovrebbero trarre beneficio dalla crescita del reddito disponibile e dal complessivo miglioramento dell'occupazione. Nonostante la crescita dell'occupazione, l'OCSE non prevede forti pressioni sui salari, e in generale sui prezzi. L'inflazione nel 2007 dovrebbe scendere dal 2,2% all'1,8% (ipotizzando che i prezzi del petrolio rimangano ai livelli attuali), tuttavia il rischio di un surriscaldamento della domanda potrebbe portare la BCE a ulteriori aumenti dei tassi d'interesse, come evidenziato dai tassi forward. Secondo l'OCSE, il tasso d'interesse a tre mesi nel 2007 dovrebbe arrivare al 4,1%. La favorevole posizione del ciclo economico dovrebbe contribuire al miglioramento delle finanze pubbliche, con un disavanzo complessivo che passerebbe dall'1,6% all'1%, secondo l'OCSE, che però avverte come tale miglioramento non possa considerarsi strutturale e che, quindi, in molti paesi sono necessarie riforme per contenere la spesa pubblica.

TAVOLA 1
LE PREVISIONI PER I PAESI INDUSTRIALIZZATI

	PIL	Domanda interna	Esportazioni nette	Inflazione	Indebitamento/ PIL
Stati Uniti	2,1	1,7	0,3	2,6	-2,7
Giappone	2,4	1,7	0,8	-0,3	-2,7
Area dell'euro	2,7	2,5	0,3	1,8	-1,0
Germania	2,9	1,9	1,2	1,8	-0,7
Francia	2,2	2,0	0,1	1,3	-2,3
Italia	2,0	2,2	-0,2	2,0	-2,5
Regno Unito	2,7	2,8	-0,3	2,4	-2,7

Fonte: OCSE

L'ECONOMIA ITALIANA

La forte ripresa osservata a partire dalla fine del 2005, basata in maniera rilevante sulle esportazioni, dovrebbe cedere il passo a una crescita più stabile, perché sostenuta in misura maggiore dalla domanda interna. L'OCSE prevede per il 2007 una crescita del 2,0%, contro l'1,9% dell'anno passato (tavola 2). Grazie alla crescita del reddito disponibile e anche alle agevolazioni fiscali per l'acquisto di automobili ed elettrodomestici, i consumi privati (in crescita dell'1,5%, come nel 2006) dovrebbero fornire il contributo principale alla crescita. Il tasso di risparmio delle famiglie scenderebbe leggermente.

TAVOLA 2
LE PREVISIONI PER L'ECONOMIA ITALIANA

	2005	2006	2007
PIL	0,1	1,9	2,0
Consumi privati	0,6	1,5	1,5
Consumi PA	1,5	-0,3	0,8
Investimenti	-0,2	2,4	3,2
Esportazioni	0,0	5,5	4,0
Importazioni	1,0	4,5	4,7
Inflazione (indice armonizzato)	2,2	2,2	2,0
Tasso di disoccupazione	7,8	6,9	6,3
Deficit/PIL	-4,3	-4,5	-2,5

Fonte: OCSE

La forte crescita del tasso di utilizzo degli impianti e le buone prospettive di domanda dovrebbero favorire gli investimenti (+3,2%), che potranno essere finanziati a condizioni ancora piuttosto favorevoli. Dopo anni di stasi anche gli investimenti pubblici dovrebbero crescere, anche se in misura contenuta. Il lieve rallentamento della domanda mondiale si rifletterà sulla crescita delle esportazioni e la contemporanea accelerazione delle importazioni potrebbe rendere leggermente negativo il contributo del canale estero alla crescita.

La buona dinamica della domanda avrà effetti benefici sul mercato del lavoro; il tasso di disoccupazione, secondo l'OCSE, dovrebbe ulteriormente ridursi, arrivando al 6,3%. L'effetto sui salari dovrebbe essere contenuto, grazie al miglioramento della produttività (intorno all'1% secondo la Commissione europea), che, seppur modesto, segna una rottura rispetto alla tendenza negativa osservata nel decennio. L'effetto finale dovrebbe essere una ulteriore moderazione dell'inflazione, con l'indice armonizzato che passerebbe dal 2,2% al 2,0%.

Il forte miglioramento dei conti pubblici del 2006, ottenuto quasi esclusivamente dall'aumento, per molti versi inaspettato, delle entrate, dovrebbe proseguire nel 2006. Nei piani del Governo il disavanzo dovrebbe ridursi al 2,3% del PIL. L'OCSE ritiene più probabile un deficit al 2,5%, e sottolinea le pesanti incognite che gravano sulla manovra di risanamento; dal punto di vista delle entrate, se da un lato i buoni risultati del 2006 si sono confermati anche nei

primi mesi di quest'anno, dall'altro lato appare piuttosto difficile stimare con precisione l'effetto di altre manovre come la lotta all'evasione fiscale e il trasferimento all'INPS dei contributi per il TFR. Incertezze altrettanto grandi rimangono poi per quanto riguarda le spese, in particolare quelle per il Sistema Sanitario Nazionale. Nel 2008 il deficit, calcolato a politiche invariate, dovrebbe stabilizzarsi sui livelli del 2007, implicando che il miglioramento dei conti pubblici richiederà ulteriori manovre correttive.

L'ASSICURAZIONE ITALIANA 2007

Nel 2007 la raccolta premi del lavoro diretto italiano dovrebbe risultare in linea con quella del 2006: si stima infatti che il volume della raccolta dovrebbe raggiungere i 107 miliardi di euro con una crescita dello 0,7% rispetto ai premi del 2006 e con un'incidenza sul PIL pari al 7,1%, praticamente invariata rispetto allo scorso anno.

Nei rami danni si stima una crescita pari al 2,5% (2,4% nel 2006) con una raccolta premi pari a 38,1 miliardi di euro. Questo andamento è ovviamente influenzato dal ramo r.c. auto, per il quale la raccolta premi dovrebbe crescere nel 2007 dello 0,8%, un valore di circa un punto percentuale inferiore all'aumento del numero dei veicoli.

L'incremento dei premi del settore property (incendio e altri danni ai beni) dovrebbe essere superiore al 4%, grazie alla ripresa dell'attività economica.

TAVOLA 3
PREVISIONI DEI PREMI ASSICURATIVI IN ITALIA
Valori in milioni di euro

RAMI	PREMI 2006	PREMI 2007	VAR. % 2006-2005 (*)	VAR. % 2007-2006 (*)
R.C. Autoveicoli terrestri	18.387	18.531	1,2%	0,8%
Corpi veicoli terrestri	3.205	3.263	1,6%	1,8%
Infortuni	3.103	3.222	3,9%	3,8%
Malattia	1.828	1.949	6,5%	6,6%
Incendio ed elementi naturali	2.359	2.453	3,2%	4,0%
R.C. generale	3.225	3.343	3,5%	3,7%
Altri danni ai beni	2.480	2.589	4,8%	4,4%
Altri rami danni	2.597	2.781	3,4%	7,1%
TOTALE RAMI DANNI	**37.184**	**38.131**	**2,4%**	**2,5%**
Incidenza % sul PIL	*2,52%*	*2,54%*		
Ramo I - Vita umana	32.753	33.104	-3,3%	1,1%
Ramo III - Fondi di investimento	27.385	28.950	3,8%	5,7%
Altri rami vita	9.239	7.149	-30,1%	-22,6%
TOTALE RAMI VITA	**69.377**	**69.203**	**-5,6%**	**-0,3%**
Incidenza % sul PIL	*4,70%*	*4,60%*		
TOTALE RAMI	**106.561**	**107.334**	**-2,9%**	**0,7%**
Incidenza % sul PIL	*7,22%*	*7,14%*		

Fonte: stime ANIA
(*) I dati del 2006 sono a consuntivo, mentre quelli del 2007 sono stimati

Una crescita superiore alla media del comparto danni dovrebbe riguardare anche i rami infortuni, malattia ed r.c. generale. Al di sotto della media, invece, dovrebbe risultare la variazione del ramo corpi veicoli terrestri (+1,8%).

La raccolta premi del settore vita dovrebbe mantenersi sui livelli dello scorso anno (circa 69 miliardi di euro).

Per quanto riguarda i singoli rami vita si stima:

- una lieve crescita del ramo I – vita umana (+1,1%, a fronte della diminuzione del 3,3% del 2006);
- una crescita del ramo III – fondi di investimento (+5,7%, rispetto al 3,8% nel 2006);
- per quanto riguarda gli altri rami vita, dovrebbe proseguire la contrazione della raccolta premi del ramo V – capitalizzazione già avviata nel 2006 e si dovrebbe registrare un forte sviluppo del ramo VI, influenzato dalle nuove adesioni connesse con la riforma sulla previdenza complementare.

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 2006 e al 2007 sono stimati

Chiuso in tipografia il 19 giugno 2007

Grafica Cristal S.r.l. - Via Raffaele Paolucci, 12/14 - 00152 Roma

ANIA Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici
via della Frezza, 70 • 00186 Roma • tel. 06 326881 • fax 06 3227135
piazza San Babila, 1 • 20122 Milano • tel. 02 77641 • fax 02 780870

Ufficio Studi
Servizio Statistiche e Studi Attuariali
via della Frezza, 70 • 00186 Roma • tel. 06 326881 • fax 06 3230565
e-mail: statistico@ania.it • internet: www.ania.it