L'assicurazione italiana 2007/2008

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 18
I mercati finanziari 20
Il mercato del credito e i tassi d'interesse 20
I mercati azionari 22
Le conseguenze per il settore assicurativo delle turbolenze finanziarie 25

L'ASSICURAZIONE ITALIANA: I DATI SIGNIFICATIVI 2007 ..... **27**

Le imprese in esercizio 27
Il conto economico 28
Il conto tecnico 29
I premi 29
Le prestazioni 31
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 37

L'ASSICURAZIONE ITALIANA NEL CONFRONTO INTERNAZIONALE **43**

Confronti internazionali 43
Il peso dell'assicurazione nei diversi paesi 43
I principali mercati dell'Unione Europea 46
La tassazione dei premi nell'Unione Europea 48
Un confronto internazionale sui conti economici delle imprese di assicurazione 50
La redditività delle imprese europee quotate nel 2007 56
L'andamento del settore nei principali mercati europei 57

LE ASSICURAZIONI VITA **60**

Il lavoro italiano 60
I singoli rami vita 62
Ramo I – Assicurazioni sulla durata della vita umana 62
Ramo III – Assicurazioni sulla vita connesse con fondi di investimento o indici 63
Ramo IV – Assicurazioni malattia a lungo termine 64
Ramo V – Operazioni di capitalizzazione 65
Ramo VI – Gestione di fondi pensione 66
La struttura dei costi dell'assicurazione vita 67
Il rendimento delle polizze rivalutabili 69

La trasparenza dei prodotti finanziari assicurativi e gli standard associativi di prospetto 71
Adeguatezza e appropriatezza dei prodotti finanziari assicurativi ... 73
L'entrata in vigore della riforma della previdenza complementare ... 82
Assicurazione vita e PIL ... 84
Assicurazione vita e risparmio delle famiglie italiane ... 84
La ricchezza e l'indebitamento delle famiglie italiane: 1995-2005 ... 88

LE ASSICURAZIONI DANNI ... **90**

Il lavoro italiano ... 90
Assicurazione danni e PIL ... 91
Il mercato internazionale dei cat bond nel 2007 ... 92
Le catastrofi naturali nel 2007 ... 94
La diffusione dell'assicurazione danni tra le famiglie italiane nel 2006 ... 95

L'ASSICURAZIONE AUTO ... **97**

La gestione dell'assicurazione di responsabilità civile ... 97
La gestione delle assicurazioni dei danni ai veicoli ... 99
I furti degli autoveicoli in Italia e in Europa ... 100
Il costo medio e la frequenza sinistri: un confronto europeo ... 102
Analisi territoriale delle frodi in r.c. auto ... 107
Indennizzo diretto – Il bilancio del primo anno di attività ... 109
Dati di sistema dell'indennizzo diretto – anno 2007 ... 119
Analisi di lungo periodo dei prezzi r.c. auto ... 121
Calcolo dei forfait 2008 nella convenzione fra gli assicuratori per il risarcimento diretto (CARD) ... 130
La Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale ... 134
Attuazione della V Direttiva Auto – D.lgs. n. 198/2007 ... 139
Preventivatore unico r.c. auto (art. 136 CAP) ... 141

LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI ... **143**

I rami danni diversi dal settore auto ... 143
La diffusione dell'assicurazione sanitaria tra le famiglie italiane nel 2006 ... 147
I fondi sanitari integrativi ... 149
Il progetto Black Box ... 150
Il progetto SIGRA ... 151
L'assicurazione grandine: le statistiche del 2007 ... 153
L'assicurazione dell'impiantistica riferita alle energie alternative ... 156
L'industria assicurativa e l'impatto ambientale ... 157
L'assicurazione r.c. sanitaria: le statistiche del 2006 ... 159
Le tipologie di rischio sottoscritte nel ramo cauzioni ... 161

LA RIASSICURAZIONE ... **164**

Il mercato europeo della riassicurazione ... 165
Il recepimento della direttiva sulla riassicurazione ... 167

Sommario

LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO **170**

I lavoratori dipendenti e il costo del lavoro 170
La contrattazione collettiva, la formazione, il dialogo sociale, le pari opportunità 171
La riduzione del cuneo fiscale 175
Il fondo unico nazionale Long Term Care (LTC) 177

LA DISTRIBUZIONE **179**

Assicurazione vita 179
Assicurazione danni 181
L'attività di intermediazione svolta dai broker in Italia nel settore danni 183

IL MERCATO UNICO EUROPEO E LA LIBERALIZZAZIONE DEL SETTORE **187**

Libro Verde della Commissione europea sui servizi finanziari al dettaglio e comunicazione sul mercato interno 187
Il Rapporto finale della Commissione sull'indagine settoriale assicurativa 188
La Direttiva acquisizione e incrementi di partecipazioni 189
Il Regolamento sulla legge applicabile alle obbligazioni extracontrattuali (c.d. Roma II) 191
Il Regolamento sulla legge applicabile alle obbligazioni contrattuali (c.d. Roma I) 192
Proposta di codificazione delle direttive r.c. auto 193
Recepimento della direttiva sulla parità di trattamento uomo/donna 193
Verso la globalizzazione dell'attività assicurativa 194
Proposta di Direttiva IVA in materia di trattamento dei servizi finanziari e assicurativi 195

L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA **198**

Solvency II 198
La direttiva Solvency II: i punti aperti 198
Recasting 198
I risultati del QIS 3 e le principali novità introdotte dal QIS 4 205
Stato dell'arte del progetto IASB "Insurance Contracts" 209
L'azione collettiva risarcitoria a tutela dei consumatori 210
Le normative antiriciclaggio e antiterrorismo 212
I Regolamenti ISVAP attuativi del Codice delle assicurazioni 215
Regolamenti per i quali si è già conclusa la fase di pubblica consultazione 224
L'abolizione dell'esenzione IVA per i servizi infragruppo 227
La customer satisfaction nel settore assicurativo 229
Le modifiche all'IRES e all'IRAP introdotte dalla Legge finanziaria 230

LE PREVISIONI PER IL 2008 ..... **235**

L'economia internazionale 235
L'economia italiana 235
L'assicurazione italiana nel 2008 235

APPENDICE STATISTICA (www.ania.it/documenti)

INDICE DEI RIQUADRI

Le conseguenze per il settore assicurativo delle turbolenze finanziarie 25

Il margine di solvibilità 36
La redditività del settore assicurativo 37

La tassazione dei premi nell'Unione Europea 48
Un confronto internazionale sui conti economici delle imprese di assicurazione 50
La redditività delle imprese europee quotate nel 2007 56
L'andamento del settore nei principali mercati europei 57

La struttura dei costi dell'assicurazione vita 67
Il rendimento delle polizze rivalutabili 69
La trasparenza dei prodotti finanziari assicurativi e gli standard associativi di prospetto 71
Adeguatezza e appropriatezza dei prodotti finanziari assicurativi 73
L'entrata in vigore della riforma della previdenza complementare 82
La ricchezza e l'indebitamento delle famiglie italiane: 1995-2005 88

Il mercato internazionale dei cat bond nel 2007 92
Le catastrofi naturali nel 2007 94
La diffusione dell'assicurazione danni tra le famiglie italiane nel 2006 95

Il costo medio e la frequenza sinistri: un confronto europeo 102
Analisi territoriale delle frodi in r.c. auto 107
Indennizzo diretto – Il bilancio del primo anno di attività 109
Dati di sistema dell'indennizzo diretto – anno 2007 119
Calcolo dei forfait 2008 nella convenzione fra gli assicuratori per il risarcimento diretto (CARD) 130

Attuazione della V Direttiva Auto – D.lgs. n. 198/2007 139
Preventivatore unico r.c. auto (art. 136 CAP) 141

La diffusione dell'assicurazione sanitaria tra le famiglie italiane nel 2006 147
I fondi sanitari integrativi 149
Il progetto Black Box 150
Il progetto SIGRA 151
L'assicurazione grandine: le statistiche del 2007 153
L'assicurazione dell'impiantistica riferita alle energie alternative 156
L'industria assicurativa e l'impatto ambientale 157
L'assicurazione r.c. sanitaria: le statistiche del 2006 159
Le tipologie di rischio sottoscritte nel ramo cauzioni 161

Il mercato europeo della riassicurazione 165
Il recepimento della direttiva sulla riassicurazione 167

Il fondo unico nazionale Long Term Care (LTC) 177

L'attività di intermediazione svolta dai broker in Italia nel settore danni 183

Proposta di Direttiva IVA in materia di trattamento dei servizi finanziari e assicurativi 195

Recasting 198

L'abolizione dell'esenzione IVA per i servizi infragruppo 227
La customer satisfaction nel settore assicurativo 229
Le modifiche all'IRES e all'IRAP introdotte dalla Legge finanziaria 230

Nonostante l'impatto delle turbolenze nei mercati finanziari avviatesi nell'estate, nel 2007 l'economia mondiale ha continuato a crescere a ritmi elevati: il Fondo Monetario Internazionale ha stimato l'aumento del PIL mondiale nel 4,9%, un valore in linea con il 5,0% del 2006. La decelerazione registrata nella seconda metà dell'anno dai paesi industrializzati è stata compensata dalla sostenuta crescita delle economie emergenti. Negli Stati Uniti il PIL è cresciuto del 2,2% (2,9% nel 2006), nell'area dell'euro la crescita è stata del 2,6% (2,8% nel 2006). La crescita del PIL italiano, dopo l'1,8% del 2006, è scesa all'1,5% nel 2007.

I RISULTATI DELL'ANNO

La raccolta premi del lavoro italiano ed estero, diretta e indiretta, delle imprese di assicurazione italiane, al netto delle cessioni e retrocessioni, è diminuita dell'8,7% (si era ridotta del 2,0% l'anno precedente). La contrazione è concentrata nei rami vita, i cui premi sono calati del 13,1%: vi hanno contribuito, nella prima parte dell'anno, il rialzo dei tassi di interesse che ha contenuto la domanda degli investitori (in particolare per i prodotti tradizionali e di capitalizzazione di ramo I e V) e, nella parte finale dell'anno, la preferenza dei risparmiatori per le obbligazioni a medio e a lungo termine, emesse dallo Stato e dalle banche. È opportuno però ricordare che nel settore vita un'importante quota di premi viene raccolta in Italia da imprese che operano dall'estero in libera prestazione di servizi (LPS). L'ANIA stima che, nel 2007, i premi contabilizzati da tali imprese abbiano superato i 10 miliardi di euro, con una crescita di circa il 75% rispetto al 2006. Aggiungendo questi premi, il calo della raccolta nel settore vita sarebbe dimezzato. I premi dell'assicurazione danni sono rimasti stabili (erano aumentati del 2,3% nel 2006).

Il risultato tecnico dei rami danni è stato pari a 2,9 miliardi di euro, sostanzialmente stabile rispetto al 2006. A fronte di oneri per sinistri lievemente diminuiti (-0,9%), le spese di gestione sono cresciute del 3,6%: la loro incidenza sui premi è salita di quasi un punto percentuale (dal 23,6% al 24,4%). Vi hanno contribuito i costi degli investimenti necessari per l'adeguamento alle nuove normative in materia di r.c. auto e un aumento dei costi di acquisizione nei rami diversi dalla r.c. auto, anche in connessione con il divieto di validità pluriennale dei contratti.

Nei rami vita la contrazione dei premi si è associata con un forte aumento degli oneri relativi ai sinistri (26,2%), per il venire a scadenza di polizze sottoscritte all'inizio del decennio e per un forte aumento dei riscatti. Per la prima volta da oltre dieci anni, la raccolta netta è stata negativa per 12,8 miliardi di euro; nel 2006 il saldo tra premi e oneri per sinistri era stato positivo per 11,9 miliardi di euro. Il risultato tecnico è stato positivo per 1,7 miliardi di euro, oltre 300 milioni di euro in meno rispetto al 2006. La contrazione dei premi e il

cambiamento del mix di prodotti collocati hanno fatto salire l'expense ratio, dal 7,0% nel 2006 al 7,7%.

Il miglioramento del risultato dell'attività straordinaria ha più che compensato il calo in valore assoluto del risultato netto. Il ROE complessivo del settore è passato dall'11,4% nel 2006 al 12,4% nel 2007, anche per effetto di una contrazione del patrimonio netto che ha determinato una lievissima contrazione degli indici di copertura della solvibilità.

Con riferimento alle sole imprese quotate, e tenendo conto dei loro bilanci consolidati, ossia comprensivi dell'attività svolta dalle controllate estere, il ROE mediano delle imprese italiane è sceso dal 16,5% nel 2006 al 14,8% nel 2007. Un calo si è registrato anche in Francia (15,2% contro 16,9% nel 2006). Al contrario, nel Regno Unito il ROE mediano è aumentato dal 18,3% al 19,6% e in Germania dal 13,7% al 14,8%.

Il Rapporto propone il confronto tra i risultati economici delle imprese dei principali paesi (Italia, Francia, Germania, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti) relativi al periodo 2001-2006, effettuato elaborando le informazioni sui conti economici raccolte nella banca dati ISIS di Bureau van Dijk.

LE PREVISIONI PER IL 2008

La difficile congiuntura dei mercati finanziari avrà riflessi sull'andamento del settore assicurativo in Italia. Nel primo quadrimestre dell'anno in corso la nuova produzione vita è stata pari a 13,6 miliardi di euro, il 15,2% in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Con riferimento ai diversi rami, è proseguita la tendenza alla riduzione dei premi relativi ai prodotti assicurativi di natura finanziaria (rami III e V), in connessione con la preferenza dei risparmiatori per le obbligazioni a medio e a lungo termine emesse dallo Stato e dalle banche.

Nell'ipotesi che permanga un quadro di incertezza sui mercati finanziari e che si confermi la preferenza dei risparmiatori verso i prodotti a basso rischio, principalmente obbligazioni a medio e a lungo termine, è possibile stimare con un semplice modello di analisi delle serie storiche che nel 2008 si dovrebbe registrare un rallentamento nel tasso di riduzione dei premi dell'assicurazione vita (da -11,4% nel 2007 a -7,7% nel 2008); al calo della componente dei premi dei prodotti assicurativi finanziari (-13% per i prodotti linked e -70% per quelli di capitalizzazione), si dovrebbe associare un aumento (6%) dei premi relativi alle polizze tradizionali. Un contributo positivo verrebbe dalle polizze previdenziali (+75%).

Nel ramo r.c. auto la raccolta premi potrebbe risultare sostanzialmente stazionaria. L'incremento dei premi del settore property (incendio e altri danni ai

beni) dovrebbe essere pari mediamente all'1,5%, anche per il rallentamento dell'attività economica. Una crescita superiore alla media del comparto danni dovrebbe riguardare anche i rami infortuni, malattia e r.c. generale. Al di sotto della media, invece, dovrebbe risultare la variazione dei premi per il ramo corpi veicoli terrestri (0,7%).

Nel complesso la raccolta premi complessiva del lavoro diretto italiano dovrebbe risultare nel 2008 in calo rispetto all'anno passato: il volume della raccolta premi dovrebbe raggiungere i 95 miliardi di euro con una diminuzione del 4,3% rispetto ai premi del 2007 e con un'incidenza sul PIL pari al 6%, in calo rispetto al 6,45% dello scorso anno.

LE ASSICURAZIONI VITA – IL LAVORO DIRETTO ITALIANO

Nel 2007 il reddito disponibile delle famiglie è aumentato del 3,2% in termini nominali e dell'1,0% in termini reali; si tratta di un'accelerazione rispetto allo 0,2% del 2006. Il tasso di risparmio delle famiglie italiane, seppure in leggera riduzione, appare comunque superiore a quello degli altri paesi europei: nel 2007 è stato dell'11,2%, contro l'11,5% del 2006 e il 12,5% medio del biennio precedente.

Nel 2007 il risparmio finanziario delle famiglie, definito come la differenza tra il flusso lordo delle attività e quello delle passività, è stato pari a 51,9 miliardi di euro, il 23,7% in meno rispetto al 2006. Il risparmio finanziario è sceso dal 5,7% del PIL nel 2006 al 3,4% nel 2007.

Le turbolenze finanziarie manifestatesi dall'estate del 2007 hanno spinto le famiglie a orientarsi verso strumenti a basso rischio. Oltre 60 miliardi di euro (la metà del flusso di risparmio lordo) sono stati investiti in obbligazioni a medio lungo termine. Di questo flusso, 25,7 miliardi di euro sono stati indirizzati verso i titoli pubblici e oltre 25 miliardi (il 22,6% del flusso di risparmio lordo) verso le obbligazioni bancarie. Dopo anni di crescita, nel 2007 il flusso di risparmio destinato alle polizze vita è stato negativo per 12,9 miliardi di euro.

Il deflusso di risparmio nel settore vita ha determinato una lieve riduzione (dal 10,5% al 10,2%) dell'incidenza delle riserve vita sullo stock di attività finanziarie. Il complesso delle "riserve tecniche di assicurazione" che include, oltre alle riserve dei rami assicurativi vita e danni, il TFR e i fondi pensione rappresenta alla fine del 2007 il 16,5% della consistenza delle attività finanziarie (16,6% nel 2006). È scesa dall'8,3% al 7,7% la quota delle attività rappresentata dagli investimenti nei fondi comuni, italiani ed esteri.

La raccolta nei rami vita, pari a 61,4 miliardi di euro, ha registrato una riduzione dell'11,4% rispetto al 2006, quando i premi si erano già ridotti del 5,6%

dopo anni di forte crescita. La dinamica del 2007 è il risultato del forte calo dei premi relativi al ramo V (-50,0%), di una contrazione del 17,0% della raccolta di ramo I e di un aumento dei premi delle polizze di tipo linked (+6,1%). Le somme pagate e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, pari a 74.315 milioni di euro, sono continuate ad aumentare (+28,6%) a causa principalmente di un elevato numero di riscatti oltre che delle scadenze di una rilevante quota di polizze. La riduzione dei premi e quella dell'utile degli investimenti hanno contribuito a una diminuzione del risultato tecnico complessivo.

Nel settore vita, il ROE è stato pari al 10,6%, in diminuzione rispetto all'11,2% del 2006; l'andamento è stato influenzato dal calo del rendimento del capitale investito che è sceso di 1,2 punti percentuali; un lieve miglioramento è stato registrato per il risultato dell'attività straordinaria. Il rapporto tra l'utile e le riserve tecniche (indicatore analogo a quello comunemente impiegato 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 44 punti base, 10 punti in meno rispetto al 2006.

La Banca d'Italia ha pubblicato recentemente le stime sull'andamento e la composizione della ricchezza complessiva delle famiglie italiane nel periodo 1995-2005. Nel 2005 la ricchezza netta complessiva delle famiglie era pari a circa 7.800 miliardi, pari a circa 346.000 euro per famiglia e 134.000 euro pro capite. Circa la metà della ricchezza è investita in immobili. Alla fine del 2007 la ricchezza degli italiani ammontava a circa otto volte il loro reddito disponibile un valore in linea con quello della Francia e del Regno Unito e nettamente superiore a quello della Germania, degli Stati Uniti e del Giappone.

I dati forniti dalla COVIP sull'andamento delle nuove adesioni nel 2007 forniscono l'occasione per tracciare un primo consuntivo sui risultati dell'entrata in vigore della riforma della previdenza complementare. Tali risultati presentano indubbiamente aspetti positivi: il numero complessivo degli iscritti alle forme pensionistiche complementari supera i 4,5 milioni, con un aumento di circa 1,5 milioni di unità rispetto alla fine dell'anno precedente, ossia un incremento del 43%. Le adesioni dei lavoratori dipendenti del settore privato alle forme complementari hanno superato i 3 milioni di unità, con un incremento pari a oltre 1,2 milioni di unità, ossia circa il 66% in più rispetto al dato di fine 2006. Tuttavia, solo il 24,9% dei lavoratori dipendenti del settore privato dispone di una copertura previdenziale complementare.

Il 4 maggio 2007 la CONSOB ha emanato le modifiche e le integrazioni al Regolamento Emittenti n. 11971/1999, necessarie ai fini dell'introduzione nella Parte II, Titolo I di un nuovo Capo II-bis, dedicato alle disposizioni regolamentari in materia di sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, estendendo l'applicazione della disciplina del prospetto informativo ai prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazio-

ne (prodotti vita di ramo III, a esclusione di quelli previdenziali, e V). Il Rapporto dedica un approfondimento alla materia e dà conto degli standard associativi di prospetto predisposti dall'ANIA che costituiscono delle esemplificazioni pratiche della rappresentazione dell'informativa e offrono alle imprese soluzioni operative coerenti con gli schemi allegati al Regolamento Emittenti. Tali standard sono stati inviati, ai fini di una verifica di conformità, alla CONSOB, la quale ne ha preso atto, anche mediante notifica sul proprio sito web.

Il nuovo Regolamento Intermediari emanato dalla CONSOB ha previsto, com'è noto, alcune novità riguardanti le regole di comportamento nella distribuzione di prodotti finanziari assicurativi, tra cui la classificazione dei clienti, la disciplina dei c.d. inducements (incentivi) e l'adeguatezza o appropriatezza dei prodotti offerti. Con particolare riferimento al tema dell'adeguatezza o appropriatezza dei prodotti offerti, l'Associazione ha elaborato e pubblicato il documento "Prodotti finanziari assicurativi: considerazioni in tema di adeguatezza e appropriatezza", che reca alcune riflessioni e indicazioni operative, sintetizzate nel Rapporto.

LE ASSICURAZIONI DANNI – IL LAVORO DIRETTO ITALIANO

Nel 2007 la raccolta premi del settore danni relativa al lavoro diretto italiano ha sfiorato i 38 miliardi di euro, con un aumento dell'1,3% rispetto all'anno precedente. L'incidenza sul PIL (2,45%) è lievemente diminuita nell'anno a causa di una riduzione in termini nominali dei premi del settore auto.

Nei rami danni diversi dall'auto, i premi sono aumentati del 3,8% rispetto al 2006, il tasso di crescita più contenuto nell'attuale decennio. Questo andamento è stato determinato dalla persistenza di un mercato "soft" (ossia caratterizzato da prezzi unitari contenuti) soprattutto nel settore trasporti: per tutti i rami di tale settore si è avuta una contrazione del volume premi (-19,8% per i corpi veicoli ferroviari, -14,5% per r.c. aeromobili, -11,7% per i corpi veicoli aerei, -8,7% per i corpi veicoli marittimi e -0,3% per le merci trasportate). Si registra, invece, un aumento dei premi nei rami infortuni (2,8%), altri danni ai beni (3,8%) e, soprattutto, malattia (12,1%).

Il ROE del settore danni è risultato pari al 14,4%, in aumento di quasi tre punti percentuali rispetto all'11,6% del 2006, grazie principalmente all'incremento del risultato dell'attività ordinaria. In particolare è risultata positiva e in crescita di 0,5 punti percentuali la redditività della gestione assicurativa – data dal rapporto fra il risultato di tale gestione e le riserve tecniche – (che era invece stata negativa nel 2006) ed è risultata in crescita la redditività della gestione straordinaria, data dal rapporto fra il risultato della gestione straordinaria e il patrimonio netto.

Nel rapporto sono illustrati anche i dati del CEA relativi agli altri paesi d'Europa, e riferiti al 2006. Per il settore danni in Italia il rapporto tra premi raccolti e PIL è pari al 2,5%, contro il 3,2% della Francia e il 3,8% di Regno Unito e Germania. Se si esclude il settore auto, il divario rispetto al resto d'Europa è ancora più evidente: l'incidenza dei premi sul PIL è pari all'1,0% per il nostro Paese, a fronte del 2,8% di Germania e Regno Unito e del 2,2% della Francia.

Nel Rapporto sono contenuti alcuni approfondimenti sulla diffusione dell'assicurazione tra le famiglie italiane. Il primo riguarda l'assicurazione danni ai beni e utilizza i dati dell'indagine della Banca d'Italia sui bilanci delle famiglie nel 2006: si stima che vi sia almeno una polizza danni (esclusa la copertura obbligatoria r.c. auto) in circa 4,8 milioni di famiglie, il 21,1% del totale delle famiglie residenti in Italia (quasi 23 milioni); sulla base della stessa indagine, si stima che nel 2006 erano in possesso di almeno una polizza malattia e/o infortuni circa 1,45 milioni di famiglie, il 6,1% del totale delle famiglie residenti in Italia.

Altri approfondimenti riguardano le modifiche normative apportate dalla Finanziaria 2007 sui fondi sanitari integrativi, le protezioni assicurative contro i danni ambientali e le garanzie assicurative disponibili per chi installa generatori di energia rinnovabile. Inoltre, si da conto dei recenti sviluppi nel mercato dei cat bond e si traccia un bilancio delle catastrofi naturali nel 2007.

Infine, il Rapporto riferisce delle numerose iniziative dell'ANIA in materia di prevenzione del rischio alluvionale, incendio e furto, nonché del certificato di assicurazione per i vettori aerei. In particolare, è illustrato il progetto SIGRA, che ha preparato una mappatura del rischio idrogeologico di tutto il territorio italiano.

L'ASSICURAZIONE R.C. AUTO

Nel 2007 l'ammontare complessivo dei premi del settore è stato pari a 18,2 miliardi di euro, l'1,0% in meno rispetto al 2006; si tratta del primo calo in valore assoluto del volume dei premi da quando è stata istituita l'obbligatorietà dell'assicurazione per i veicoli a motore (1969).

Sulla base dei dati forniti dall'ACI, il numero dei veicoli circolanti è aumentato dell'1,7% nei dodici mesi terminati lo scorso dicembre. Questo tasso di crescita è coerente con quello risultante nella banca dati SITA dell'ANIA e relativa alle targhe in copertura assicurativa, che riporta fra il 2006 e il 2007 un aumento dell'1,5% del numero di contratti per i quali è stato effettuato un quietanzamento di polizza. Inoltre, sulla base di un'apposita statistica, il numero dei veicoli-anno assicurati è aumentato dello 0,8% (da 43,209 milioni a 43,551 milioni).

Nonostante differenti approcci metodologici (ad esempio, l'utilizzo di dati di fine periodo o dati medi annui), lievi differenze nell'ambito di rilevazione (con riferimento al trattamento delle flotte, dei ciclomotori e ai mezzi di pubblica utilità) vi è concordanza tra le tre fonti statistiche: nel 2007 il numero dei veicoli assicurati è aumentato. Poiché il totale dei premi di competenza è diminuito dell'1%, si deduce che il prezzo medio della copertura è sceso nel 2007 di un valore compreso tra il 2% e il 3%.

Nel 2007 l'indice ISTAT dei prezzi r.c. auto è aumentato dell'1,5%, a fronte di una crescita dell'1,8% dell'indice generale dei prezzi. 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 sempre più spesso le imprese di assicurazione applicano rispetto alle tariffe pubblicate.

Nell'anno è aumentato notevolmente il divario tra la variazione dell'indice ISTAT e quella del prezzo medio. Tale divario è salito a 4,2 (2,7+1,5) punti percentuali a fronte di un valore medio di 2,2 punti nel quadriennio 2003-2006. Il fenomeno sembra attribuibile essenzialmente a tre misure previste dai c.d. decreti Bersani: abolizione degli sconti massimi, classe di bonus immutata per ulteriori veicoli acquistati e ritardo dell'attribuzione della classe di malus sino al momento del pagamento del sinistro e non quando esso è riservato. Queste misure hanno ridotto in misura consistente gli incassi delle compagnie e dunque il prezzo medio per polizza pagato dagli assicurati. Non hanno avuto – né potevano avere – alcun effetto riduttivo sui livelli tariffari e, dunque, sull'indice a pesi fissi misurato dall'ISTAT.

La frequenza sinistri, definita come il rapporto tra tutti i sinistri accaduti e denunciati con seguito (che hanno dato luogo a un risarcimento o lo daranno) nell'anno di generazione e i veicoli esposti al rischio di sinistro (misurati in base ai giorni di esposizione in un anno, cosiddetti veicoli-anno), è aumentata dal 7,47% nel 2006 al 7,74% nel 2007, con un incremento del 3,7%.

Il costo dei sinistri di competenza, variabile chiave per giudicare il funzionamento della procedura dell'indennizzo diretto, è stato pari a 14.794 milioni di euro, l'1,0% in meno rispetto al 2006. Tenuto conto che il numero dei sinistri complessivi (comprensivi della stima dei sinistri accaduti nel 2007 ma non ancora denunciati, cosiddetti sinistri IBNR) è stato pari a 3.767.725 (il 4,7% in più rispetto al 2006) il costo medio di ogni sinistro è sceso del 3,8%. Se poi si escludono dal numero e dal costo dei sinistri quelli IBNR oltre che il contributo fondo vittime della strada e altre partite residuali, il costo medio dei sinistri avvenuti nel 2007 è sceso del 5,3% rispetto all'anno precedente.

Per meglio indagare sulle cause dell'aumento della frequenza e la riduzione del costo medio sono necessari dati più dettagliati, al momento non disponibili. I due andamenti sarebbero coerenti con un aumento dei sinistri di lieve entità. È peraltro possibile che alla riduzione del costo medio abbia contribuito una riduzione delle spese legali e di contenzioso, nonché una più severa politica di liquidazione effettuata dalle imprese gestionarie.

Nel complesso gli oneri per sinistri, che oltre al costo dei sinistri di generazione corrente comprende l'andamento dei sinistri di generazioni passate, sono aumentati dell'1,0% rispetto al 2006, principalmente perché le riserve accumulate a fronte degli esercizi precedenti hanno mostrato una sufficienza di 61 milioni di euro, a fronte di 352 milioni nell'anno precedente. Ciò contribuisce a spiegare il peggioramento del rapporto tra gli oneri per sinistri e i premi di competenza, che è passato dal 79,5% nel 2006 all'80,7% nel 2007.

Le spese di gestione sono state pari a 3.344 milioni di euro (3.276 nel 2006) 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 (18,3%) è in aumento rispetto a quella del 2006 (17,8%); questa crescita, concentrata nelle spese di amministrazione, è attribuibile prevalentemente agli investimenti in informatica e in procedure connesse con l'avvio del nuovo sistema di risarcimento diretto.

Il saldo tecnico del lavoro diretto è stato negativo per 54 milioni di euro (era stato positivo e pari a 256 milioni di euro nel 2006). Considerati gli utili degli investimenti (pari a 962 milioni di euro contro 992 nel 2006), il risultato del conto tecnico è stato positivo per 908 milioni di euro (1.248 nel 2006). Tenuto conto del saldo della riassicurazione, il risultato complessivo del conto tecnico è stato positivo per 958 milioni di euro (1.257 nel 2006), con un'incidenza sui premi del 5,2% (6,8% nel 2006).

Il Rapporto dedica ampio spazio al bilancio dell'applicazione della normativa sull'indennizzo diretto. In particolare, l'approfondimento utilizza i dati raccolti da un'apposita statistica associativa che, per il totale ramo e le principali categorie di veicoli, rileva i sinistri accaduti nell'anno e le relative liquidazioni effettuate a titolo di risarcimento definitivo, sia per i sinistri che sono stati trattati in convenzione sia per quelli gestiti fuori convenzione. La statistica ha visto la partecipazione di 30 imprese cui fa capo il 68,5% della raccolta premi del 2007. In particolare, sono state raccolte informazioni relative a quasi 27 milioni di assicurati e a circa 2,1 milioni di sinistri.

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: il controllo della velocità, la guida in stato d'ebbrezza, la guida distratta, la protezione degli utenti deboli (pedoni e due ruote), l'individuazione e la messa in sicurezza delle tratte stradali più pericolose.

Sul piano normativo il Rapporto dedica spazio all'entrata in vigore del d.lgs. 6 novembre 2007, n. 198 che ha modificato varie norme del Codice delle assicurazioni, in attuazione della V Direttiva comunitaria sull'assicurazione r.c. auto (2005/14/CE), nel rispetto dei criteri di delega fissati dalla Legge comunitaria 2006 (l. 6 febbraio 2007, n. 13). Il provvedimento reca numerose novità e chiarimenti in materia di assicurazione r.c. auto, fra cui: l'equiparazione delle targhe provvisorie dei veicoli alle targhe definitive a fini assicurativi; la temporanea assicurabilità dei veicoli d'importazione da parte degli assicuratori del paese di destinazione; l'estensione delle ipotesi di intervento del Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada; l'estensione delle funzioni del Centro di Informazione Italiano presso l'ISVAP, il rilascio dell'attestato di rischio, relativo all'ultima annualità assicurativa completa, anche in corso di vigenza del contratto r.c. auto.

Con lettera al mercato dell'11 aprile 2008 l'ISVAP ha indicato alle imprese le linee operative del complesso progetto "Preventivatore Unico R.C. Auto", il cui obiettivo è quello di mettere a disposizione dei consumatori uno strumento di comparazione diretta e contestuale dei premi relativi a tutti i "prodotti" r.c. auto offerti da tutte le imprese operanti in Italia, a fini pro competitivi. L'ANIA ha rinnovato la disponibilità del settore a collaborare per la realizzazione del progetto; il Rapporto dà conto delle iniziative intraprese per rispettare l'impegnativo "timing" operativo per la realizzazione del progetto che dovrebbe concludersi entro il prossimo ottobre.

IL QUADRO NORMATIVO

Con la Legge finanziaria 2008 è stata introdotta nel nostro Paese l'azione collettiva risarcitoria a tutela dei consumatori. La nuova azione collettiva può essere promossa dalle Associazioni dei consumatori e degli utenti rappresentative a livello nazionale, iscritte nell'apposito elenco istituito presso il Ministero dello Sviluppo Economico ovvero da associazioni e comitati adeguatamente rappresentativi degli interessi collettivi fatti valere. L'azione viene esercitata nei confronti di un'impresa (inclusi gli Enti pubblici economici aventi finalità lucrative) che con il proprio comportamento abbia leso gli interessi dei membri di una medesima "classe" di consumatori o utenti. Il consumatore italiano che voglia avvantaggiarsi degli effetti dell'azione collettiva dovrà dichiarare in maniera esplicita l'intenzione di aderirvi. Rimane consentita l'azione individuale dei consumatori che non abbiano aderito o non siano intervenuti nel giudizio.

I lavori sul progetto Solvency II proseguono intensamente, a livello comunitario, secondo il calendario a suo tempo fissato dalle Autorità europee. La proposta di direttiva quadro, ufficializzata dalla Commissione europea il 10 luglio dello scorso anno e poi ripresentata, con alcune modifiche, il 26 febbraio 2008, dovrebbe essere approvata all'inizio del prossimo anno. Si prevede che il regime Solvency II possa entrare in vigore nei paesi membri alla fine del 2012. Gli argomenti più rilevanti attualmente in discussione sono: la vigilanza sui gruppi; il trattamento del rischio azionario nel calcolo del Solvency Capital Requirement; il criterio di calcolo del Minimum Capital Requirement; l'utilizzo degli utili discrezionali del ramo vita per assorbire eventuali perdite subite dall'impresa in caso di shock (Surplus funds); l'applicabilità di Solvency II ai fondi pensione.

Con riferimento al progetto "Insurance Contracts" dell'International Accounting Standard Board (IASB) nel corso del 2007 è terminata la pubblica consultazione sul Discussion Paper "Preliminary views on Insurance Contracts". Tra le principali osservazioni pervenute al Board tramite le lettere di commento sono di particolare rilievo:

- la generale condivisione del modello di valutazione delle riserve tecniche basato sui tre builing blocks ma la necessità di ulteriori approfondimenti su aspetti legati al suddetto approccio quali, ad esempio, "profit at inception", "service margin", impiego di dati specifici dell'impresa e attualizzazione delle passività relative al ramo danni;
- l'incertezza sull'applicazione del concetto di "current exit value" alle passività assicurative per le cui componenti può non esistere un mercato secondario di riferimento;
- l'esigenza di analizzare ulteriormente la valutazione dei "participating contract", il trattamento dei premi e il "policyholder behaviour";
- la necessità di un field test prima dell'adozione dei nuovi approcci contabili;
- l'interazione con altri principi IAS e progetti.

A seguito dell'esposto presentato dall'ANIA alla Commissione europea – cui ha fatto seguito quello dell'ABI – il Governo italiano è stato sollecitato a estendere la riduzione del cuneo fiscale a banche, società finanziarie e assicurazioni e a razionalizzare la determinazione della base imponibile ai fini IRAP delle stesse banche e società finanziarie. L'estensione del beneficio al settore bancario e assicurativo ha riguardato in particolare la deduzione di 5.000 euro, su base annua, per ogni lavoratore dipendente a tempo indeterminato impiegato nel periodo d'imposta; tale deduzione è ragguagliata ai giorni di durata del rapporto di lavoro nel corso del periodo d'imposta. A questa deduzione si aggiunge quella dei contributi previdenziali e assistenziali relativi ai lavoratori dipendenti a tempo indeterminato. Si tratta dei contributi della specie a carico del datore di lavoro. Il risparmio d'imposta di competenza, conseguito da banche e assicurazioni è stato stimato dalla

relazione tecnica del provvedimento in: 252 milioni di euro per il 2007; 370 milioni di euro per il 2008 e 380 milioni di euro per il 2009. Inoltre, il Rapporto riferisce delle modifiche al regime di IRES e IRAP introdotte dalla Legge finanziaria del 2007.

Infine il Rapporto dà sinteticamente conto delle principali innovazioni recate dai Regolamenti emanati dall'ISVAP in attuazione del Codice delle assicurazioni e dai regolamenti, non ancora emanati, per i quali si è già conclusa la fase di consultazione.

LA CONGIUNTURA ECONOMICA INTERNAZIONALE

Nel 2007 la crescita dell'economia globale è rimasta sostenuta: secondo il Fondo Monetario Internazionale, l'economia mondiale è cresciuta del 4,9%, un tasso leggermente inferiore al 5,0% del 2006, ma ancora al di sopra della media di lungo periodo. Nel corso dell'anno la crescita ha però rallentato nei principali paesi industrializzati, anche per effetto delle turbolenze finanziarie, mentre le economie emergenti hanno continuato a crescere a ritmi sostenuti (figura 1). Il forte ritmo di sviluppo di queste economie è una delle motivazioni del rapido aumento dei prezzi delle materie prime, che ha provocato un rialzo globale dell'inflazione.

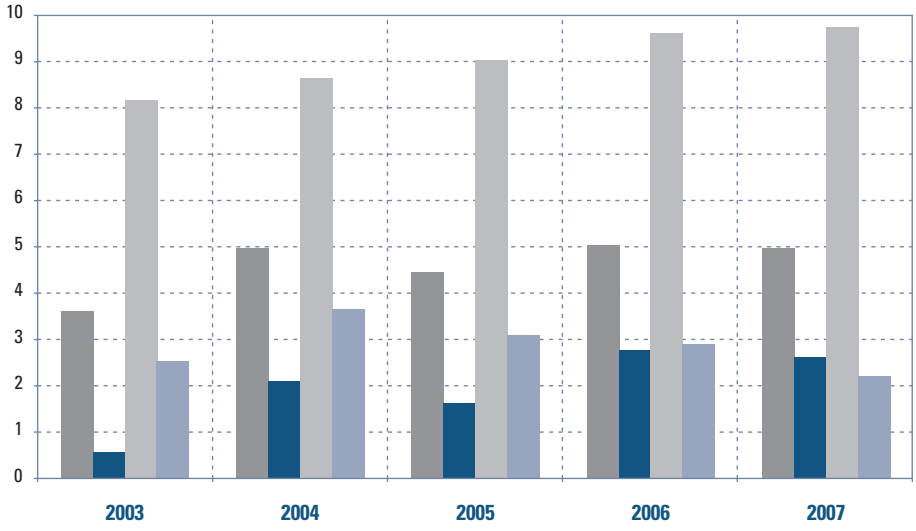


FIGURA 1
LA CRESCITA DELL'ECONOMIA MONDIALE
Variazione % rispetto all'anno precedente

- *Mondo*
- *Area dell'euro*
- *Cina/India*
- *Stati Uniti*

Fonte: Fondo Monetario Internazionale

Negli Stati Uniti il PIL è cresciuto del 2,2%, a fronte del 2,9% del 2006. La contrazione degli investimenti immobiliari, conseguenza della riduzione dei prezzi degli immobili avrebbe, secondo il Fondo Monetario Internazionale, ridotto da sola la crescita di un punto percentuale. Le altre componenti della domanda interna hanno anch'esse rallentato in maniera sensibile: i consumi delle famiglie sono stati penalizzati dall'accelerazione dell'inflazione, dall'effetto ricchezza negativo (dovuto alla perdita di valore degli immobili) e dalla riduzione del credito bancario che ha posto un freno anche all'espansione degli investimenti in macchinari e impianti.

L'indebolimento della domanda interna e il forte deprezzamento del dollaro hanno contribuito a ridurre gli squilibri della bilancia dei pagamenti. Il disavanzo delle partite correnti si è ridotto al 4,2% del PIL, dopo aver raggiunto il 6% nel 2006. Nel corso dell'anno i prezzi al consumo sono saliti del 2,9%, mostrando una forte accelerazione negli ultimi mesi.

I dati relativi al primo trimestre del 2008 descrivono una situazione prossima alla recessione e un continuo aumento dell'inflazione. Nei primi tre mesi dell'anno il PIL è cresciuto dello 0,15% rispetto all'ultimo trimestre del 2007. Si

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

	2005	2006	2007
PIL a prezzi costanti	1,6	2,8	2,6
di cui:			
Consumi delle famiglie	1,6	1,8	1,5
Investimenti fissi lordi	3,0	5,0	4,3
Esportazioni	4,7	7,9	6,0
Importazioni	5,4	7,7	5,2

Fonte: Eurostat

tratta del tasso di crescita congiunturale più basso dal 2001. In più, secondo le prime stime, gran parte della crescita sarebbe dovuta all'accumulazione di scorte e non a un aumento della domanda. L'inflazione, inoltre, dal novembre 2007 è stabilmente al di sopra del 4%.

Nell'area dell'euro gli effetti della crisi finanziaria sono stati più contenuti. Nel 2007 il PIL è cresciuto del 2,6%, in linea col 2,8% del 2006 (tavola 1), mostrando tuttavia evidenti segnali di rallentamento: nel quarto trimestre la crescita rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente è stata dell'1,5%. La domanda interna è sorretta dalla buona situazione del mercato del lavoro, per quanto riguarda il consumo, e dalla condizione finanziaria delle imprese, per quanto riguarda l'investimento, ma sconta un rapido deterioramento del clima di fiducia e, in prospettiva, di condizioni di credito meno vantaggiose. Il marcato apprezzamento dell'euro penalizza poi le esportazioni.

Anche nell'area dell'euro l'inflazione è cresciuta rapidamente: passando dall'1,9% del gennaio 2007 al 3,1% del gennaio 2008, per crescere fino al 3,6% di marzo.

LA CONGIUNTURA ECONOMICA IN ITALIA

TAVOLA 2
ITALIA, PIL E COMPONENTI DELLA DOMANDA.
(Variazioni % annue)

	2005	2006	2007
PIL	0,6	1,8	1,5
Consumi privati	0,9	1,1	1,4
Consumi delle AP	1,9	0,9	1,3
Investimenti	0,7	2,5	1,2
Esportazioni	1,0	6,2	5,0
Importazioni (-)	2,2	5,9	4,4

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, Conti nazionali

Nel 2007 il PIL italiano è aumentato dell'1,5%, in leggera flessione rispetto all'1,8% nel 2006 (tavola 2), con una marcata decelerazione nell'ultimo trimestre. I consumi delle famiglie e le esportazioni hanno sostenuto in maniera rilevante la crescita, mentre gli investimenti hanno apportato un contributo via via decrescente.

I consumi delle famiglie sono aumentati dell'1,4%, in lieve aumento rispetto al 2006 (1,1%) e in linea con la crescita stimata del reddito disponibile in termini reali. La spesa delle famiglie ha privilegiato i beni durevoli e in particolare i mezzi di trasporto, grazie anche alle misure di incentivazione fiscale.

Il progressivo rallentamento della produzione industriale, il peggioramento del clima di fiducia e le tensioni sul mercato del credito hanno rallentato gli investimenti nella seconda metà dell'anno: la crescita nel 2007 è stata dell'1,2%, la metà rispetto al 2,5% nel 2006.

Le esportazioni sono aumentate del 5,0%, un tasso superiore alla media del quinquennio precedente, ma inferiore rispetto a quello della domanda mondiale.

I prezzi al consumo sono aumentati nel 2007 dell'1,8%, 2,0% se si considera l'indice armonizzato (tavola 3). Negli ultimi mesi dell'anno si è tuttavia registrata una forte accelerazione: a dicembre il tasso di crescita a dodici mesi

dell'indice generale era pari al 2,8%, a causa della ripresa della crescita dei prezzi petroliferi e del forte rincaro di quelli delle materie prime alimentari.

TAVOLA 3
PREZZI AL CONSUMO IN ITALIA

	Variazione percentuale (2006)	Variazione percentuale (2007)	Pesi percentuali (2007)	Contributi all'inflazione media (2007)
Indice generale	**2,1**	**1,8**	**100,0**	
Beni e servizi a prezzo non regolamentato	**1,9**	**2,1**	**81,5**	**1,71**
Alimentari freschi	1,4	3,4	6,7	0,23
Alimentari trasformati	1,9	2,4	10,6	0,25
Beni non alim. non energ. Liberi	1,2	1,2	27,5	0,33
Servizi liberi	2,4	2,6	32,2	0,84
di cui:				
Assicurazioni mezzi di trasporto	2,3	1,5	1,1	0.02
Servizi finanziari	1,7	-1,0	0,9	-0,01
Riparazioni mezzi di trasporto	3,6	4,0	3,5	0,14
Energetici liberi	6,0	0,6	4,6	0,03
Beni e servizi a prezzo regolamentato	**2,8**	**0,6**	**18,5**	**0,11**
Medicinali	-3,7	-5,2	2,7	-0,14
Tabacchi	6,3	4,2	2,1	0,09
Tariffe	4,1	0,9	10,8	0,10

Fonte: ISTAT

L'indebitamento netto delle Amministrazioni pubbliche è sceso all'1,9% del PIL, 1,5 punti percentuali in meno rispetto al 2006 (tavola 4). Questo risultato, migliore delle previsioni del governo, è attribuibile in gran parte all'aumento della pressione fiscale, che ha raggiunto il 43,3% del PIL, valore superiore di oltre due punti percentuali alla media degli altri paesi dell'area dell'euro. La dinamica delle entrate è stata favorita dal miglioramento dei conti delle imprese nel 2006 e dall'aumento dei contributi sociali (anche per effetto del trasferimento all'INPS del TFR non destinato ai fondi pensione dai lavoratori delle imprese con oltre 50 addetti). Vi hanno contribuito misure discrezionali, comprese quelle volte all'ampliamento della base imponibile e al contrasto di elusione ed evasione fiscale. La spesa corrente al netto degli interessi è diminuita lievemente, raggiungendo il 39,6% del PIL, ma rimane su livelli storicamente molto elevati. La riduzione del fabbisogno ha determinato l'abbassamento del rapporto debito/PIL, sceso nell'anno dal 106,5% al 104,0%.

TAVOLA 4
CONTI PUBBLICI
(dati in % del PIL)

	2006	2007
Spesa al netto degli interessi	44,7	44,1
Entrate	45,9	47,2
di cui: pressione fiscale	42,1	43,3
Saldo Primario	1,3	3,1
Spesa per interessi	4,6	5,0
Indebitamento netto	3,4	1,9
Debito	106,5	104,0

Fonte: ISTAT, i dati per il 2007 sono provvisori

I dati relativi al primo trimestre del 2008 delineano uno scenario di rallentamento della crescita economica e di un irrobustimento delle pressioni inflazionistiche. Nei primi due mesi dell'anno la produzione industriale è scesa dello 0,9% rispetto al corrispondente periodo nel 2007, mentre in aprile il tasso di crescita tendenziale dell'indice generale dei prezzi è stato pari al 3,5%.

Continua il forte aumento delle entrate: nei primi mesi dell'anno sono stati superiori del 6,4% rispetto allo stesso periodo nel 2007.

I MERCATI FINANZIARI

Il mercato del credito e i tassi d'interesse

La crisi finanziaria ha cominciato a manifestarsi all'inizio di agosto quando, a seguito di una forte correzione dei prezzi degli immobili negli Stati Uniti, il numero dei mutui subprime (ovvero concessi a famiglie con basso merito di credito) andati in sofferenza ha cominciato a crescere rapidamente. Questo ha determinato un repentino incremento dei tassi di interesse, inizialmente delle obbligazioni create dalla cartolarizzazione dei prestiti immobiliari (alcune delle quali sono andate in default) e successivamente al complesso delle obbligazioni private. Questo ha avuto ripercussioni negative sulla situazione di molti intermediari finanziari che negli ultimi anni avevano raggiunto un elevato grado di indebitamento. Il Fondo Monetario Internazionale stima che le perdite complessive potrebbero raggiungere i 945 miliardi di dollari, mettendo a dura prova l'adeguatezza patrimoniale di molte banche negli Stati Uniti e in Europa.

La conseguenza principale della crisi è stata la rapida riduzione della liquidità sul mercato interbancario, testimoniata dal repentino aumento del differenziale tra i tassi interbancari e il rendimento delle obbligazioni statali, avvenuto sia negli Stati Uniti sia, in misura più ridotta, nell'area dell'euro (figura 2).

FIGURA 2
DIFFERENZIALE TRA IL TASSO INTERBANCARIO A 3 MESI E IL RENDIMENTO DEI TITOLI PUBBLICI A 3 MESI

Fonte: Thomson Financial, Datastream

La forte incertezza sull'ammontare delle perdite connesse con i default delle obbligazioni legate ai mutui subprime e con gli impegni contrattuali a fornire risorse alle entità che le emettevano hanno spinto le banche a ricercare liquidità, anche riducendo le linee di credito. I massicci interventi delle banche centrali, che a più riprese hanno iniettato liquidità nel sistema, hanno alleggerito temporaneamente le tensioni sul mercato.

La Federal Reserve ha abbassato in maniera significativa i tassi d'interesse, anche per fronteggiare il moltiplicarsi dei segnali di rallentamento dell'attività economica: dall'estate 2007 al marzo di quest'anno il tasso obiettivo sui Federal Funds è sceso dal 5,25% al 2% (figura 3). Al contrario la BCE, dopo aver rialzato nei mesi di marzo e di giugno dell'anno passato il tasso di riferimento dal 3,5% al 4%, al fine di contrastare l'emergere di rischi inflazionistici, non lo ha modificato dopo l'estate, stretta tra i timori di possibili effetti delle turbolenze finanziarie sull'economia reale e il brusco aumento dell'inflazione registrato dall'autunno.

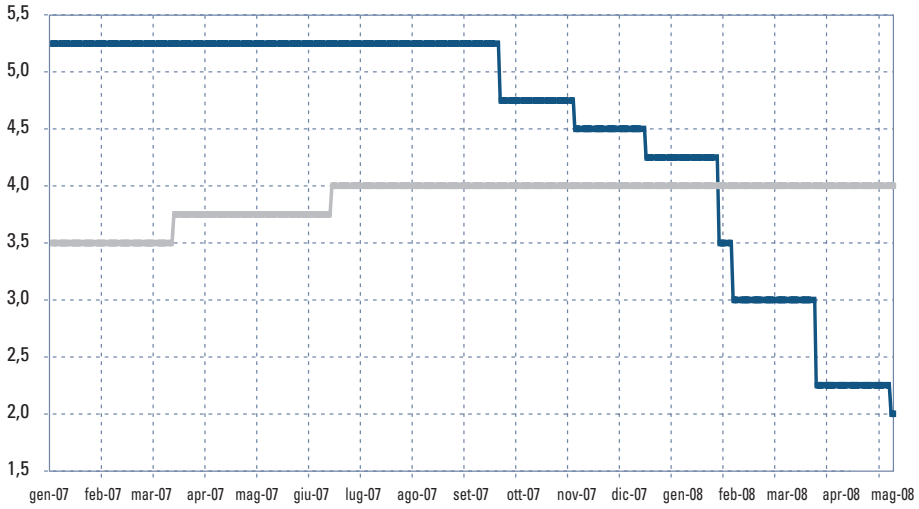


FIGURA 3
I TASSI UFFICIALI DELLA POLITICA MONETARIA

Stati Uniti
Area dell'euro

Fonte: Federal Reserve e Banca Centrale Europea

Le turbolenze finanziarie hanno determinato la ricerca di liquidità degli operatori e un aumento dell'avversione al rischio degli investitori: ne hanno risentito anche i rendimenti dei titoli di Stato. Lo spread tra titoli decennali italiani e tedeschi è salito da 20 punti base nel giugno 2007 a 37 nel maggio 2007, dopo aver toccato in marzo i 57 punti base (figura 4). Andamenti simili, ma con

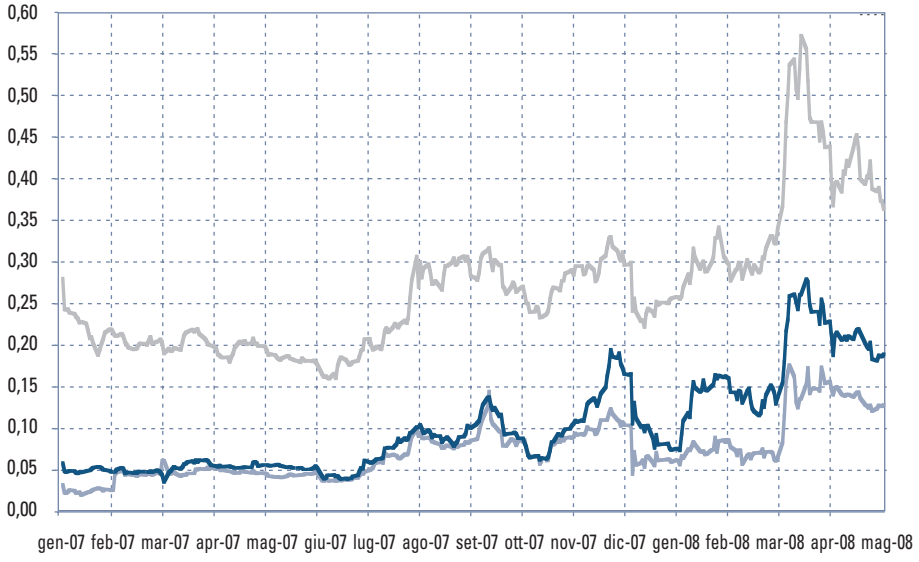


FIGURA 4
DIFFERENZIALE TRA IL RENDIMENTO DELLE OBBLIGAZIONI A 10 ANNI RISPETTO AI BUND TEDESCHI DI UGUALE DURATA

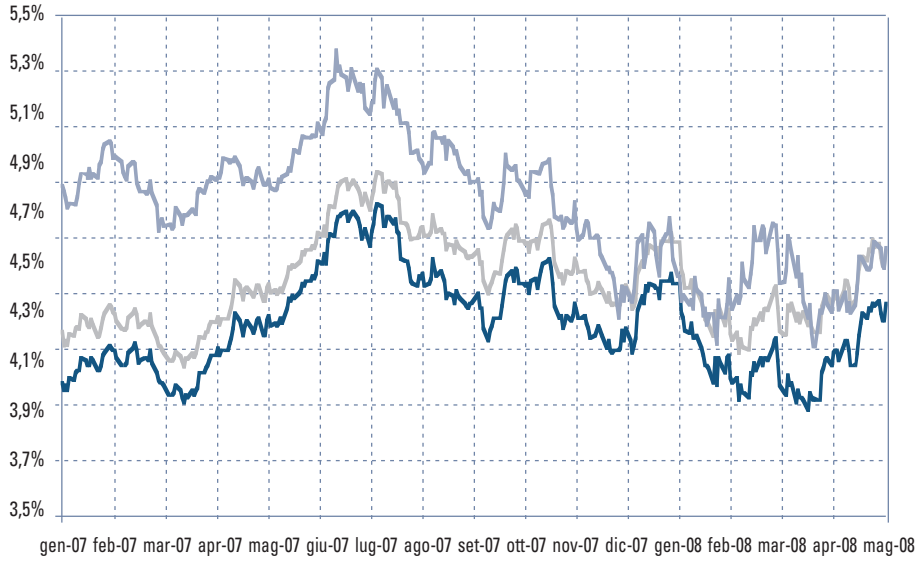
Francia
Italia
Spagna

Fonte: Thomson Financial, Datastream

variazioni più contenute, si sono registrati negli spread relativi agli altri paesi dell'area dell'euro.

Il livello dei tassi a 10 anni è comunque rimasto piuttosto stabile nell'area dell'euro, mentre negli Stati Uniti ha registrato una marcata discesa, dovuta sia ai più bassi tassi a breve termine sia al massiccio acquisto di titoli privi di rischio da parte degli investitori (figura 5).

FIGURA 5
RENDIMENTO DEI TITOLI DI STATO A 10 ANNI



Fonte: Thomson Financial, Datastream

La contrazione del credito, l'indebolimento della congiuntura economica e il rialzo dei premi per il rischio hanno contribuito all'aumento degli spread sulle obbligazioni private che, secondo le stime del Fondo Monetario Internazionale, sono ai livelli più alti dal 2002. Tuttavia, il basso livello dei tassi d'interesse contribuisce a contenere i rendimenti.

I mercati azionari

Anche il mercato azionario ha risentito della crisi, specialmente a partire dall'inizio del 2008, quando alle preoccupazioni relative alla robustezza del sistema finanziario si sono aggiunte le prospettive negative riguardo alla congiuntura economica. Durante la prima metà del 2007 le quotazioni azionarie sono salite, seppur a velocità differenti, sia in Europa sia negli Stati Uniti. All'inizio di agosto si sono registrate perdite superiori al 10% nel giro di pochi giorni. Nei mesi successivi le quotazioni di borsa hanno avuto un andamento estremamente volatile. All'inizio dello scorso maggio il calo dell'indice relativo all'area dell'euro era del 5,7% rispetto all'inizio del 2007, mentre per Stati Uniti e Regno Unito si registrava un calo maggiore, pari all'11,2% (figura 6).

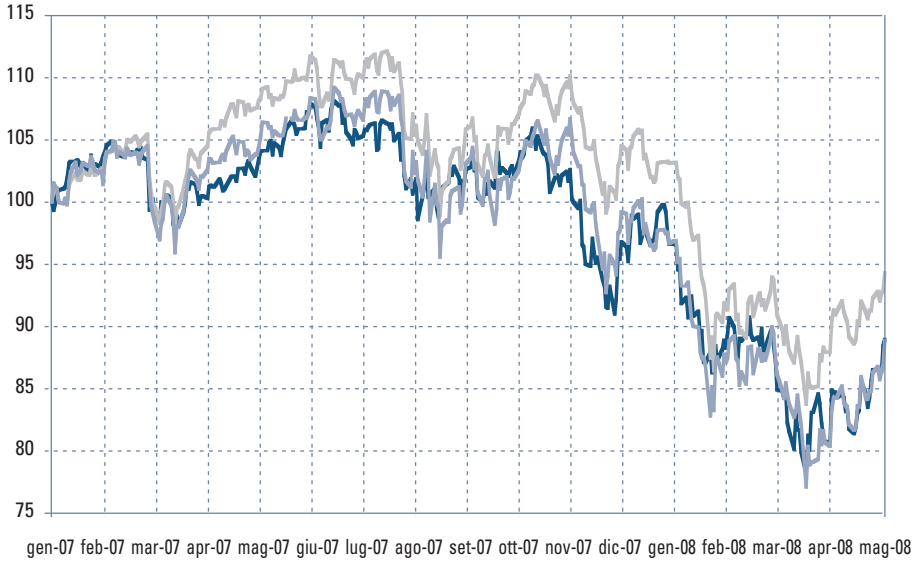


FIGURA 6
INDICI AZIONARI
(COMPRENSIVI DI DIVIDENDI E CALCOLATI IN EURO)
2 gennaio 2007 = 100

Stati Uniti
Area dell'euro
Regno Unito

Fonte: Thomson Financial, Datastream

La caduta dei prezzi delle azioni, unita alla riduzione dei tassi di interesse reali, ha fatto crescere il premio per il rischio sugli investimenti azionari, che a maggio 2008 era nei principali paesi industrializzati (a eccezione di Germania e Giappone) ben al di sopra del livello di lungo periodo del 3% (figura 7).

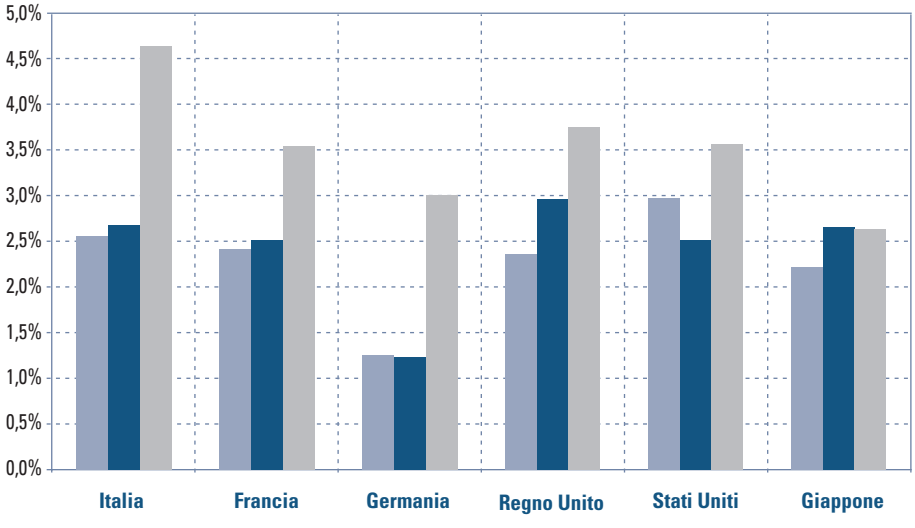


FIGURA 7
PREMIO % PER IL RISCHIO SUGLI INVESTIMENTI AZIONARI - FORMULA DI GORDON

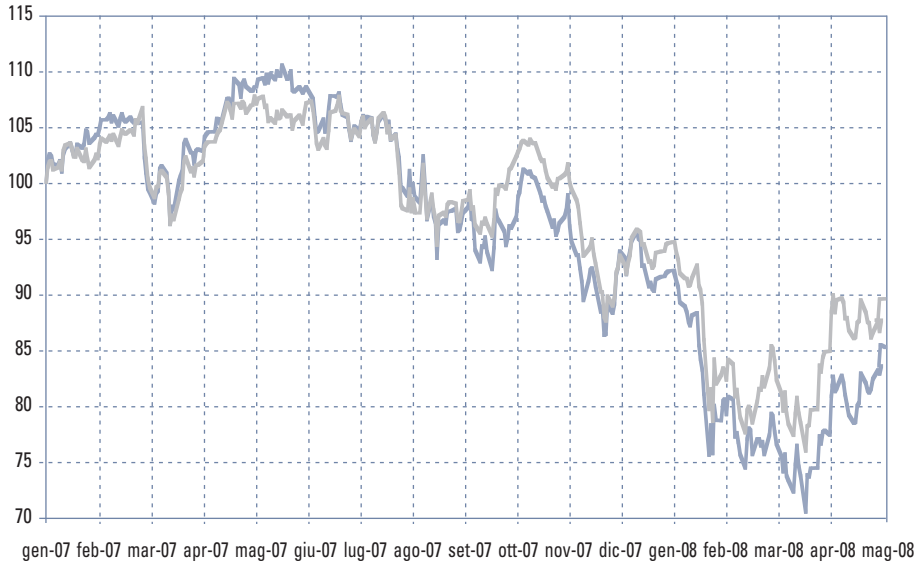
Gennaio 2007
Dicembre 2007
Maggio 2008

Fonte: Elaborazione su dati OCSE e Thomson Financial, Datastream

La correzione delle quotazioni azionarie è stata particolarmente evidente per le azioni del settore bancario e in generale dell'intermediazione finanziaria. Nell'area dell'euro l'indice Datastream relativo al settore bancario ha perso nel corso del 2007 il 9%, scendendo di un ulteriore 12% nel mese di gennaio, dopo l'emersione di problemi patrimoniali in alcune tra le maggiori banche europee. Nei successivi tre mesi si è assistito a un lento recupero, che ha portato a inizio maggio a una perdita rispetto a gennaio dell'anno scorso del

14,5% (figura 8). L'indice delle imprese assicurative mostra un andamento simile, ma registra perdite più contenute: dal gennaio del 2007 al maggio scorso il calo è stato del 10,5%.

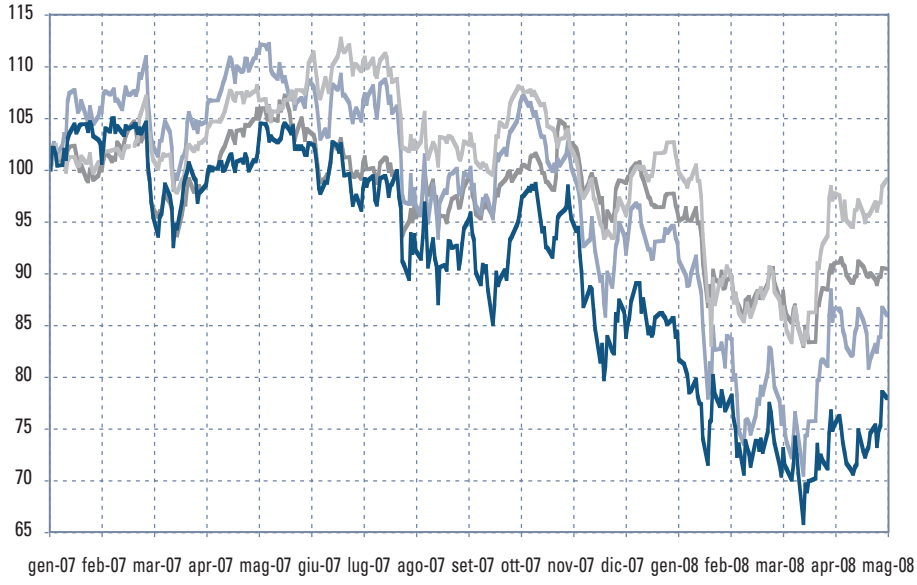
FIGURA 8
INDICI BORSISTICI SETTORIALI DELL'AREA DELL'EURO (COMPRENSIVI DI DIVIDENDI)
2 gennaio 2007 = 100



Fonte: Thomson Financial, Datastream

L'andamento degli indici assicurativi nei singoli paesi riflette l'esposizione delle compagnie nazionali alla crisi e l'impatto che questa ha avuto sul sistema finanziario locale. L'indice inglese dal gennaio del 2007 al maggio del 2008 ha perso il 22%, mentre nell'Europa continentale si registrano cali meno consistenti: -14% in Francia, -10% in Italia e -1% in Germania (figura 9).

FIGURA 9
INDICI DEL SETTORE ASSICURATIVO NEI PRINCIPALI MERCATI EUROPEI (COMPRENSIVI DI DIVIDENDI E CALCOLATI IN EURO)
2 gennaio 2007 = 100



Fonte: Thomson Financial, Datastream

L'impatto relativamente più forte della crisi finanziaria sulle quotazioni delle compagnie assicurative ne ha aumentato la volatilità e ridotto la correlazione rispetto al complesso del mercato. Ciò è testimoniato anche dalla diminuzione della ciclicità degli indici del settore, misurata attraverso il beta calcolato rispetto all'indice complessivo, in tutti i principali mercati europei (tavola 5).

TAVOLA 5
BETA DEGLI INDICI ASSICURATIVI

	maggio 2008	maggio 2007
Italia	0,95	1,36
Francia	1,23	1,69
Germania	1,05	1,44
Regno Unito	1,35	1,71

Fonte: Thomson Financial, Datastream

LE CONSEGUENZE PER IL SETTORE ASSICURATIVO DELLE TURBOLENZE FINANZIARIE

La crisi del mercato internazionale del credito originata dai default delle obbligazioni legate ai mutui immobiliari statunitensi ha colpito anche il settore assicurativo, sebbene in misura molto inferiore a quello bancario. Dall'inizio di maggio 2007 alla fine di marzo 2008, a fronte di un calo dell'indice borsistico europeo complessivo di Datastream del 5,7%, l'indice relativo alle compagnie di assicurazione ha perso il 10,5%, mentre quello delle banche è sceso del 14,5%.

L'impatto relativamente ridotto del settore assicurativo è dovuto prima di tutto all'esposizione molto limitata al tipo di prodotti finanziari che hanno provocato la crisi di credito. Negli Stati Uniti, dove l'esposizione è più elevata, le compagnie di assicurazione detenevano il 25,7% dei mutui subprime (tavola 1), appartenenti però alle *tranches* meno rischiose, dato che il settore ha sofferto solo il 21,3% delle perdite.

TAVOLA 1
STATI UNITI, ESPOSIZIONE E PERDITE DOVUTE AI MUTUI SUBPRIME
gennaio-novembre 2007

	Esposizione	Perdite
Banche	38,8	41,3
Hedge Funds	23,8	29,2
Assicurazioni	25,7	21,3
Altri	11,7	8,2

Fonte: IMF-Global Financial Stability Report. Aprile 2008

Negli Stati Uniti a essere particolarmente colpito è stato il settore delle assicurazioni *monoline*, che forniscono garanzie alle emissioni obbligazionarie. Tradizionalmente questi operatori assicuravano il debito emesso dalle amministrazioni pubbliche, ma negli ultimi anni il loro ambito di azione si è esteso anche ai prodotti creditizi strutturati e alle obbligazioni private. Le ingenti perdite subite a causa del default di alcuni prodotti, oltre che avere ridotto significativamente le riserve di alcuni di questi operatori, ne hanno abbassato il rating con conseguenze negative sulla valutazione del rischio di credito delle emissioni obbligazionarie che godevano della loro protezione.

In Europa l'impatto è stato finora piuttosto limitato, con effetti evidenti solo in un numero ristretto di compagnie. L'agenzia di rating Moody's nota che le assicurazioni sono poco attratte da prodotti con alti livelli di rischio di credito, che hanno dunque un peso molto limitato nei loro investimenti. Dopo le forti perdite in borsa nel 2001 e nel 2002, le scelte di investimento si sono orientate verso attivi di qualità elevata. Inoltre, la prossima adozione di Solvency II richiederebbe l'assorbimento di una quantità significativa di capitale in caso di investimenti a rischio elevato, come azioni e obbligazioni con rating basso, infine l'esigenza di avere attivi denominati nella stessa valuta e

con la stessa localizzazione geografica delle passività renderebbe poco attraente l'investimento in titoli statunitensi in dollari. Da un'indagine condotta da Fitch su 41 gruppi assicurativi europei risulta che solo 13 gruppi hanno esposizione a obbligazioni collegate a mutui *subprime*, che costituiscono comunque meno dello 0,5% dei loro investimenti. Per Moody's rischi molto più significativi potrebbero emergere nei prossimi mesi, se le turbolenze dovessero continuare e andassero a interessare in maniera rilevante i mercati di attività finanziarie in cui gli investimenti dei gruppi assicurativi sono più rilevanti. Se poi si verificassero cali significativi nei corsi azionari e altre vendite massicce di attivi di qualità più alta, le imprese di assicurazione potrebbero avere maggiori difficoltà nel raccogliere capitale sui mercati.

Secondo Standard & Poor's i problemi di liquidità che stanno affliggendo le banche non dovrebbero porsi per le assicurazioni dato che il debito a breve termine che emettono è molto limitato. Secondo l'agenzia di rating solo otto compagnie in Europa emettono carta commerciale, in ammontare limitato e supportato da linee di credito bancario. Inoltre l'utilizzo di questi strumenti avviene solo per rendere più flessibili i flussi di finanziamento. Per l'agenzia di rating una fonte di preoccupazione maggiore potrebbe essere l'emergere, nei prossimi mesi, di contenziosi tra azionisti, clienti e manager degli intermediari finanziari più colpiti dalla crisi. Questo potrebbe portare a un forte aumento dei risarcimenti coperti da polizze Director & Officer.

Tuttavia anche le compagnie di assicurazione europee hanno sofferto del forte e generalizzato deterioramento delle condizioni di credito. L'indice Datastream degli spread sui credit default swap per il settore ha avuto infatti un andamento simile a quello dell'industria bancaria (figura 1), passando dai circa 9 punti base della prima metà dell'anno ai 117 della fine di marzo (contro i 132 per le banche).

FIGURA 1
INDICI DI CREDIT DEFAULT SWAP A CINQUE ANNI

Fonte: Thomson Financial, Datastream

Sono lievemente aumentate nel corso dell'anno le imprese operanti in Italia, soprattutto per la presenza di nuove rappresentanze estere attive nel settore danni.

LE IMPRESE IN ESERCIZIO

Le imprese di assicurazione in esercizio al 30 aprile 2008 sono 246 (242 alla stessa data dell'anno precedente), di cui 167 aventi sede legale in Italia (166 un anno prima) e 79 rappresentanze di imprese estere (76 un anno prima), per la maggior parte (75) comunitarie.

Esercitano esclusivamente i rami vita 84 imprese (di cui 16 rappresentanze) ed esclusivamente i rami danni 133 (di cui 53 rappresentanze); esercitano sia i rami vita sia i rami danni 22 imprese che rappresentano in termini di quota di mercato il 50,1% della raccolta premi totale; esercitano la sola riassicurazione 7 imprese (di cui 6 rappresentanze).

Sono socie dell'ANIA 181 imprese (di cui 19 socie corrispondenti), che raccolgono circa il 90% dei premi dell'intero mercato.

Con riferimento alla natura giuridica delle 167 imprese aventi sede legale in Italia, si distinguono 163 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 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**
Situazione al 30 aprile 2008					
Società per azioni	68	78	16	1	163
Società cooperative	-	-	1	-	1
Società mutue	-	2	1	-	3
Totale imprese con sede in Italia	68	80	18	1	167
Rappresentanze estere	16	53	4	6	79
di cui con sede in paesi UE	*16*	*50*	*4*	*5*	*75*
Totale imprese	**84**	**133**	**22**	**7**	**246**

NUMERO DI IMPRESE NEI PAESI UE15
Dati al 31 dicembre

	2002	2003	2004	2005	2006
Austria	72	71	71	73	73
Belgio	201	189	181	171	161
Danimarca	226	214	213	206	206
Finlandia	68	68	68	67	67
Francia	495	486	475	486	480
Germania	703	703	662	663	655
Grecia	102	100	99	95	90
Irlanda	199	224	217	226	226
Italia	254	249	245	239	244
Lussemburgo	95	95	95	95	95
Olanda	341	335	317	300	300
Portogallo	85	74	70	70	71
Regno Unito*	806	772	1.167	1.170	1.170
Spagna	334	328	379	362	362
Svezia	448	440	428	415	392
Totale	**4.429**	**4.348**	**4.687**	**4.638**	**4.592**

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

PREMI PER IMPRESA NEI PAESI UE15
Valori in milioni di euro

	2002	2003	2004	2005	2006
Austria	175	185	197	210	213
Belgio	111	136	157	198	184
Danimarca	59	70	74	81	91
Finlandia	180	186	194	213	223
Francia	267	292	333	360	413
Germania	201	210	230	238	247
Grecia	28	32	37	41	48
Irlanda	56	53	55	57	66
Italia	345	390	412	459	406
Lussemburgo	68	77	94	121	130
Olanda	129	139	154	166	216
Portogallo	99	128	150	192	185
Regno Unito*	289	277	188	189	218
Spagna	144	127	119	134	145
Svezia	38	44	45	54	59
Totale	**179**	**182**	**192**	**205**	**221**

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

L'assicurazione italiana: i dati significativi 2007

Nel 2007 i risultati economici delle imprese di assicurazione italiane sono stati positivi e in linea con quelli dell'anno precedente. Il ROE complessivo del settore è passato dall'11,4% del 2006 al 12,4% del 2007. Il miglioramento del risultato dell'attività straordinaria ha più che compensato il lieve peggioramento registrato, in valore assoluto, dal risultato tecnico complessivo dei rami danni e vita.

IL CONTO ECONOMICO

CONTO ECONOMICO
Valori in milioni di euro

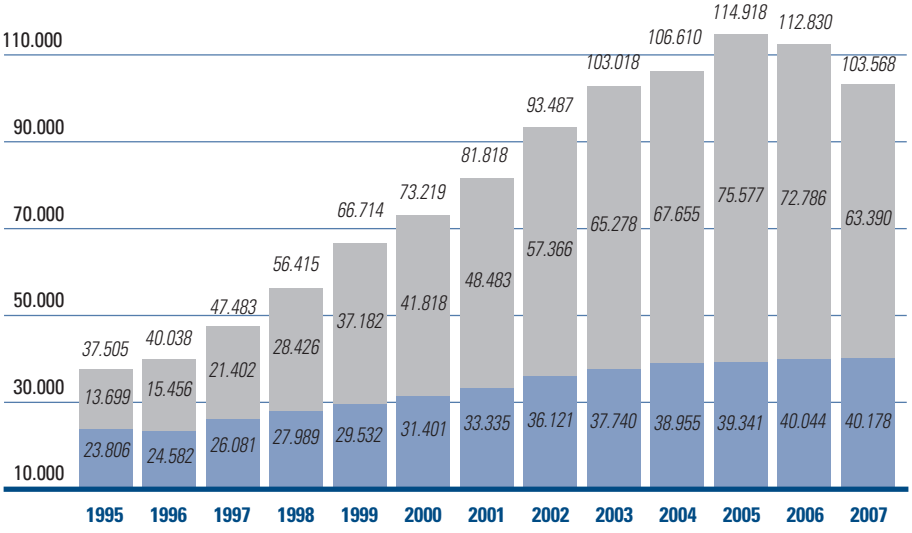
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Conto tecnico dei rami danni e vita (*)							
Premi diretti e indiretti	75.240	86.350	95.646	100.098	108.451	106.273	97.026
Variazione riserve (-)	30.046	32.645	43.720	40.427	41.999	19.189	-9.477
Utile investimenti	5.435	3.939	13.090	16.316	20.064	15.132	10.882
Altri proventi tecnici	780	980	1.135	1.215	1.321	1.337	1.431
Oneri relativi ai sinistri (-)	38.240	44.459	48.994	58.826	68.236	83.971	99.219
Spese di gestione (-)	10.208	10.648	11.346	11.927	12.567	13.345	13.417
Altri oneri tecnici (-)	897	1.088	1.656	1.430	1.241	1.434	1.636
Risultato	**2.064**	**2.429**	**4.155**	**5.019**	**5.792**	**4.803**	**4.544**
Conto tecnico dei rami danni (*)							
Premi diretti e indiretti	28.915	30.958	32.729	34.208	34.663	35.458	35.471
Variazione riserve premi (-)	835	825	656	599	638	629	618
Utile investimenti	1.931	1.483	2.012	2.234	2.318	2.115	2.188
Altri proventi tecnici	409	321	371	371	319	371	367
Oneri relativi ai sinistri (-)	22.224	22.736	23.633	24.269	24.294	25.058	24.844
Spese di gestione (-)	6.851	7.178	7.522	7.949	8.184	8.366	8.669
Altri oneri tecnici (-)	696	760	874	1.045	883	1.082	1.010
Risultato	**649**	**1.263**	**2.427**	**2.951**	**3.302**	**2.808**	**2.885**
Conto tecnico dei rami vita (*)							
Premi diretti e indiretti	46.325	55.392	62.917	65.890	73.788	70.815	61.555
Variazione riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	29.211	31.820	43.064	39.828	41.361	18.561	-10.095
Utile investimenti	3.504	2.456	11.078	14.082	17.745	13.017	8.694
Altri proventi tecnici	371	659	764	844	1.001	967	1.064
Oneri relativi ai sinistri (-)	16.016	21.723	25.361	34.557	43.942	58.913	74.375
Spese di gestione (-)	3.357	3.470	3.824	3.978	4.383	4.979	4.748
Altri oneri tecnici (-)	201	328	782	385	358	352	626
Risultato	**1.415**	**1.166**	**1.728**	**2.068**	**2.490**	**1.995**	**1.659**
Conto non tecnico							
Altri proventi rami danni	629	401	518	810	894	777	879
Altri proventi rami vita	436	726	868	1.127	1.179	1.238	991
Saldo altri proventi altri oneri	-2	-872	-951	-1.016	-862	-1.062	-967
Risultato attività ordinaria	**3.127**	**2.684**	**4.590**	**5.940**	**7.003**	**5.757**	**5.447**
Risultato attività straordinaria	**1.204**	**2.262**	**1.132**	**1.027**	**691**	**941**	**1.467**
Imposte (-)	1.454	1.436	1.929	1.731	1.837	1.537	1.585
Risultato dell'esercizio	**2.877**	**3.510**	**3.793**	**5.236**	**5.857**	**5.161**	**5.329**
Return on Equity	**8,9%**	**10,6%**	**10,6%**	**13,6%**	**13,8%**	**11,4%**	**12,4%**

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

IL CONTO TECNICO

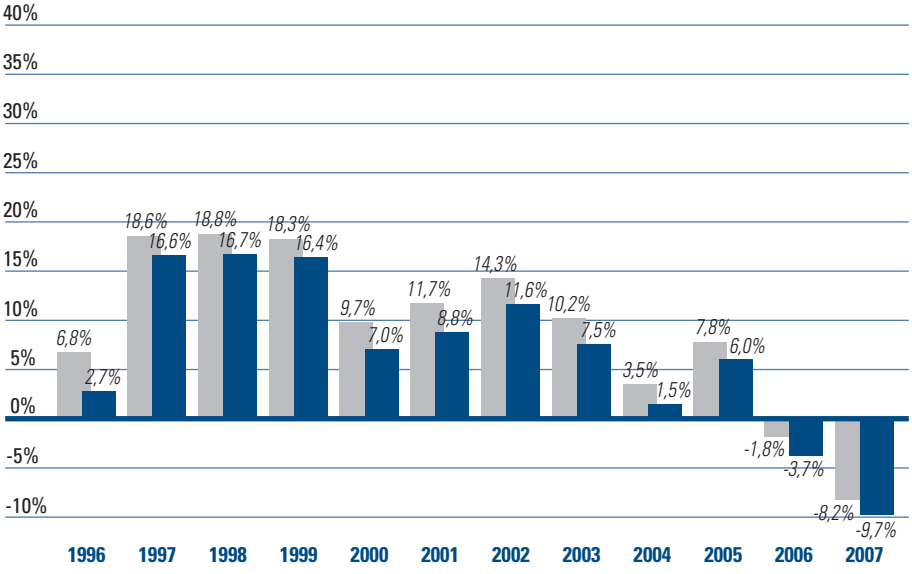
I premi

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 2007 pari a 103.568 milioni di euro. In particolare, 40.178 milioni di euro sono stati raccolti nei rami danni e 63.390 milioni nei rami vita.



PREMI LORDI – LAVORO COMPLESSIVO
Valori in milioni di euro

Vita
Danni

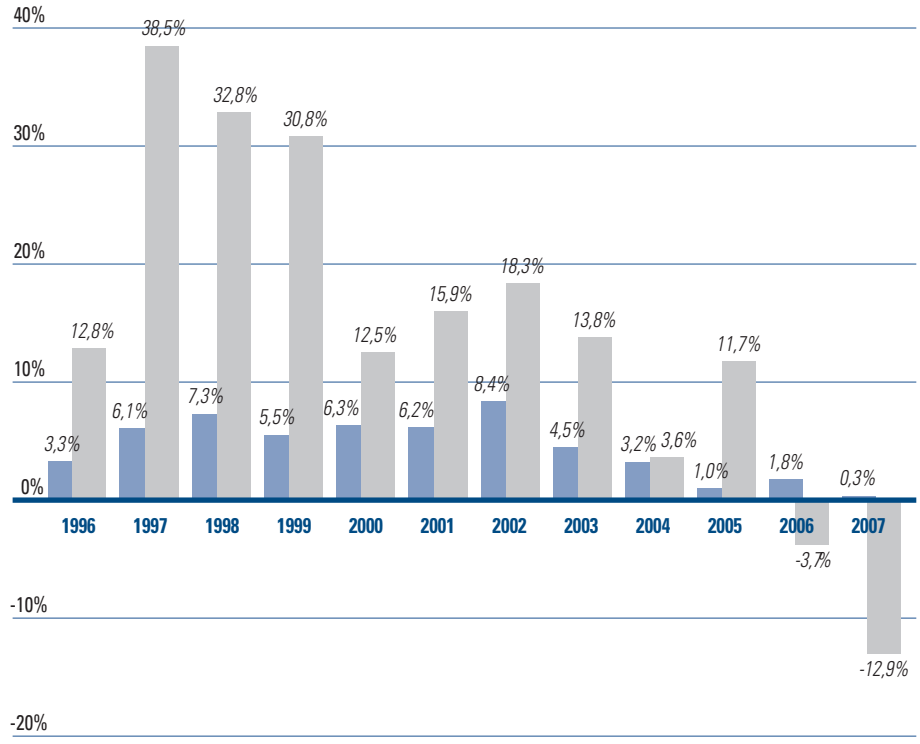


TASSO DI CRESCITA NOMINALE E REALE
DEI PREMI LORDI – LAVORO COMPLESSIVO

Totale (nominale)
Totale (reale)

L'assicurazione italiana: i dati significativi 2007

TASSO DI CRESCITA NOMINALE DEI PREMI LORDI – LAVORO COMPLESSIVO



Dopo una lieve diminuzione registrata nel 2006 (-1,8%), i premi complessivi hanno registrato una più evidente contrazione nel 2007, pari a -8,2%. Tale risultato è stato determinato dal settore vita i cui premi sono diminuiti del 12,9% (erano diminuiti del 3,7% nel 2006). È opportuno però ricordare che nel settore vita un'importante quota di premi viene raccolta in Italia da imprese che operano dall'estero in libera prestazione di servizi **(LPS)**. L'ANIA stima che, nel 2007, i premi contabilizzati da tali imprese abbiano superato i 10 miliardi di euro, con una crescita di circa il 75% rispetto al 2006. Aggiungendo questi premi, il calo della raccolta vita sarebbe dimezzato.

I premi nei rami danni sono risultati in crescita, anche se in modo molto contenuto: +0,3% rispetto al 2006. Come risultato di questi andamenti, la quota dei premi vita sul totale è diminuita rispetto all'anno precedente dal 64,5% al 61,2%.

È lievemente aumentata la percentuale dei **premi ceduti in riassicurazione** (dal 5,8% nel 2006 al 6,3% nel 2007). L'ammontare complessivo di questi premi è stato pari a 6.541 milioni di euro, di cui 4.706 nei rami danni e 1.834 nei rami vita.

I **premi complessivi, al netto della quota dei premi ceduti**, hanno raggiunto 97.026 milioni di euro (con una diminuzione dell'8,7% rispetto all'anno precedente): 35.471 milioni di euro nei rami danni e 61.555 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:

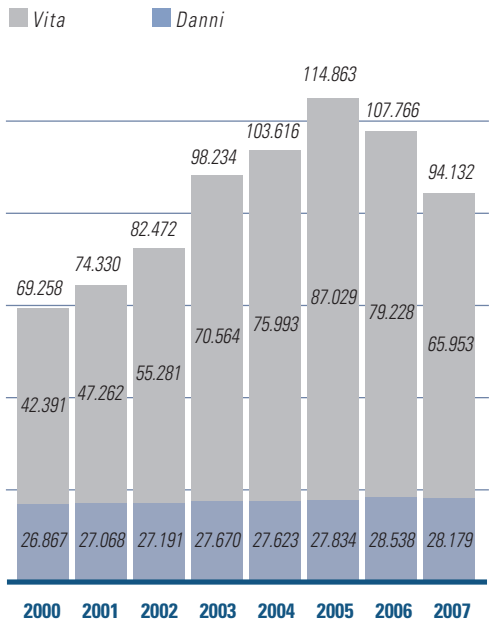
- oneri relativi ai sinistri e variazione della riserva premi per i rami danni;
- oneri relativi ai sinistri e variazione delle riserve matematiche e delle altre riserve tecniche per i rami vita.

L'importo di tali prestazioni è stato di 94.132 milioni di euro (-12,7% rispetto al 2006): 28.179 milioni nei rami danni (-1,3%) e 65.953 milioni nei rami vita (-16,8%).

La **quota a carico della riassicurazione** risulta pari a 4.390 milioni di euro (-4,7%), di cui 2.717 milioni relativi ai rami danni e 1.673 milioni relativi ai rami vita.

L'**ammontare netto delle prestazioni** è stato pertanto di 89.742 milioni di euro (-13,0%): 25.462 milioni nei rami danni e 64.280 milioni nei rami vita.

PRESTAZIONI LORDE DEL LAVORO COMPLESSIVO
Valori in milioni di euro

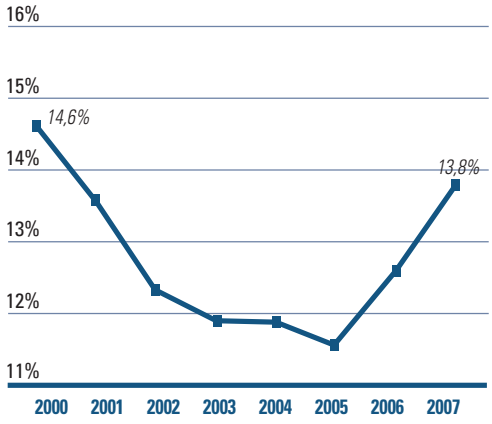


Le spese di gestione

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 13.417 milioni di euro (0,5% in più rispetto al 2006). In presenza di una riduzione del totale dei premi contabilizzati l'incidenza delle spese di gestione sui premi contabilizzati, è passata dal 12,6% del 2006 al 13,8% del 2007.

In particolare, le spese di gestione dei rami danni sono state pari a 8.669 milioni di euro, con una incidenza sui premi del 24,4% (23,6% nel 2006); quelle dei rami vita sono state pari a 4.748 milioni di euro, con una incidenza sui premi del 7,7% (7,0% nel 2006). L'aumento dell'incidenza nel settore danni è in parte connesso con i costi degli investimenti necessari per l'adeguamento alle nuove normative nella r.c. auto; nel ramo vita l'aumento è stato determinato principalmente dalla riduzione della raccolta del ramo V, caratterizzato da minori spese unitarie, e 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 4.544 milioni di euro, pari al 4,7% dei premi diretti e indiretti (4,5% nel 2006). Nei rami danni il risultato è stato positivo per 2.885 milioni di euro (2.808 nel 2006); l'incidenza di tale risultato sui premi è aumentata, passando dal 7,9% nel 2006 all'8,1% nel 2007.

Nei rami vita il risultato dell'esercizio è stato positivo per 1.659 milioni di euro (1.995 nel 2006); l'incidenza di tale risultato sui premi è stata del 2,7% (2,8% nel 2006).

RISULTATO DEL CONTO TECNICO
Incidenza % sui premi netti contabilizzati

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Danni e Vita	2,7%	2,8%	4,3%	5,0%	5,3%	4,5%	4,7%
Danni	2,2%	4,1%	7,4%	8,6%	9,5%	7,9%	8,1%
Vita	3,1%	2,1%	2,7%	3,1%	3,4%	2,8%	2,7%

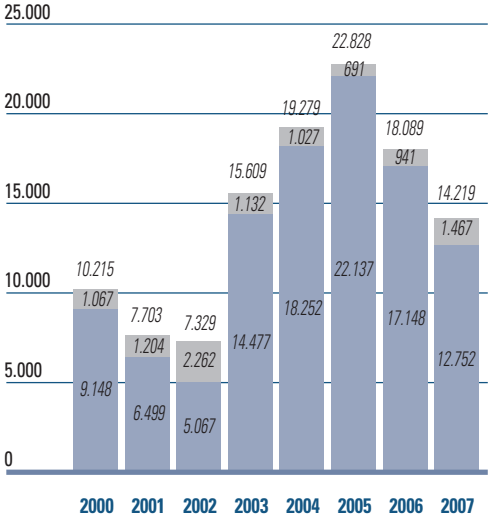
IL CONTO NON TECNICO

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 14.219 milioni di euro nel 2007, con una forte diminuzione rispetto all'anno precedente (-21,4%), a causa principalmente del calo nei proventi netti ordinari (-25,6% rispetto al 2006) come risultato di un andamento negativo dei mercati finanziari nella seconda metà dell'anno; la flessione è stata solo in parte compensata dall'aumento dei proventi netti straordinari (+55,9% rispetto al 2006).

La diminuzione dei proventi netti ordinari rispetto al 2006 è stata pari a 4.396 milioni di euro; essa è dovuta principalmente all'aumento di 4.104 milioni di euro degli oneri lordi; la variazione positiva dei proventi lordi straordinari vita e danni è stata pari a 512 milioni di euro.

ANDAMENTO DEI PROVENTI NETTI
Valori in milioni di euro — *Ordinari* — *Straordinari*



Più in dettaglio, i **proventi lordi ordinari, vita e danni**, sono stati pari a 26.024 milioni di euro (26.316 nel 2006), con un decremento dell'1,1%. Essi sono costituiti da:

- *azioni e quote*, per un importo di 3.595 milioni di euro (+22,6% rispetto al 2006), rappresentano il 13,8% del totale;
- *proventi da investimento a beneficio degli assicurati e proventi derivanti dalla gestione dei fondi pensione,* per un importo pari a 6.384 milioni di euro (-21,9% rispetto al 2006), rappresentano il 24,6% del totale;
- *terreni e fabbricati*, per un importo di 237 milioni di euro (-0,2% rispetto al 2006), rappresentano lo 0,9% del totale;
- *rettifiche di valore e realizzi di investimenti*, per un importo di 3.523 milioni di euro (+9,2% rispetto al 2006), rappresentano il 13,5% del totale;
- *titoli, obbligazioni e altri investimenti*, per un importo di 12.284 milioni di euro (+4,6% rispetto al 2006), rappresentano il 47,2% del totale.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Azioni e quote	11,9%	13,7%	12,0%	9,5%	10,8%	11,1%	13,8%
Terreni e fabbricati	4,1%	2,6%	1,5%	1,1%	0,8%	0,9%	0,9%
Titoli, obbligazioni e altri investimenti	49,7%	46,8%	41,9%	42,7%	37,5%	44,6%	47,2%
Plusvalenze	17,5%	12,9%	12,9%	11,7%	11,1%	12,3%	13,5%
Inv. a beneficio assic. e fondi pens.	16,8%	24,0%	31,7%	35,0%	39,8%	31,1%	24,6%
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

DISTRIBUZIONE % DEI PROVENTI LORDI ORDINARI VITA E DANNI

I **proventi straordinari**, al lordo degli oneri, sono stati pari a 2.296 milioni di euro (1.784 nel 2006) e i relativi oneri pari a 829 milioni di euro (843 nel 2006).

IL RISULTATO DELL'ESERCIZIO

Il **risultato dell'attività ordinaria**, **danni e vita**, è stato positivo per 5.447 milioni di euro (5.757 nel 2006), con una diminuzione del 5,4%.

Il **risultato dell'attività straordinaria** è stato pari a 1.467 milioni di euro, in aumento (+55,9%) rispetto ai 941 milioni di euro del 2006.

Le **imposte sul reddito** sono state pari a 1.585 milioni di euro (1.537 milioni di euro nel 2006).

Nonostante la diminuzione del risultato dell'attività ordinaria del settore (in particolare dei rami vita), il buon andamento dell'attività straordinaria ha determinato un **utile** per l'esercizio 2007 di 5.329 milioni di euro, in aumento del 3,3% rispetto ai 5.161 milioni di euro del 2006. L'utile è stato pari al 5,5% dei premi (4,9% nel 2006). 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 al 12,4%, in aumento rispetto all'11,4% del 2006.

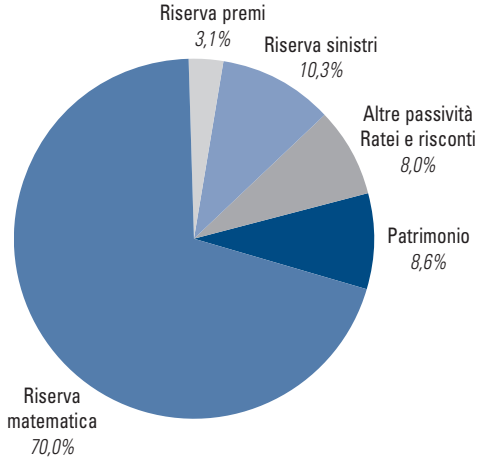
LA SITUAZIONE PATRIMONIALE

Il passivo

Il totale delle voci del passivo dello stato patrimoniale, pari a 539.521 milioni di euro, è diminuito dell'1,5% rispetto al 2006.

In particolare:

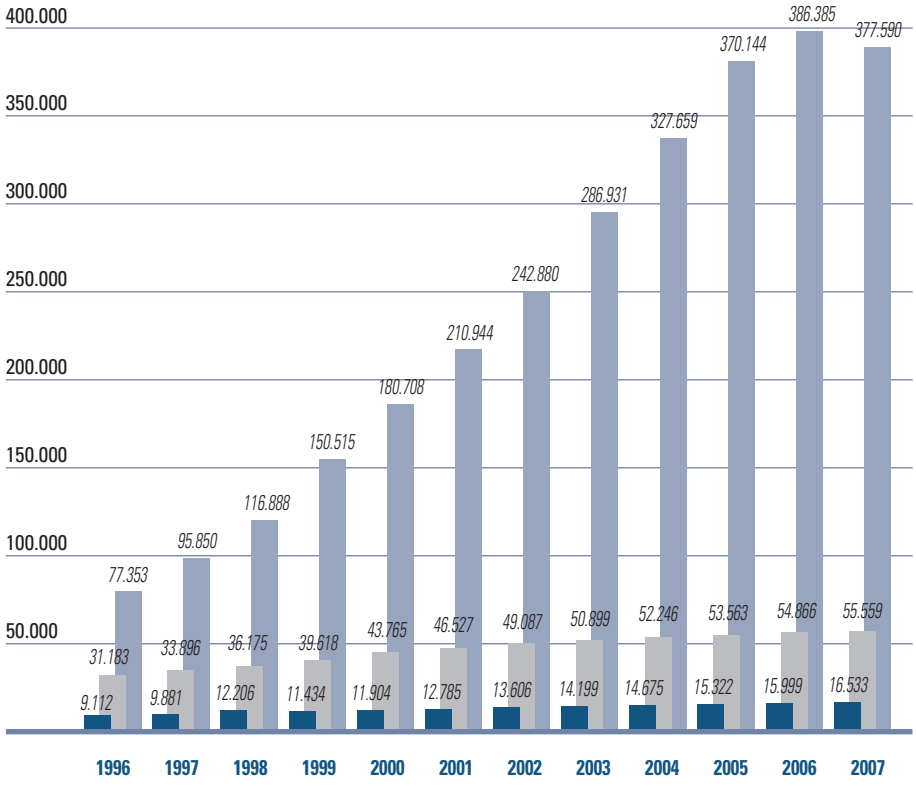
– il *patrimonio netto*, pari a 46.311 milioni di euro, è diminuito del 7,9% rispetto al 2006 ed è pari all'8,6% del totale del passivo; tra le componenti, la decrescita del capitale sociale, pari a 11.572 milioni di euro, è stata del 13,6%, mentre le riserve patrimoniali, pari a 29.409 milioni di euro, sono diminuite del 7,6% rispetto al 2006. Occorre, tuttavia, notare che la diminuzione di patrimonio netto registrata nel 2007 è stata influenzata da opera-

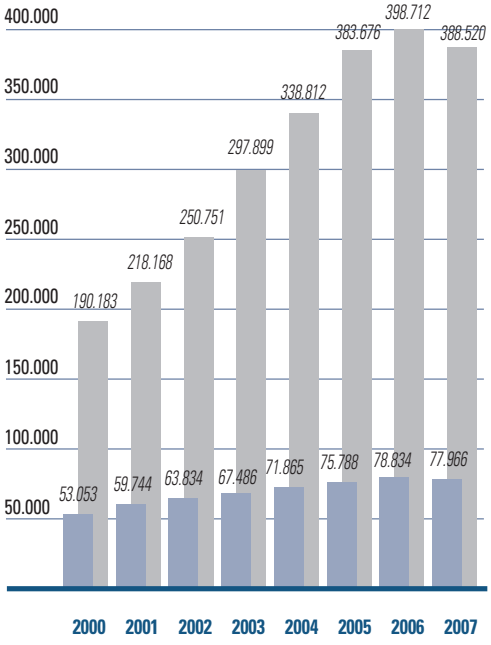


539.521 milioni di euro

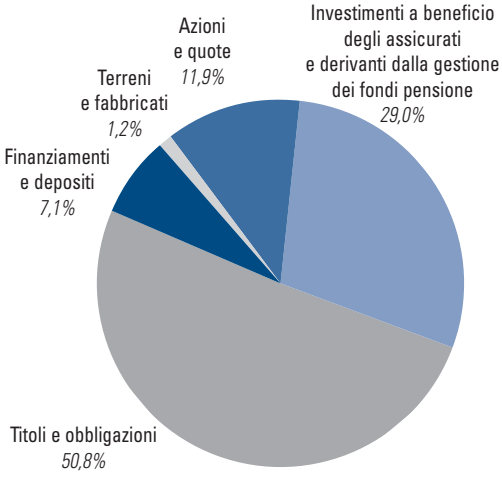
COMPOSIZIONE % PASSIVITÀ - 2007

L'assicurazione italiana: i dati significativi 2007





(*) sono esclusi i riassicuratori professionali



472.755 milioni di euro

COMPOSIZIONE % INVESTIMENTI - 2007

zioni di riorganizzazione societaria di primari gruppi assicurativi che hanno comportato una contabilizzazione non omogenea di questa voce rispetto all'anno precedente; senza queste operazioni il patrimonio netto sarebbe aumentato dell'1,3% rispetto al 2006;

– le *riserve tecniche*, che rappresentano gli impegni assunti nei confronti degli assicurati, sono state pari a 449.682 milioni di euro e hanno registrato una diminuzione dell'1,7% rispetto al 2006; esse rappresentano l'83,3% del totale del passivo. Le riserve vita, che hanno un peso del 70,0% sul totale, sono diminuite del 2,3%, mentre le riserve danni (sinistri e premi) sono cresciute dell'1,7%;
– le *altre passività*, pari a 42.912 milioni di euro (8,0% del totale), sono aumentate del 9,0% rispetto all'anno precedente. Tra le componenti, sono aumentate del 29,3% le passività subordinate (da 4.725 a 6.110 milioni di euro) e dell'1,2% i depositi ricevuti da riassicuratori (da 12.999 a 13.149 milioni di euro). I fondi per rischi e oneri (2.131 milioni di euro) sono diminuiti del 3,4%, mentre i debiti e le altre passività sono aumentati del 10,8%, passando da 19.423 a 21.522 milioni di euro;
– i *ratei e risconti* sono stati pari a 616 milioni di euro (0,1% del totale).

L'attivo

A fronte delle passività sono iscritti investimenti, riserve tecniche a carico dei riassicuratori, crediti, altri elementi dell'attivo, ratei e risconti per un importo complessivo di 539.521 milioni di euro, che pareggia il totale del passivo.

STATO PATRIMONIALE

Valori in milioni di euro

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PASSIVO	**338.346**	**378.192**	**429.890**	**475.716**	**526.899**	**547.569**	**539.521**
PATRIMONIO NETTO	35.093	37.401	41.342	44.780	51.301	50.297	46.311
Capitale sociale	*9.512*	*9.961*	*10.529*	*10.991*	*12.982*	*13.402*	*11.572*
Riserve patrimoniali	*22.704*	*23.930*	*27.033*	*28.621*	*32.463*	*31.837*	*29.409*
Utile dell'esercizio	*2.877*	*3.510*	*3.780*	*5.169*	*5.857*	*5.058*	*5.330*
RISERVE TECNICHE	270.256	305.573	352.029	394.581	439.029	457.250	449.682
Rami danni	*59.312*	*62.693*	*65.098*	*66.921*	*68.885*	*70.865*	*72.092*
Rami vita	*210.944*	*242.880*	*286.931*	*327.659*	*370.144*	*386.385*	*377.590*
ALTRE PASSIVITÀ	32.674	34.920	36.203	35.989	36.141	39.352	42.912
Passività subordinate	*1.487*	*1.990*	*2.666*	*2.862*	*3.295*	*4.725*	*6.110*
Fondi per rischi ed oneri	*1.524*	*2.045*	*2.189*	*2.105*	*2.219*	*2.206*	*2.131*
Depositi ricevuti dai riassicuratori	*11.682*	*13.011*	*13.231*	*12.876*	*12.994*	*12.999*	*13.149*
Debiti e altre passività	*17.981*	*17.874*	*18.117*	*18.146*	*17.632*	*19.423*	*21.522*
RATEI E RISCONTI	323	298	316	366	428	670	616
ATTIVO	**338.346**	**378.192**	**429.890**	**475.716**	**526.899**	**547.569**	**539.521**
CREDITO VERSO SOCI	99	84	45	15	3	25	30
ATTIVI IMMATERIALI	2.469	2.792	3.707	4.262	3.947	3.839	3.549
INVESTIMENTI:	283.381	320.069	370.814	416.322	465.109	483.143	472.755
Terreni e fabbricati	*7.798*	*5.484*	*4.534*	*4.842*	*5.805*	*5.933*	*5.836*
Azioni e quote	*40.478*	*40.145*	*43.763*	*48.793*	*54.096*	*55.532*	*56.254*
Obbligazioni e altri titoli a reddito fisso	*140.530*	*161.343*	*186.564*	*208.051*	*235.036*	*252.727*	*239.988*
Finanziamenti e depositi	*24.977*	*28.342*	*28.837*	*30.460*	*33.603*	*29.100*	*33.342*
Investimenti a beneficio degli assicurati e derivanti dalla gestione dei fondi pensione	*69.598*	*84.755*	*107.116*	*124.176*	*136.569*	*139.852*	*137.335*
RISERVE TECNICHE A CARICO DEI RIASSICURATORI	21.499	22.003	21.789	20.753	21.072	20.770	20.694
CREDITI	18.696	19.915	20.333	21.020	21.529	22.381	23.675
ALTRI ELEMENTI DELL'ATTIVO	9.715	10.585	10.198	10.149	11.652	13.168	14.477
RATEI E RISCONTI	2.487	2.744	3.004	3.194	3.587	4.242	4.341

In particolare:

– gli *investimenti*, pari a 472.755 milioni di euro, rappresentano l'87,6% 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 77.966 milioni di euro (-1,1% rispetto al 2006) e quelli dei rami vita pari a 388.520 milioni di euro (-2,6% rispetto al 2006).
L'incremento più elevato (+14,6%) si è avuto per i finanziamenti e depositi con 33.342 milioni di euro; gli investimenti in azioni e quote hanno registrato

un aumento dell'1,3% con 56.254 milioni di euro, mentre risultano in diminuzione gli investimenti in terreni e fabbricati (-1,6%) con 5.836 milioni di euro e in obbligazioni e altri titoli a reddito fisso che, con 239.989 milioni di euro, registrano una contrazione del 5,0% rispetto al 2006. Gli investimenti a beneficio degli assicurati, pari a 137.335 milioni di euro, sono diminuiti dell'1,8%;

- le *riserve tecniche a carico dei riassicuratori*, pari a 20.694 milioni di euro, sono rimaste sostanzialmente stabili e rappresentano il 3,8% del totale attivo;
- i *crediti* sono stati pari a 23.675 milioni di euro (4,4% del totale), con un aumento del 5,8%. Si tratta di crediti derivanti da assicurazioni dirette (11.756 milioni di euro), crediti derivanti dalla riassicurazione (2.331 milioni di euro) e altri crediti (9.587 milioni di euro);
- i *crediti verso soci* (30 milioni di euro), gli *attivi immateriali* (3.549 milioni di euro di provvigioni e altre spese) e gli *altri elementi dell'attivo* (14.477 milioni di euro) hanno raggiunto un totale di 18.056 milioni di euro (3,3% del totale), con un aumento del 6,0%;
- i *ratei e risconti*, pari a 4.341 milioni di euro (0,8% del totale), sono aumentati del 2,3%.

IL MARGINE DI SOLVIBILITÀ

Le imprese di assicurazione aventi sede legale in Italia, escludendo le imprese di riassicurazione, disponevano a fine 2007 per il complesso delle loro attività nel settore vita e in quello danni di un margine di solvibilità pari a 40,3 miliardi di euro, in diminuzione rispetto allo scorso anno.

Per i rami vita, il margine posseduto (22,7 miliardi di euro) era pari a 1,91 volte il minimo richiesto ai sensi di legge (11,9 miliardi di euro), determinato in rapporto alle riserve matematiche e ai capitali sotto rischio; tale rapporto era pari a 2,03 nel 2006 e a 2,08 nel 2005.

Nei rami danni il margine posseduto (17,6 miliardi di euro) era pari a 2,72 volte il margine minimo di solvibilità da costituire (6,5 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 2007 è tornato al livello del 2001.

Come già specificato precedentemente, va evidenziato che il calo del margine di solvibilità posseduto, sia nel ramo danni sia in quello vita, è stato influenzato da alcune operazioni di riorganizzazione societaria di primari gruppi assicurativi avvenute nel corso del 2007, che hanno condotto a una riscrittura contabile del patrimonio netto su una base non omogenea con quella dell'anno precedente.

VITA	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Margine di solvibilità posseduto	17.512	18.418	20.000	20.954	23.999	24.435	22.722
Margine di solvibilità da possedere	7.034	7.986	9.132	10.266	11.544	12.041	11.890
Rapporto di copertura	2,49	2,31	2,19	2,04	2,08	2,03	1,91

DANNI	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Margine di solvibilità posseduto	12.927	14.792	15.615	17.308	20.826	20.382	17.585
Margine di solvibilità da possedere	4.938	5.138	5.356	5.825	6.095	6.263	6.473
Rapporto di copertura	2,62	2,88	2,92	2,97	3,42	3,25	2,72

MARGINE DI SOLVIBILITÀ 2001-2007
(ESCLUSE LE IMPRESE DI RIASSICURAZIONE)
Valori in milioni di euro

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 medio (escluso l'utile) è risultata in aumento, passando dall'11,4% del 2006 al 12,4% del 2007 (figura 1). Come discusso in precedenza, però, l'andamento è stato influenzato da una non omogenea contabilizzazione del patrimonio netto rispetto all'anno precedente, conseguenza di operazioni di riorganizzazione societaria di primari gruppi assicurativi avvenute nel corso dell'ultimo anno. Se non fossero state realizzate queste operazioni, il ROE del 2007 sarebbe risultato pari all'11,8% (anziché 12,4%) e quindi appena superiore al valore del 2006.

Un'analisi più dettagliata del ROE per i due settori di attività, vita e danni, evidenzia che:

– nelle assicurazioni danni (escludendo le riassicuratrici pure), l'indicatore è risultato pari al 14,4%, in aumento di quasi tre punti percentuali rispetto all'11,6% del 2006; questo andamento, oltre alla diversa contabilizzazione nel 2007 del patrimonio netto precedentemente descritta, è

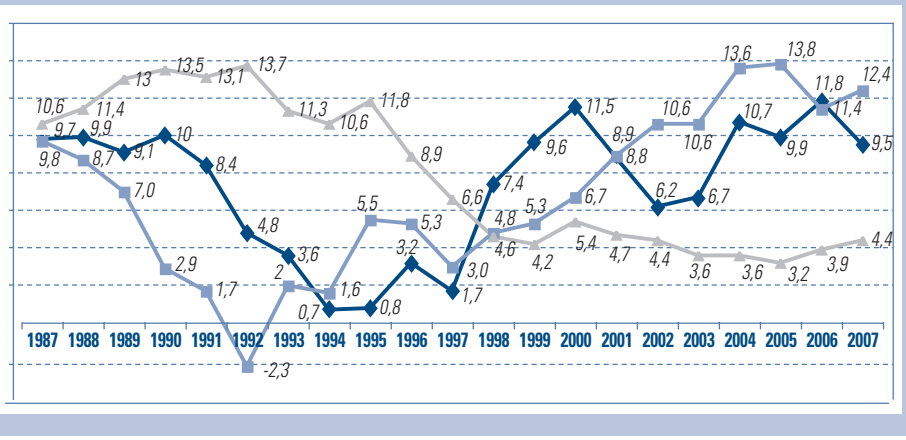


FIGURA 1
CONFRONTO ROE

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

dovuto principalmente all'incremento del risultato dell'attività ordinaria. In particolare è risultata positiva e in crescita di 0,5 punti percentuali la redditività della gestione assicurativa – data dal rapporto fra il risultato di tale gestione e le riserve tecniche – (che era invece stata negativa nel 2006) ed è risultata in crescita la redditività della gestione straordinaria, data dal rapporto fra il risultato della gestione straordinaria e il patrimonio netto;

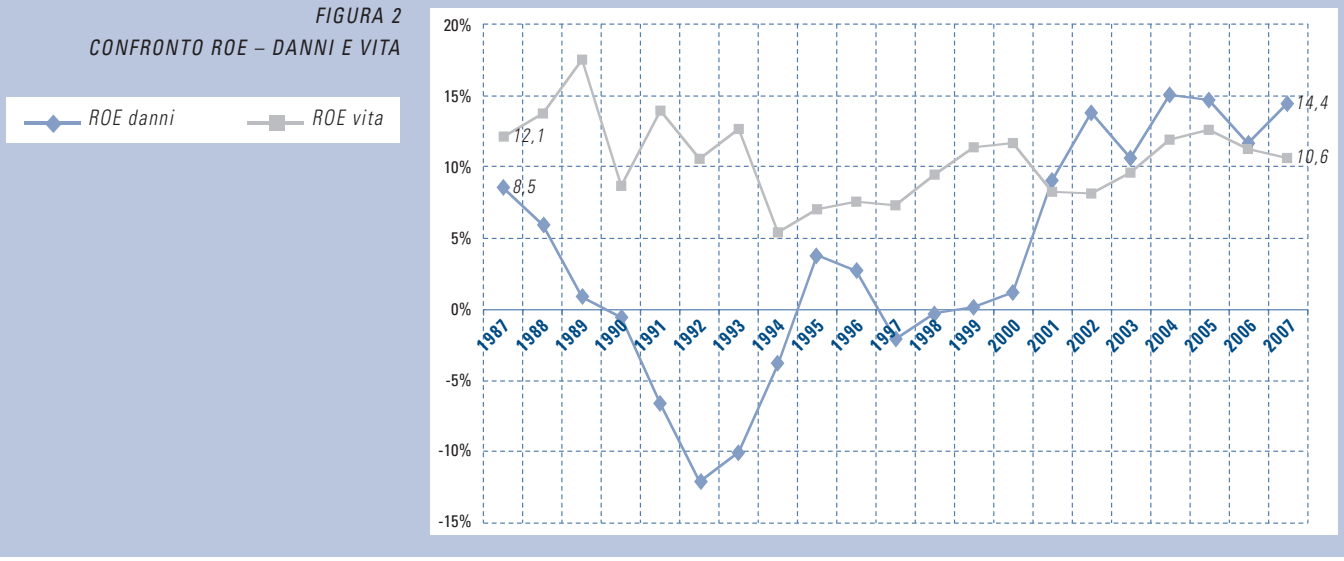
– nel settore vita (escludendo le riassicuratrici pure), il ROE è stato pari al 10,6%, in diminuzione rispetto all'11,2% del 2006; in questo comparto l'andamento è stato influenzato dal calo del rendimento del capitale investito che è sceso di 1,2 punti percentuali; un lieve miglioramento è stato registrato per il risultato dell'attività straordinaria.

Mentre nel 2006 il ROE delle imprese di assicurazione era stato in linea con quello delle banche, nel 2007 quest'ultimo è stato pari al 9,5% e quindi inferiore al primo di oltre due punti percentuali. Negli ultimi dieci anni, il ROE medio delle assicurazioni (pari al 9,8%) è stato lievemente superiore a quello delle banche (9,2%) e superiore al rendimento medio dei titoli di Stato (4,2%).

Nel confronto storico emerge come il ROE dei due principali settori del mercato assicurativo abbiano avuto nel periodo analizzato (1987-2007) un'evoluzione diversa (figura 2). Dal 1987 al 2001 la redditività del comparto vita è stata sempre superiore a quella del danni; dal 2002 in poi, grazie al progressivo miglioramento della gestione tecnica, il settore danni ha migliorato i propri risultati, superando il settore vita e raggiungendo nel 2007 un valore pari al 14,4%.

Analizzando separatamente i due comparti, emerge come la redditività del **vita** abbia evidenziato nel periodo in esame un andamento ciclico correlato con

FIGURA 2
CONFRONTO ROE – DANNI E VITA



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 azionari 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 e di competere maggiormente con gli altri principali paesi europei: il ROE passava 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 dell'indice 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.

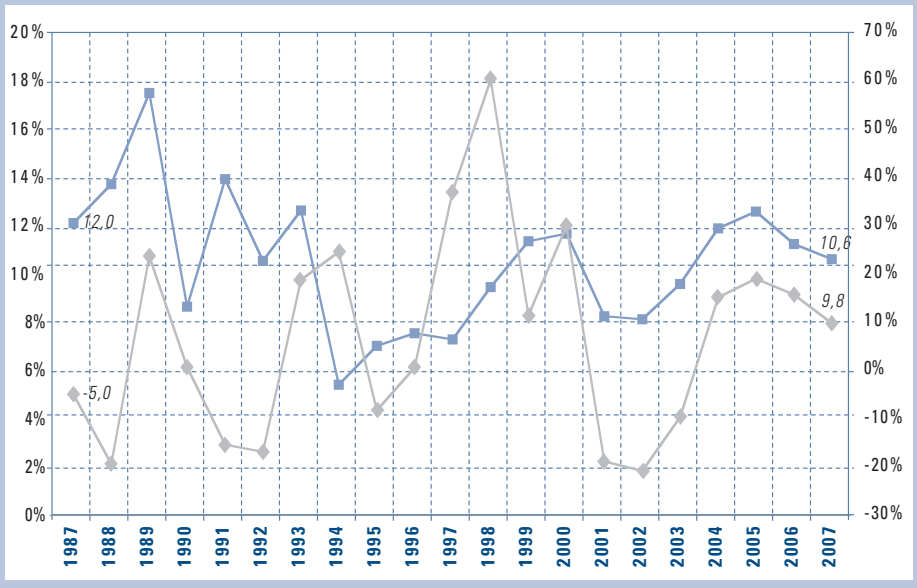
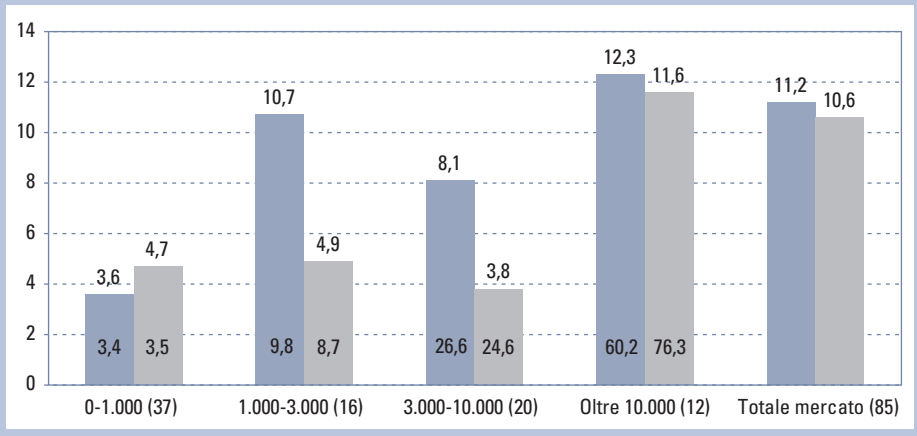


FIGURA 3
ROE SETTORE VITA E VARIAZIONE DELL'INDICE MIB STORICO

ROE vita
Var. % MIB (scala destra). Non sono considerati i dividendi

Sempre con riferimento al settore vita è stata effettuata anche un'analisi del ROE per classi dimensionali d'impresa; in particolare, la classe dimensionale è stata determinata sulla base delle riserve tecniche complessive al 31 dicembre 2007 (figura 4). Nel 2007, fatta eccezione per la classe dimensionale delle imprese più piccole, il ROE è stato inferiore a quello registrato nel 2006. Un ROE superiore alla media di settore è stato registrato solamente per le 12 imprese di grandi dimensioni (con riserve tecniche superiori ai 10 miliardi di euro) e che rappresentano oltre il 75% delle riserve totali: per queste imprese il ROE è però sceso dal 12,3% nel 2006 all'11,6% nel 2007.

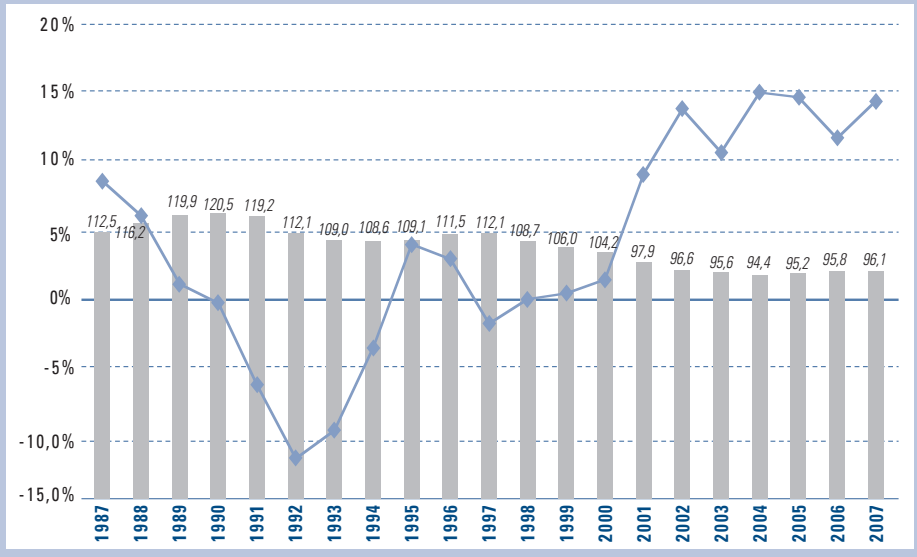
FIGURA 4
ROE PER FASCE DI IMPORTO SECONDO LE RISERVE TECNICHE DEL MERCATO VITA - %



Il valore in parentesi indica il numero di imprese presenti in ciascuna fascia nel 2007; il valore all'interno dell'istogramma la quota di mercato nei due anni

Nel settore **danni** la capacità per un'impresa di creare valore è strettamente collegata alla gestione assicurativa e, rispetto al settore vita, in misura minore alla gestione finanziaria. A tal proposito è utile analizzare la serie storica del ROE danni confrontandola con la serie storica del combined ratio di competenza (figura 5). 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 aveva raggiunto e superato il 120%.

FIGURA 5
ROE SETTORE DANNI E COMBINED RATIO DI COMPETENZA



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 7 anni) si è assistito a 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 2007 il ROE ha raggiunto un valore pari al 14,4% (11,6% nel 2006) in corrispondenza di un combined ratio pari al 96,1%, in lieve peggioramento rispetto al 2006 (95,8%).

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 dimensione dell'impresa è stata definita sulla base del volume dei premi raccolti (figura 6). Fatta eccezione per la classe dimensionale delle imprese più grandi (con premi superiori a un miliardo di euro), il ROE è risultato inferiore a quello del 2006; in particolare, come nell'anno precedente il ROE più basso (2,4%) è stato rilevato per le imprese più piccole.

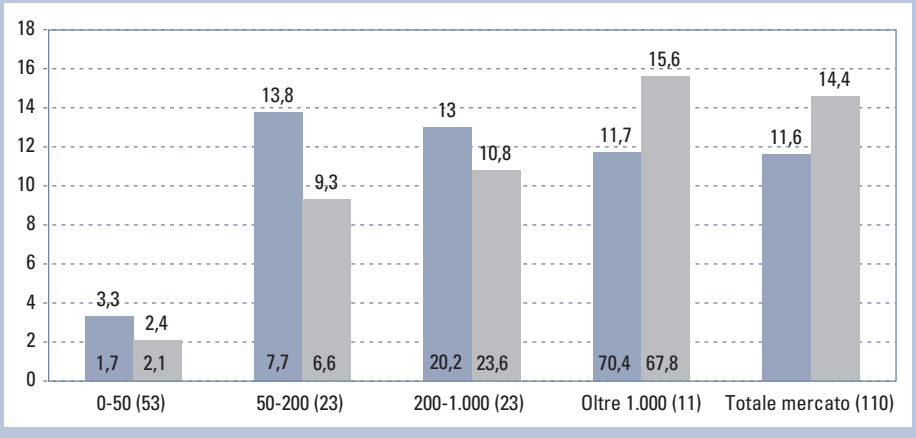


FIGURA 6
ROE PER FASCE DI IMPORTO SECONDO I PREMI CONTABILIZZATI DEL MERCATO DANNI - %

2006 *2007*

Il valore in parentesi indica il numero di imprese presenti in ciascuna fascia nel 2007; il valore all'interno dell'istogramma la quota di mercato nei due anni

CONFRONTI INTERNAZIONALI

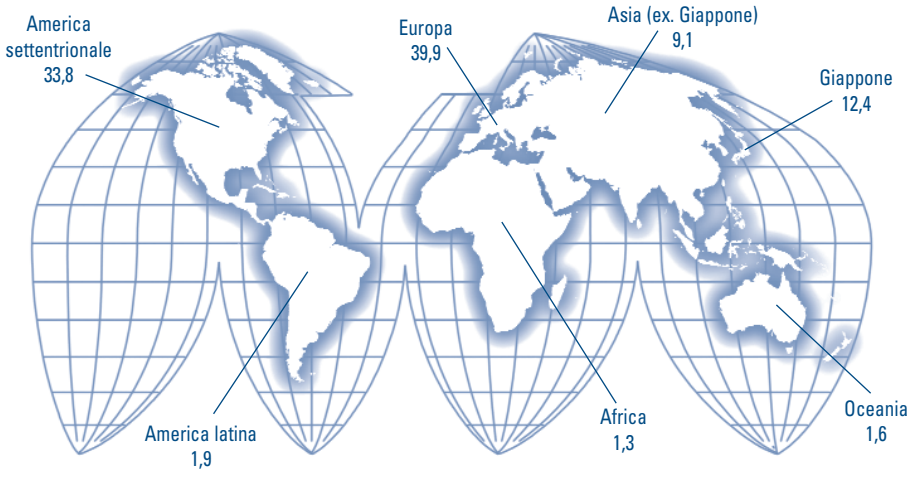
Con una crescita reale del 5,0%, pressoché simile a quella dell'anno precedente, nel 2006 i premi assicurativi complessivamente raccolti nel mondo sono stati pari a 3.723 miliardi di dollari.

L'assicurazione vita, a fronte di una raccolta premi pari a 2.209 miliardi di dollari, ha registrato una crescita in termini reali del 7,7% (+5,7% nel 2005); più contenuto (1,5% in termini reali) è stato invece l'incremento rispetto all'anno precedente del volume premi relativo alle assicurazioni danni (3,9% nel 2005), raggiungendo un importo pari a 1.514 miliardi di dollari.

Il settore vita ha continuato a registrare anche nel 2006 una forte espansione, in termini di volume premi, in Europa (+12,4%, contro +9,1% nel 2005) e nei mercati emergenti come l'Africa (+21,6%) e l'America latina (+14,1%).

Nel ramo danni, la crescita dei premi è stata pari all'1,0% negli Stati Uniti, il più grande mercato danni, e allo 0,5% in Europa. Gli aumenti più sostenuti sono stati osservati in America latina (+10,0%), ma anche in Africa (+6,2%) e in Asia (+4,4%).

QUOTE % DEL MERCATO MONDIALE ASSICURAZIONE DIRETTA NEL 2006



Fonte: Swiss Re - SIGMA

RACCOLTA PREMI 2006
Valori in milioni di dollari

	VITA	DANNI	TOTALE
America settentrionale	572.860	685.440	1.258.300
America latina	28.923	42.505	71.428
Europa	940.586	544.295	1.484.881
Asia	602.266	198.553	800.819
di cui: Giappone	*362.766*	*97.495*	*460.261*
Africa	35.468	14.200	49.668
Oceania	29.214	29.102	58.316
Totale	**2.209.317**	**1.514.095**	**3.723.412**

Fonte: Swiss Re - SIGMA

CRESCITA % REALE 2006

	VITA	DANNI	TOTALE
America settentrionale	3,8	1,0	2,2
America latina	14,1	10,0	11,6
Europa	12,4	0,5	7,5
Asia	3,6	4,4	3,8
di cui: Giappone	*-2,0*	*0,3*	*-1,5*
Africa	21,6	6,2	17,5
Oceania	6,1	-1,5	2,2
Totale	**7,7**	**1,5**	**5,0**

Fonte: Swiss Re - SIGMA

IL PESO DELL'ASSICURAZIONE NEI DIVERSI PAESI

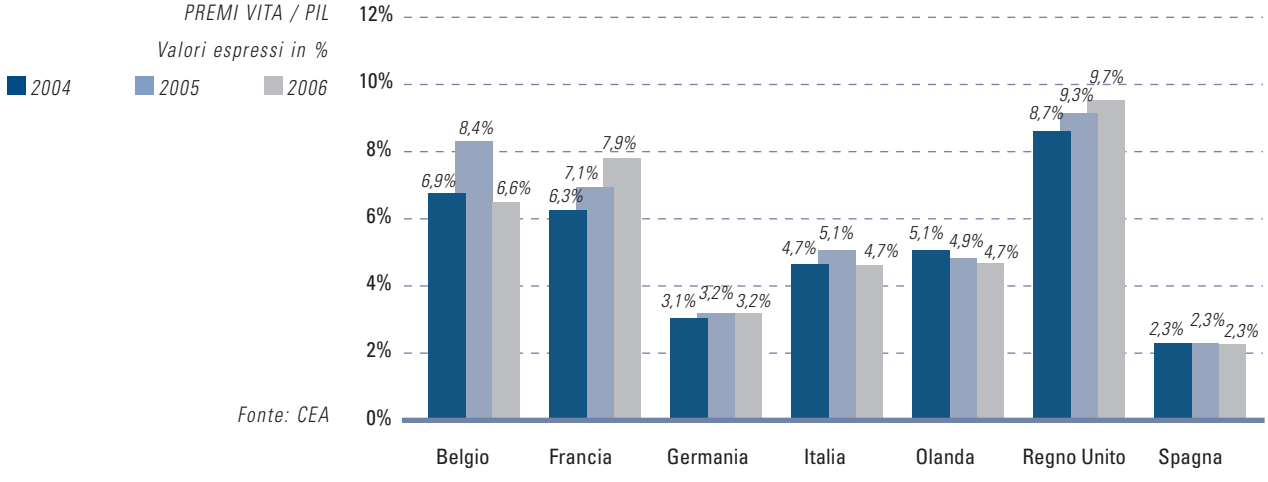
Tra il 2004 e il 2006 il rapporto tra il volume dei premi e il PIL – il c.d. indice di penetrazione assicurativa – ha mostrato andamenti diversi tra il settore vita e quello danni.

Relativamente ai rami vita, nel 2006 il rapporto è aumentato progressivamente in Francia, passando dal 6,3% nel 2004 al 7,9% nel 2006, e nel Regno Unito

(dall'8,7% nel 2004 al 9,7% nel 2006). È rimasto pressoché stabile il valore del rapporto registrato in Germania, pari al 3,2%, e in Spagna (2,3%). Nel triennio considerato l'Olanda è invece caratterizzata da una progressiva riduzione dell'indicatore, passato dal 5,1% nel 2004 al 4,7% nel 2006, mentre hanno osservato un andamento altalenante il Belgio e l'Italia: in particolare il nostro Paese ha raggiunto nel 2006 un valore pari al 4,7%, lo stesso del 2004 ma in calo rispetto al 5,1% del 2005.

PREMI VITA / PIL

Valori espressi in %

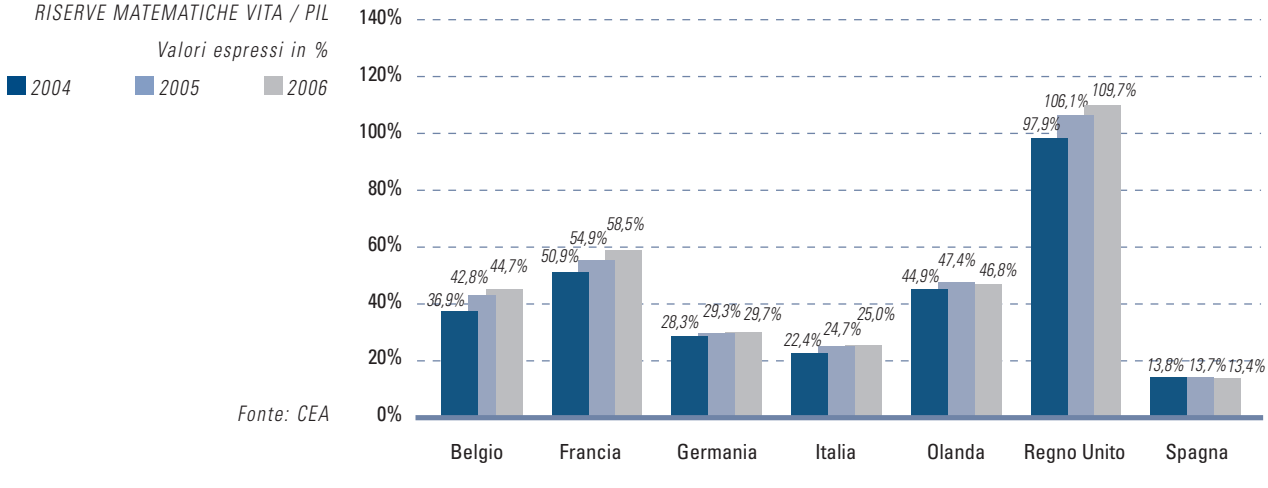


Fonte: CEA

Tra il 2004 e il 2006 il rapporto tra le riserve matematiche e il PIL – indicatore che approssima il grado di maturazione del mercato vita – è aumentato in Italia dal 22,4% al 25,0%; nonostante l'incremento, il valore del rapporto si situa ancora al di sotto degli altri paesi europei, con l'eccezione della Spagna, dove è pari al 13,4% nel 2006, in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente. Anche in Germania il valore dell'indice rimane inferiore al 30%; valori ben più elevati si registrano nel Regno Unito (109,7%), in Francia (58,5%), in Olanda (46,8%) e in Belgio (44,7%).

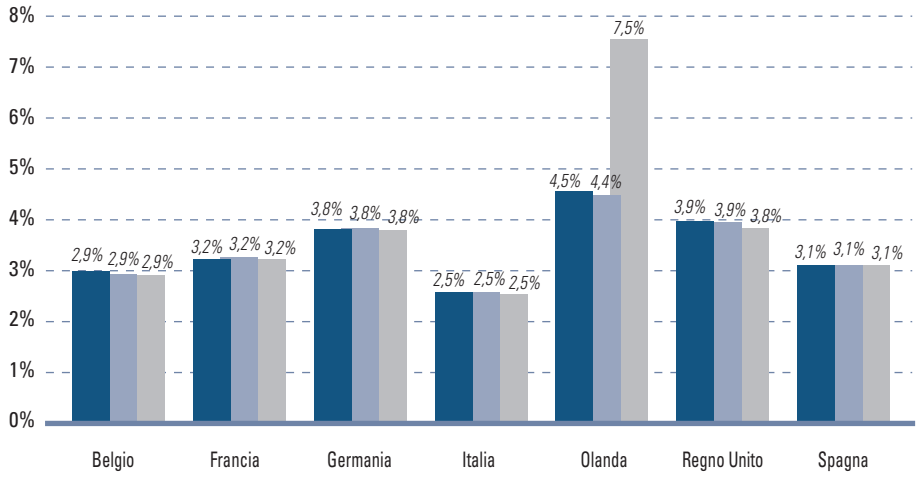
RISERVE MATEMATICHE VITA / PIL

Valori espressi in %



Fonte: CEA

Nel settore delle assicurazioni danni l'Italia continua a essere il paese con il più basso rapporto tra premi e PIL. Il rapporto è pari al 2,5% e risulta stabile nel triennio considerato. Il divario con gli altri paesi è rimasto pressoché immutato: in particolare, nel 2006 esso è stato pari a quasi mezzo punto percentuale rispetto al Belgio, a oltre mezzo punto percentuale rispetto a Francia e Spagna e a oltre un punto percentuale rispetto a Germania e Regno Unito. Unica eccezione risulta l'Olanda, rispetto alla quale il divario è salito da due a cinque punti percentuali, per effetto della recente riforma del sistema sanitario in questo paese che ha incrementato massicciamente la diffusione delle polizze sanitarie.



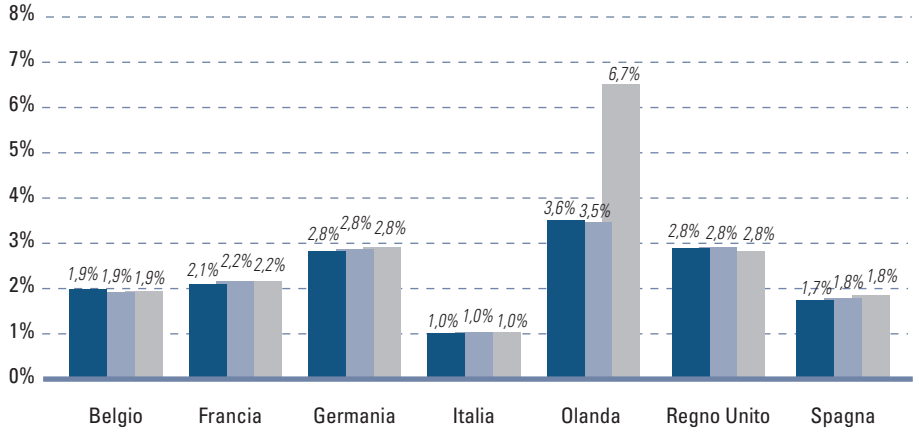
PREMI DANNI / PIL

Valori espressi in %

2004 *2005* *2006*

Fonte: CEA

Se dal totale dell'assicurazione danni escludiamo i premi contabilizzati del settore auto (assicurazione obbligatoria ovunque), il ritardo dell'Italia rispetto agli altri paesi europei risulta ancora più ampio. Nel triennio considerato il rapporto tra questi premi e il PIL è stato pari all'1,0% per l'Italia, mentre gli altri paesi registrano valori mediamente doppi (come nel caso di Belgio, Francia e Spagna) o ancor più elevati, come nel caso di Germania, Olanda e Regno Unito.



PREMI NON-AUTO / PIL

Valori espressi in %

2004 *2005* *2006*

Fonte: CEA

I PRINCIPALI MERCATI DELL'UNIONE EUROPEA

Il mercato assicurativo dei primi 15 paesi dell'Unione Europea ha raccolto nel 2006 premi per 986.222 milioni di euro con un incremento del 7,1% (+8,4% nel 2005). I tassi di crescita più elevati sono stati registrati in Olanda (+36,8%), Lussemburgo (+15,6%), Francia (+12,7%), Grecia (+10,5%) e Irlanda (+9,7%); in termini di volume premi, significativa è stata anche la crescita del Regno Unito e della Spagna, rispettivamente pari al 7,9% e all'8,9%. Gli unici paesi caratterizzati da tassi di variazione negativi sono il Belgio (-12,4%), l'Italia (-3,0%) e il Portogallo (-2,4%).

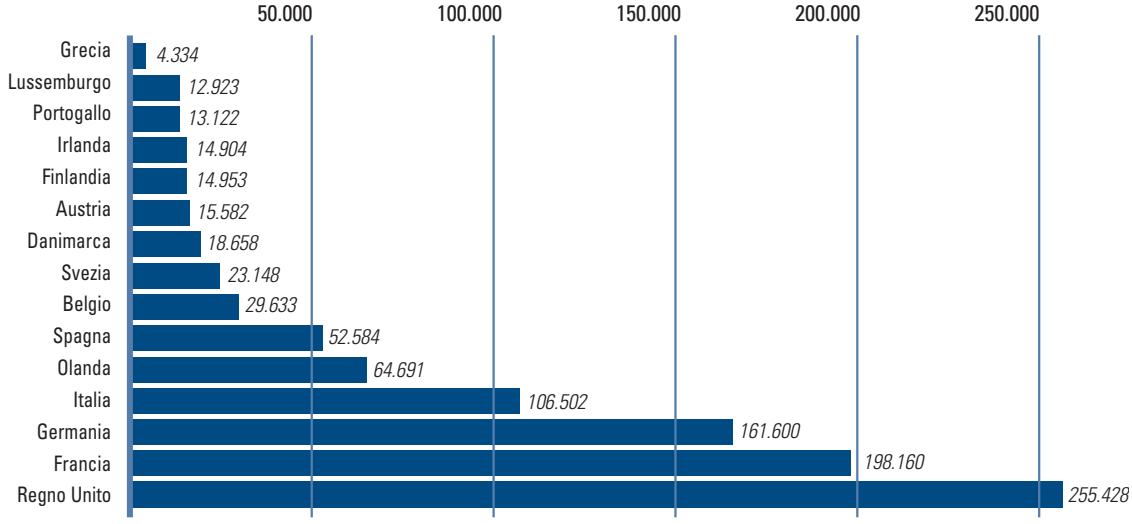
Nel 2006 i premi dell'assicurazione vita sono stati pari a 617.025 milioni di euro con un incremento del 6,6% rispetto all'anno precedente, valore ben inferiore all'11,6% registrato nel 2005. In particolare è aumentata la raccolta premi della Grecia (+17,5%), della Francia e del Lussemburgo (entrambi +17,0%), dell'Irlanda (+12,9%) e del Regno Unito (+10,1%); l'Italia, il Belgio e il Portogallo hanno registrato, invece, una diminuzione della raccolta (rispettivamente, pari a -5,6%, -18,0% e -4,1%).

Nei rami danni, invece, per effetto di un incremento del 7,9%, superiore al 3,6% del 2005, i premi del 2006 hanno raggiunto un importo pari a 369.197 milioni di euro. Hanno contribuito positivamente alla crescita del mercato danni soprattutto l'Olanda (+76,6%), la Spagna (+8,4%), la Francia (+3,2%), il Regno Unito (+2,6%), l'Italia (+2,2%) e la Germania (+1,8%).

PREMI DIRETTI NEI PAESI UE15 NEL 2006

TOTALE

Valori in milioni di euro

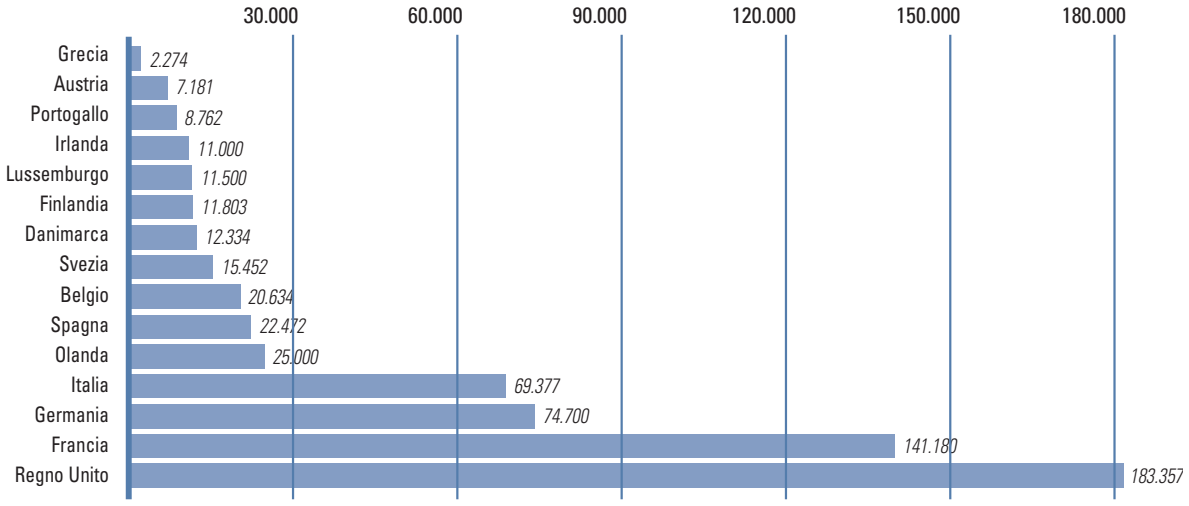


Fonte: CEA

PREMI DIRETTI NEI PAESI UE15 NEL 2006

VITA

Valori in milioni di euro

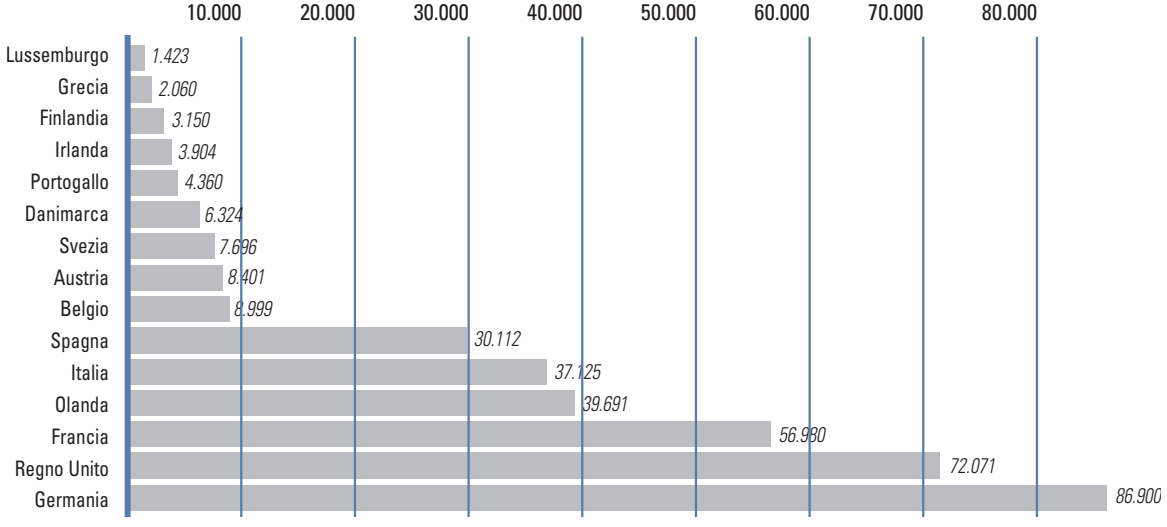


Fonte: CEA

PREMI DIRETTI NEI PAESI UE15 NEL 2006

DANNI

Valori in milioni di euro



Fonte: CEA

LA TASSAZIONE DEI PREMI NELL'UNIONE EUROPEA

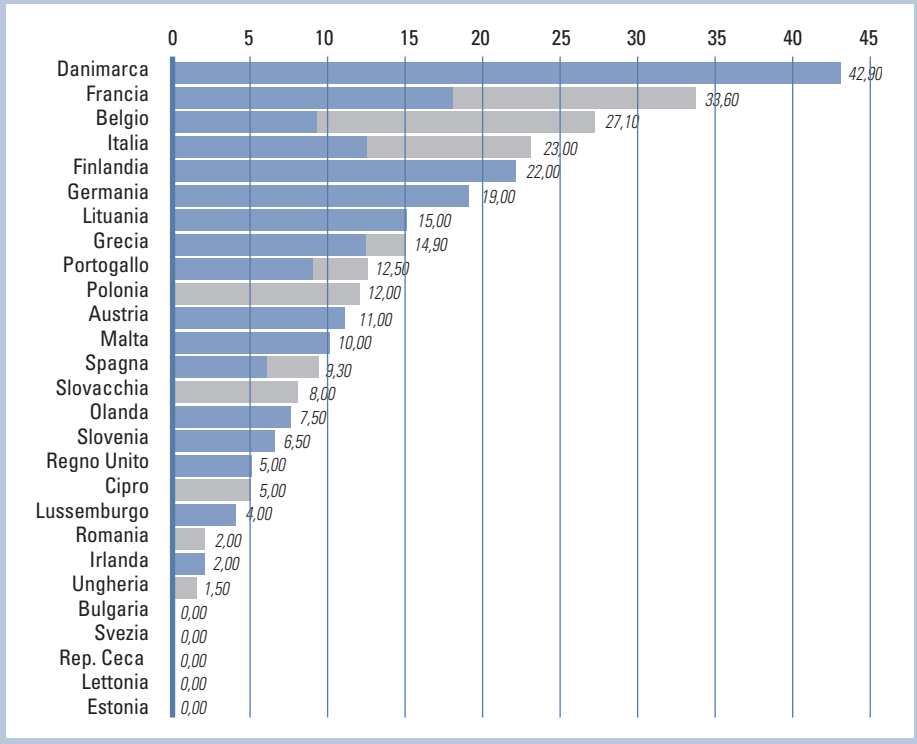
In Italia la fiscalità indiretta sui premi si conferma tra le più elevate in Europa. In particolare, nel ramo r.c. auto la tassazione è pari al 23%, rispetto al valore medio europeo del 17%; superiore al Regno Unito (5%) e alla Germania (19%) ma inferiore alla Francia (33,6%).

Nel ramo incendio l'aliquota, pari al 22,25%, risulta superiore a quelle applicate in Germania e Regno Unito, rispettivamente pari al 14% e al 5%, ma inferiore all'aliquota francese (30%).

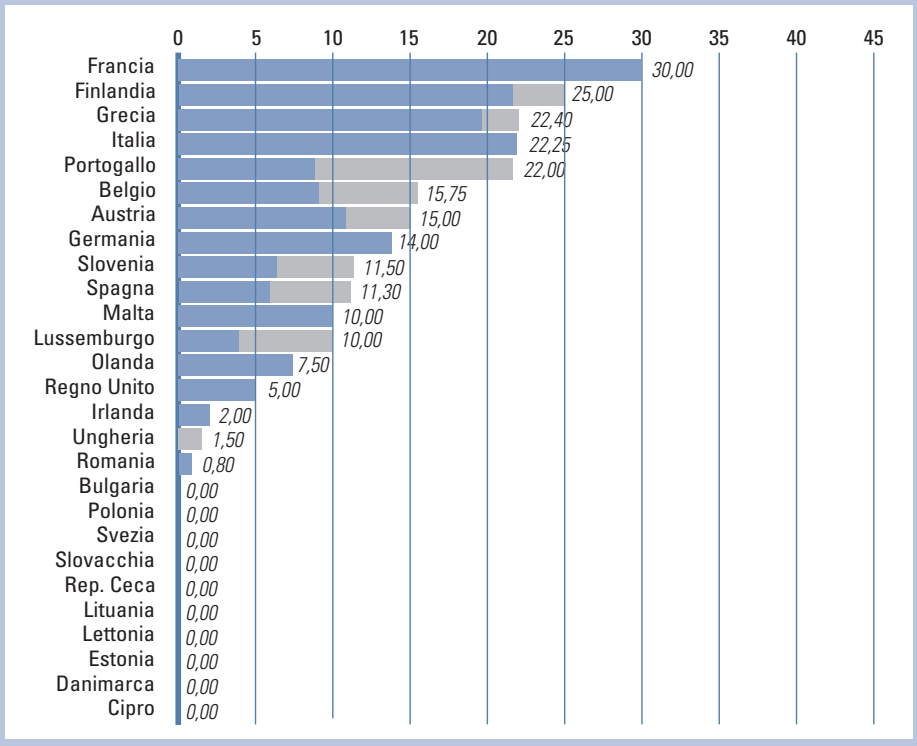
Nel ramo r.c. generale il nostro Paese applica l'aliquota fiscale più elevata (22,25%), ben più alta rispetto a quelle applicate dagli altri paesi europei, in particolare Germania (19%), Francia (9%) e Regno Unito (5%).

La fiscalità indiretta italiana sui premi relativi al ramo merci trasportate è pari al 7,5% per le merci trasportate via mare e via aria e al 12,5% per quelle trasportate via terra. I paesi europei che presentano la tassazione più elevata sono la Finlandia (22%), la Germania (19%) e la Grecia (12,4%); il Regno Unito applica un'aliquota del 5% mentre in Francia i premi di tale ramo risultano essere esenti da tassazione.

R.C. AUTO



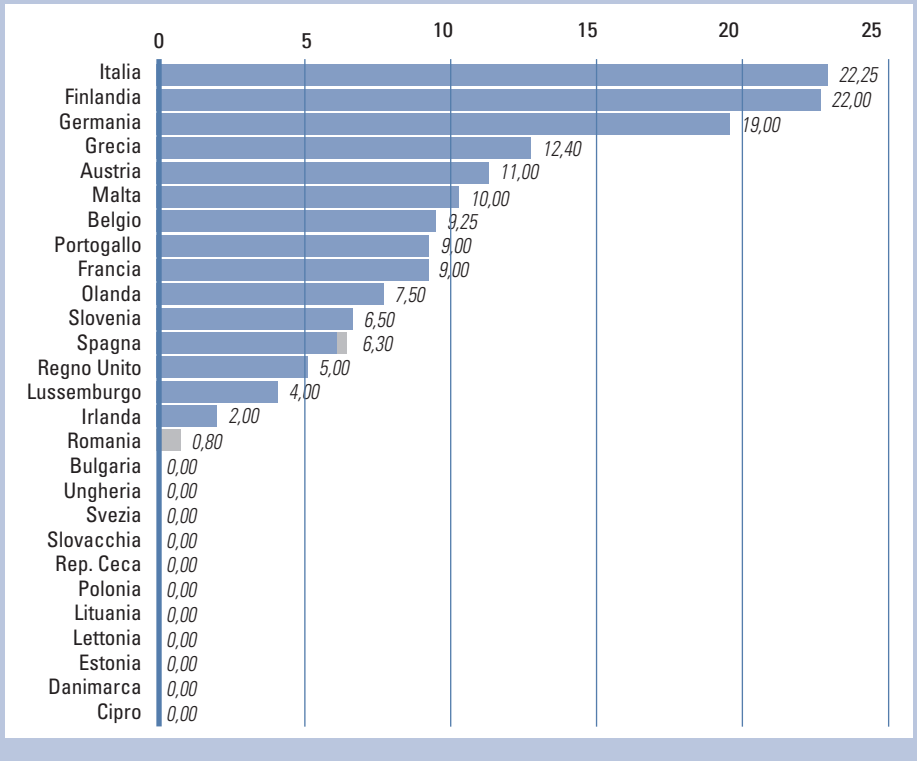
Fonte: CEA



INCENDIO

Imposte *Oneri parafiscali*

Fonte: CEA

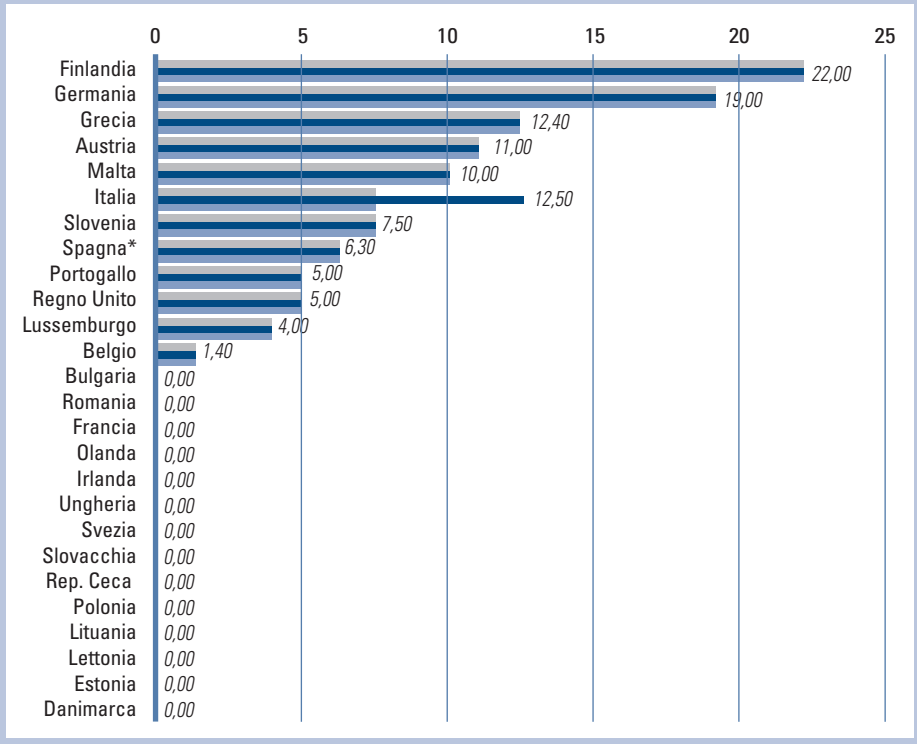


R.C. GENERALE

Imposte *Oneri parafiscali*

Fonte: CEA

MERCI TRASPORTATE – IMPOSTE



Fonte: CEA
(*) Il dato della Spagna è composto da imposte (6,00) e oneri parafiscali (0,30)

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 di un campione di imprese che rappresentano oltre il 90% del mercato. Il periodo di osservazione va dal 2001 al 2006.

Le imprese che esercitano il ramo danni

Nel 2006 le imprese che esercitano il ramo danni censite da ISIS sono 2.316, di cui 1.654 negli Stati Uniti, 152 nel Regno Unito, 95 in Francia, 244 in Germania, 55 in Italia e 116 in Spagna.

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

Secondo questo indicatore, nel 2006 la profittabilità delle imprese italiane è aumentata passando dal 17,0% nel 2005 al 18,4% nel 2006 mentre il ROE dell'impresa mediana tedesca continua a rimanere stabile dal 2003, assestandosi intorno a un valore del 10%. Sono aumentati anche gli indici di profittabilità dell'impresa mediana francese (dal 16,7% nel 2005 al 17,4% nel 2006), di quella spagnola (dal 18,6% al 21,1%) e di quella americana (dal 10,6% al 12,2%). Diminuisce invece l'indice registrato nel Regno Unito che nel 2006 si attesta a un valore pari al 14,0% (nel 2005 era pari al 16,4%).

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 2006 l'Italia continua a registrare, rispetto agli altri paesi osservati, la più ampia differenza tra il primo e il terzo quarto della distribuzione delle imprese (oltre 27 punti percentuali, per effetto del miglioramento registrato dalle imprese più profittevoli); nel Regno Unito la differenza è stata di oltre 26 punti, in Spagna di 22, in Francia di 19, negli Stati Uniti di 16 e in Germania di 15 (figura 1).

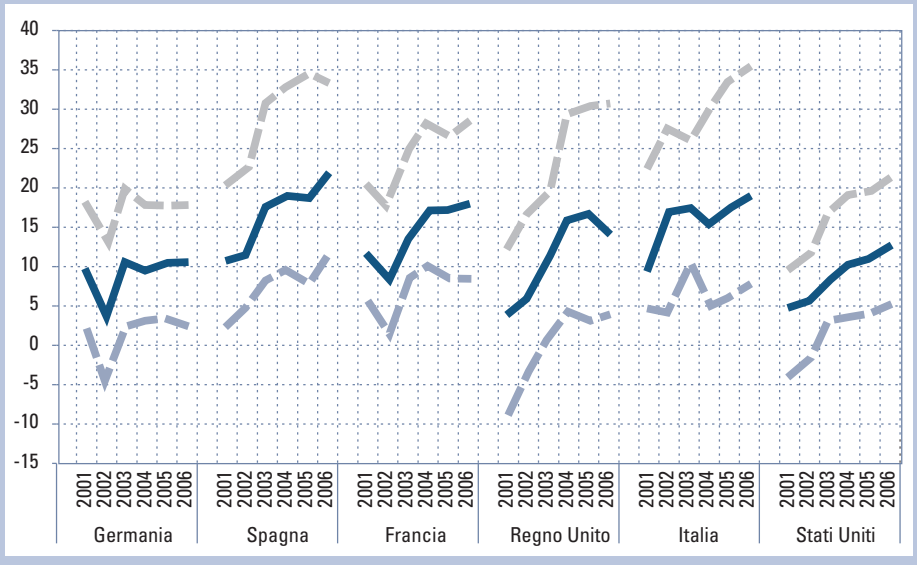
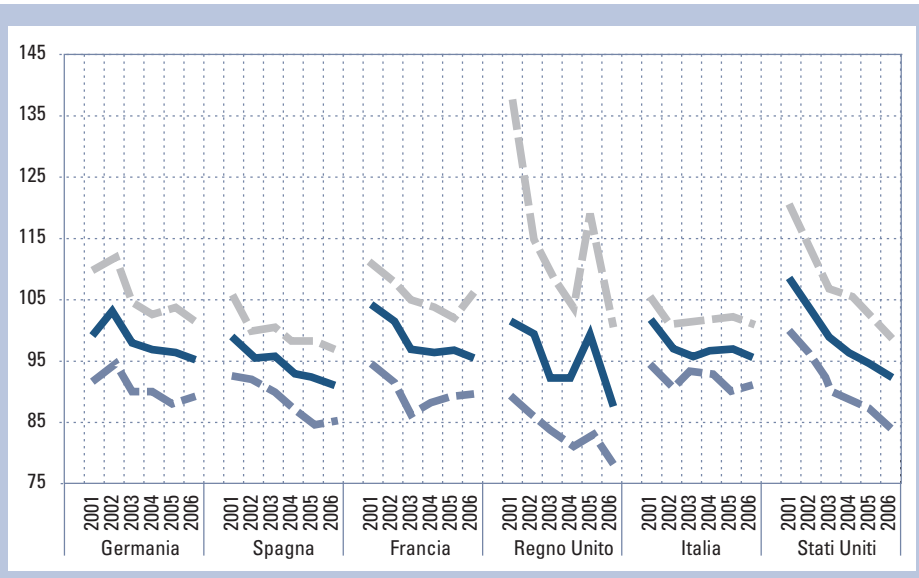


FIGURA 1
RENDIMENTO % DEL CAPITALE PROPRIO – DANNI

Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

Nel 2006 per il principale indicatore tecnico, il *combined ratio*, definito come la somma tra il *loss ratio* e l'*expense ratio* delle imprese mediane, si registra una diminuzione in tutti i paesi analizzati. Nel Regno Unito si osserva un importante miglioramento dell'indice, che scende dal 99,1% nel 2005 all'88,0% nel 2006. Più contenute invece le diminuzioni registrate in tutti gli altri paesi (intorno a 1-2 punti percentuali). In particolare, in Italia il *combined ratio* si attesta a un valore pari al 96,0% (96,8% nel 2005) mentre negli Stati Uniti scende dal 94,5% nel 2005

FIGURA 2
COMBINED RATIO % – DANNI

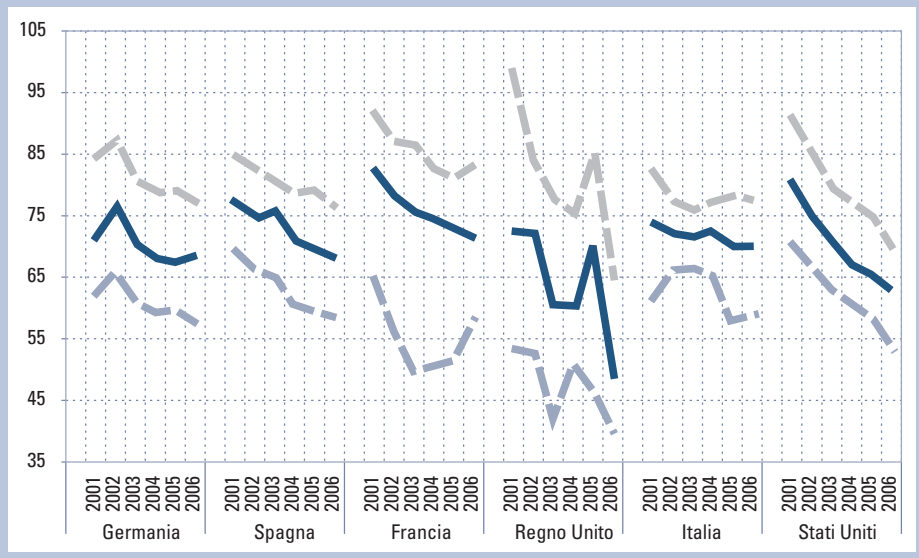


Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

al 92,7% nel 2006. La differenza tra il primo e il terzo quarto del campione di imprese è risultata pari a 22 punti percentuali nel Regno Unito, 16 in Francia, 14 negli Stati Uniti, 12 in Germania, 11 in Spagna e 10 in Italia (figura 2).

La dinamica del *combined ratio* nel 2006 riflette a grandi linee l'evoluzione della sinistralità sintetizzata dal *loss ratio*; nel 2006 l'indicatore risulta in forte diminuzione nel Regno Unito, passando dal 70,3% nel 2005 al 49,2% nel 2006, mentre raggiunge un livello pari al 63,3% negli Stati Uniti; in tutti gli altri paesi il rapporto si attesta intorno a un valore medio pari al 70% (figura 3). L'*expense ratio* è stato invece pari al 34,1% nel Regno Unito, al 29,3% negli Stati Uniti, intorno al 26-27% in Germania e in Italia e al 22% in Spagna e in Francia (figura 4).

FIGURA 3
LOSS RATIO % – DANNI



Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

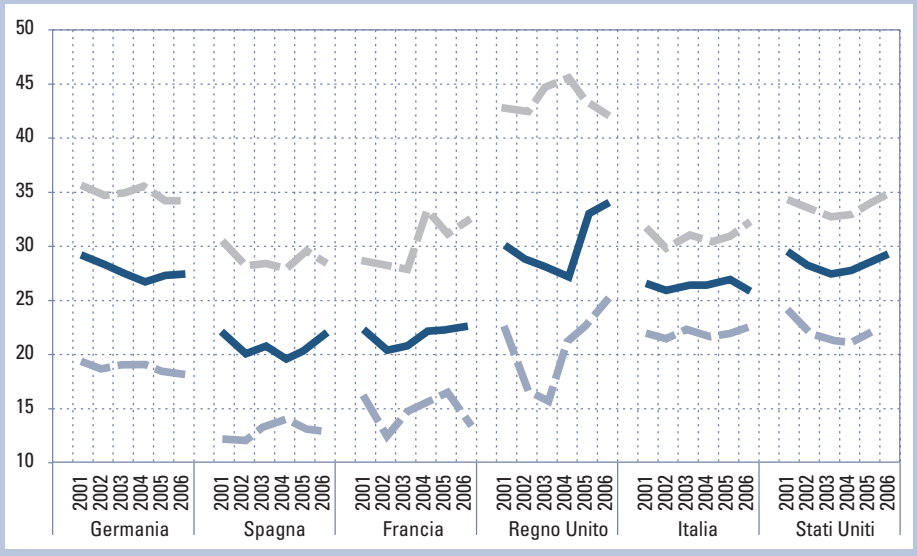


FIGURA 4
EXPENSE RATIO % – DANNI

75%-ile
Mediana
25%-ile

Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

Nel 2006 il rendimento degli investimenti dell'impresa mediana è rimasto sostanzialmente invariato rispetto a quello dell'anno precedente in Germania (3,9%), in Francia (3,0%) e in Italia (3,1%); è diminuito leggermente in Spagna (dal 2,5% nel 2005 al 2,4% nel 2006) mentre è aumentato nel Regno Unito (dal 4,1% al 4,2%) e più marcatamente negli Stati Uniti (dal 3,7% al 4,2%). La concentrazione delle imprese attorno al valore mediano è simile in tutti i paesi; la differenza tra primo e terzo quarto della distribuzione delle imprese risulta di poco superiore a un punto percentuale in Germania, Italia, Regno Unito e Stati Uniti, mentre è superiore a due punti percentuali in Spagna e in Francia.

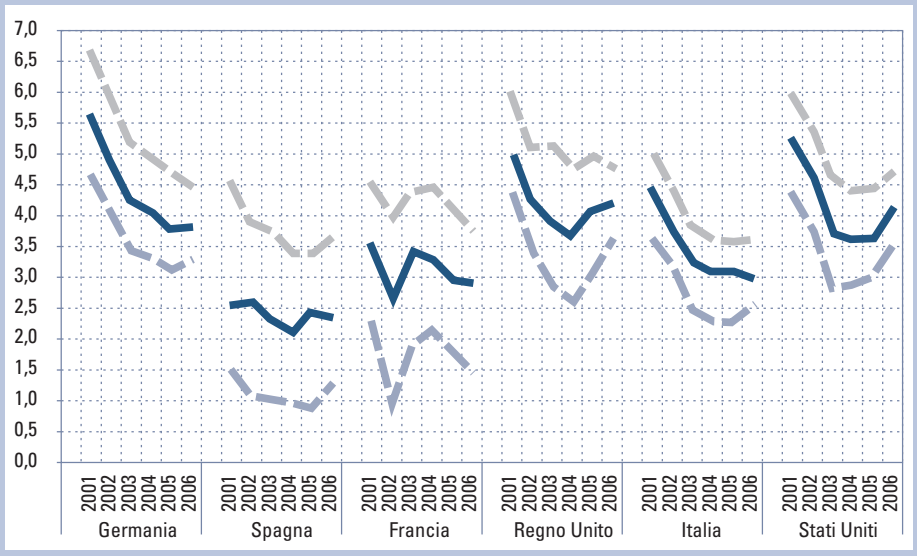


FIGURA 5
RENDIMENTO % DEGLI INVESTIMENTI – DANNI

75%-ile
Mediana
25%-ile

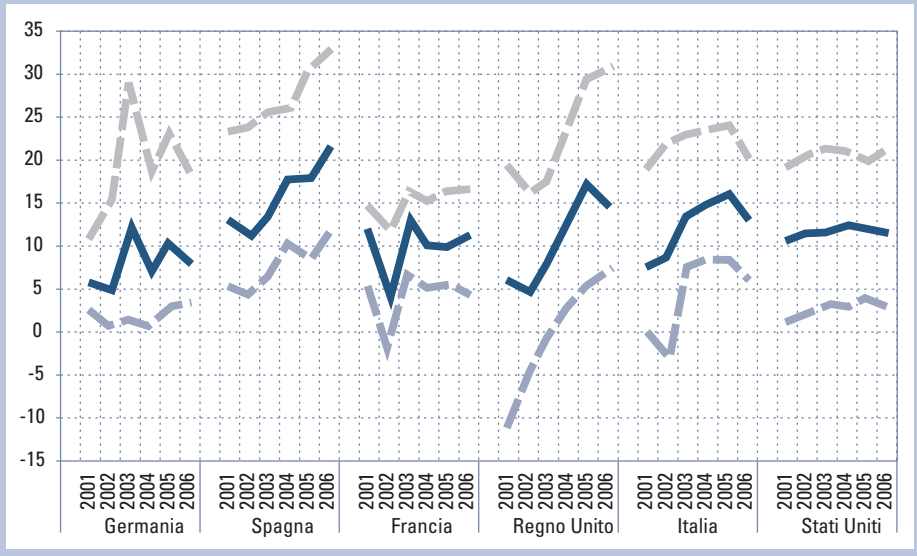
Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

Le imprese che esercitano il ramo vita

Nel 2006 le imprese che esercitano il ramo vita censite da ISIS sono 1.073, di cui 567 negli Stati Uniti, 97 nel Regno Unito, 60 in Francia, 233 in Germania, 52 in Italia e 64 in Spagna.

Rispetto all'anno precedente, nel 2006 è aumentato il rendimento del capitale proprio dell'impresa mediana in Spagna (dal 18,4% al 22,1%) e, sia pure più lievemente, anche in Francia (dal 10,4% all'11,0%). La redditività dell'impresa mediana italiana è, invece, diminuita raggiungendo un livello pari al 13,5%, a fronte del 16,1% nel 2005; in calo anche l'indicatore della Germania, del Regno Unito e degli Stati Uniti, rispettivamente dal 10,4% all'8,4%, dal 16,9% al 15,0% e dal 12,1% all'11,6%. La redditività delle imprese è molto variabile tra i paesi in esame; ne consegue una distribuzione della concentrazione attorno al valore mediano piuttosto ampia. In Francia la differenza tra il primo e il terzo quarto della distribuzione di imprese è di 11,4 punti percentuali, in Italia di 13,6, in Germania di 15,7, negli Stati Uniti di 17,4, in Spagna di 20,7 e nel Regno Unito di 23,1 (figura 6).

FIGURA 6
RENDIMENTO % DEL CAPITALE PROPRIO – VITA



Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

Nel 2006 l'*expense ratio* dell'impresa mediana in Italia è stato pari all'8,2%, in aumento rispetto al valore registrato nel 2005 (7,2%); anche l'indicatore della Spagna registra un discreto aumento passando dal 9,4% del 2005 all'11,7%; stabile è stato invece quello della Francia e degli Stati Uniti, rispettivamente pari al 6,9% e al 27,7%. La Germania e il Regno Unito sono caratterizzate da un *expense ratio* in diminuzione e pari nel 2006 rispettivamente all'11,1% (11,3% nel 2005) e al 22,9% (23,7% nel 2005). 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 2006 la differenza tra primo e terzo quarto della distribuzione delle imprese italiane è di 6 punti percentuali, in Francia di 9, in Germania di 10, in Spagna di 12, negli Stati Uniti di 24 e nel Regno Unito di 37 (figura 7).

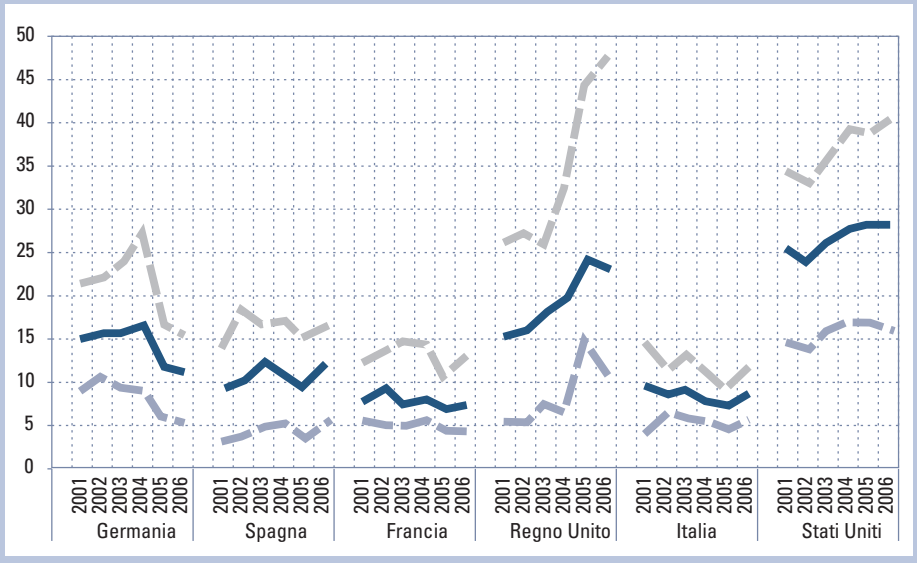


FIGURA 7
EXPENSE RATIO % – VITA

75%-ile
Mediana
25%-ile

Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

Nel 2006 il tasso di crescita delle riserve matematiche dell'impresa mediana diminuisce in tutti i paesi analizzati, a eccezione degli Stati Uniti. In particolare, in Italia e nel Regno Unito si passa rispettivamente dal 12,0% nel 2005 al 4,5% e dal 12,3% nel 2005 al 4,9%. Una diminuzione si osserva anche in Spagna (dal 9,8% nel 2005 al 5,6% nel 2006) mentre sono più lievi quelle in Germania e in Francia (rispettivamente con valori pari al 9,5% (10,2% nel 2005) e al 9,9% (11,2% nel 2005). Gli Stati Uniti registrano invece un indicatore in crescita di un punto percentuale rispetto all'anno precedente e pari al 4,3%. Si riduce la dispersione fra le imprese italiane: nel 2006 la differenza tra primo e terzo quarto della distribuzione delle imprese scende a 9 punti percentuali dai 13 osservati nel 2005; in Spagna la differenza risulta di 8, in Francia di 9, negli Stati Uniti di 13, nel Regno Unito di 15 e in Germania di 21 (figura 8).

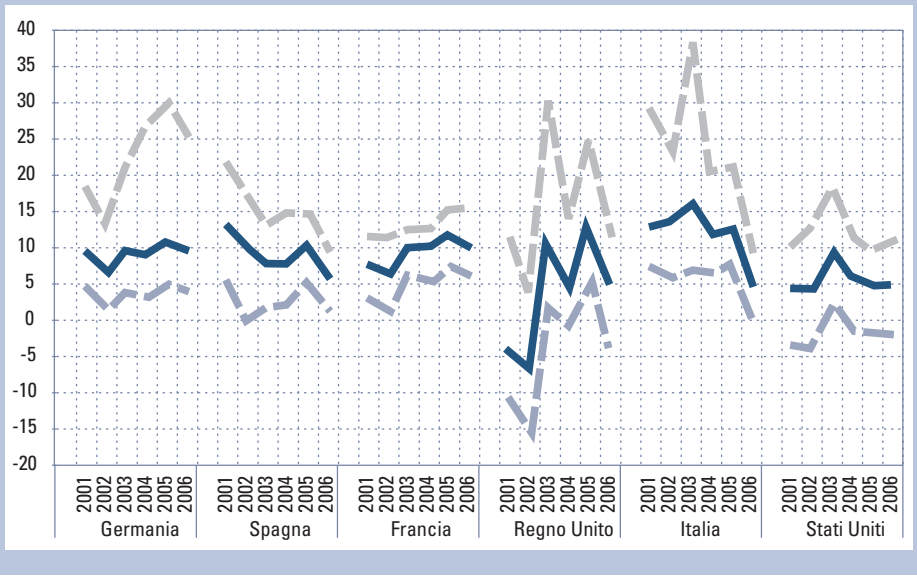


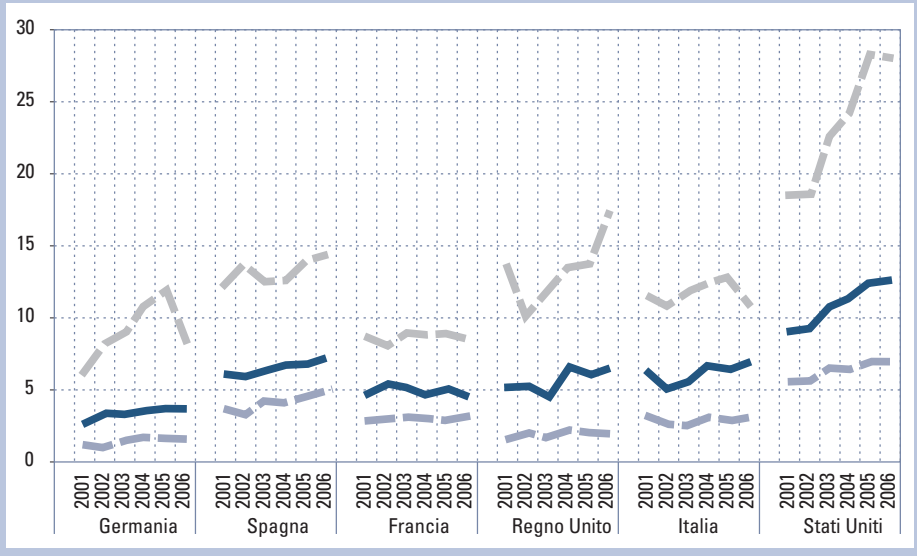
FIGURA 8
VARIAZIONE % RISERVE – VITA

75%-ile
Mediana
25%-ile

Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

Fatta eccezione per la Francia, il *solvency ratio* dell'impresa mediana dei paesi osservati è risultato in aumento. In Italia passa dal 6,6% nel 2005 al 6,9% nel 2006 mentre simile risulta l'andamento in Spagna e nel Regno Unito: rispettivamente, dal 6,9% nel 2005 al 7,2% nel 2006 e dal 6,2% al 6,4%. Decisamente più alto è il rapporto degli Stati Uniti, il cui valore raggiunge 12,5% (12,3% nel 2005) posizionandosi agli antipodi rispetto a quello della Germania dove esso risulta inferiore al 4%. La Francia è l'unico paese a registrare una diminuzione passando dal 5,0% nel 2005 al 4,7% nel 2006. La differenza tra primo e terzo quarto della distribuzione delle imprese risulta decisamente più ampia negli Stati Uniti (21 punti percentuali) e nel Regno Unito (15); in Spagna è di 9 punti percentuali, in Italia di 8, in Germania di 7 e in Francia di 6 (figura 9).

FIGURA 9
SOLVENCY RATIO % – VITA



Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

LA REDDITIVITÀ DELLE IMPRESE EUROPEE QUOTATE NEL 2007

Nel 2007 la profittabilità delle imprese di assicurazione quotate è calata in Francia e in Italia, dopo quattro anni di crescita sostenuta (tavola 1). Nel Regno Unito il ROE dell'impresa mediana è salito dal 18,3% del 2006 al 19,6%; in Germania dal 13,7% al 14,8%. In valore assoluto la profittabilità delle imprese italiane, francesi e tedesche è molto simile (15%).

TAVOLA 1
RETURN ON EQUITY
DELLE IMPRESE QUOTATE

	2003	2004	2005	2006	2007
Francia	6,9	11,6	13,4	16,9	15,2
Germania	-10,9	5,0	9,6	13,7	14,8
Italia	7,7	11,3	13,4	16,5	14,8
Regno Unito	4,7	11,0	17,3	18,3	19,6

Fonte: elaborazione da dati Thomson Financial, Datastream

Il rapporto tra profitti al lordo delle tasse e premi per l'impresa mediana cresce in tutti i paesi considerati (tavola 2). Il livello massimo di questo indicatore si registra nel Regno Unito (20,6), mentre quello delle imprese tedesche (6,3) è nettamente inferiore a quello degli altri paesi.

TAVOLA 2
PROFITTI (AL LORDO DELLE TASSE) SU PREMI

	2003	2004	2005	2006	2007
Francia	4,0	3,8	5,9	8,9	13,3
Germania	-1,1	3,9	3,2	5,3	6,3
Italia	3,2	7,4	6,9	8,9	9,0
Regno Unito	0,2	11,5	10,4	15,2	20,6

Fonte: elaborazione da dati Thomson Financial, Datastream

L'ANDAMENTO DEL SETTORE NEI PRINCIPALI MERCATI EUROPEI

Francia

I dati preliminari pubblicati dall'FFSA mostrano che nel 2007 la raccolta complessiva, pari a 195 miliardi di euro, è scesa dell'1,2% rispetto all'anno precedente, dopo due anni di forte crescita (12,2% nel 2006 e 11,3% nel 2005). Nel comparto delle assicurazioni alle persone (che comprende i rami vita, sanità e infortuni) si è registrata una contrazione dei premi pari al 2%. In particolare, la raccolta delle polizze vita è stata inferiore del 3% rispetto al 2006. Questo risultato è da attribuirsi, secondo l'FFSA, all'inversione della curva dei tassi, che ha reso relativamente meno vantaggiosi gli investimenti su orizzonti lunghi, come le polizze vita. A essere penalizzati sono stati soprattutto i prodotti tradizionali, mentre la raccolta di quelli unit-linked è scesa solo dell'1%. La raccolta netta complessiva si è ridotta in un anno del 18,4%. La raccolta nei rami malattia e infortuni è cresciuta nel 2007 del 6%, grazie soprattutto all'aumento complessivo della spesa privata per cure mediche.

I premi assicurativi per le coperture danni ai beni e responsabilità civile sono cresciuti del 2%, valore analogo a quello del 2006.

Nei rami danni, gli oneri per sinistri sono cresciuti nel corso del 2007 del 3,5% dopo la riduzione dello 0,8% registrata nel 2006, a causa principalmente di un aumento degli incidenti stradali con danni alle persone e dei danni provocati dal maltempo.

Moody's ricorda come la forte espansione del settore vita nel 2006 sia stata in parte determinata da incentivi fiscali. La diffusione di prodotti con garanzie limitate ha ridotto notevolmente i rischi di riserva delle compagnie, tuttavia lo sviluppo di prodotti unit-linked e l'introduzione di regole più severe contro il

misselling potrebbero aumentare l'esposizione al rischio di controversie legali. Nei rami danni il settore dovrebbe continuare nel suo trend di espansione piuttosto lento e stabile. La forte competizione nel settore lascia poche possibilità di aumentare le tariffe; il problema potrebbe essere particolarmente critico nel settore auto, dove i costi stanno crescendo rapidamente a causa dell'aumento congiunto della frequenza dei sinistri e delle spese per danni alle persone.

Germania

Secondo le stime preliminari della GDV, la raccolta complessiva del settore assicurativo tedesco si sarebbe mantenuta nel 2007 sugli stessi livelli dell'anno precedente. La crescita dei premi del totale delle imprese associate è stata infatti pari allo 0,2%, per un ammontare complessivo di 162 miliardi di euro. Il settore più dinamico è stato quello delle polizze malattia, la cui raccolta è cresciuta del 2,5%, a fronte del 4,2% registrato l'anno scorso. La raccolta del comparto vita è stata di 78,1 miliardi di euro, lo stesso valore del 2006.

Secondo un rapporto di Fitch, la crescita dei tassi d'interesse ha accresciuto nel ramo vita l'incidenza delle perdite non realizzate presenti nei bilanci delle compagnie, peggiorandone la capitalizzazione. Inoltre, secondo l'agenzia di rating, le compagnie con una peggiore condizione finanziaria potranno soffrire se dovesse persistere la forte volatilità dei mercati finanziari: ciò potrebbe avere un impatto molto più importante rispetto ai default delle obbligazioni legate ai mutui, che costituiscono una frazione marginale degli attivi. Inoltre i cambiamenti in atto nel sistema di distribuzione e nella domanda di prodotti potranno ridurre la profittabilità; Fitch cita la crescita del mercato delle rendite, sui cui i margini di profitto sono minori rispetto a quelli degli altri prodotti. Ricorda inoltre che la maggior parte dei prodotti vita venduti in Germania ha un rendimento minimo garantito e che le pressioni competitive potrebbero spingere molte compagnie a garantire rendimenti elevati in relazione alla propria capitalizzazione. Infine nuove regolamentazioni sugli intermediari e la nuova legge tedesca sulle assicurazioni potrebbero aumentare i costi e la complessità della sottoscrizione.

Nel complesso la profittabilità del settore, che è relativamente contenuta nel confronto europeo, potrebbe risentirne negativamente: Fitch si aspetta, inoltre, una varianza più ampia nei risultati economici delle compagnie e una ripresa delle operazioni di fusione e acquisizione.

Nel settore danni le crescenti pressioni competitive, specialmente nel settore auto, potrebbero far peggiorare i risultati tecnici e la profittabilità.

Regno Unito

Fitch ha confrontato la raccolta premi delle prime nove compagnie di assicurazione (rappresentative di circa il 70% del mercato) nel 2007 con quella dell'anno precedente. Nonostante i possibili contraccolpi negativi dovuti alla crisi del mercato immobiliare che ha interessato il paese, la vendita di prodotti vita rimane sostenuta, al di là degli effetti positivi derivanti dalla riforma del sistema pensionistico entrata in vigore lo scorso aprile, che elimina i limiti di investimento in piani pensionistici privati per chi ha già un piano pensionistico aziendale. Se, da un lato, i riscatti delle vecchie polizze stanno accelerando, dall'altro, la nuova produzione più che compensa i deflussi. Gli assicurati starebbero reinvestendo gran parte delle risorse delle vecchie polizze in nuovi prodotti assicurativi.

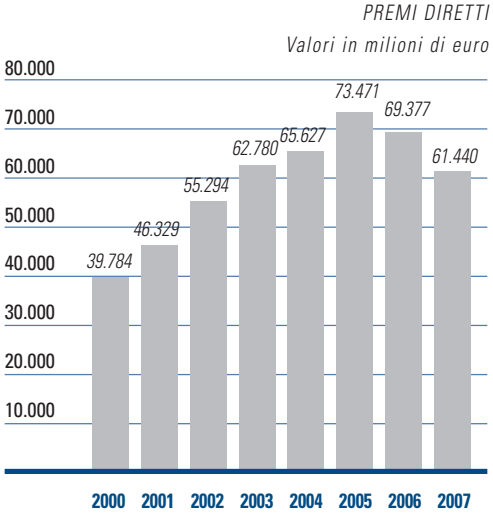
La crescita delle quotazioni di borsa nella prima parte dell'anno ha portato il livello di capitalizzazione delle compagnie ai livelli più alti degli ultimi anni, secondo Fitch. Inoltre l'elevata qualità degli attivi rende immuni le compagnie da un possibile aumento del rischio di credito. La composizione degli attivi delle compagnie non è fonte di preoccupazione: l'esposizione ai prodotti subprime è inferiore all'1% del totale degli asset delle principali compagnie del ramo vita.

Il 2008 vedrà l'introduzione sul mercato inglese delle *variable annuities*, prodotti tipici del mercato statunitense; questo, insieme alle proposte dell'FSA in materia di distribuzione dei prodotti, dovrebbero secondo Fitch portare a cambiamenti nel mercato, le cui prospettive, secondo la società di rating, rimangono comunque stabili.

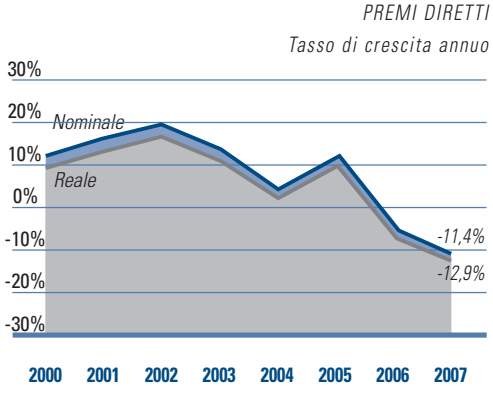
La redditività del settore danni sarà pesantemente condizionata dalle conseguenze delle inondazioni estive. L'estate del 2007 è stata nel Regno Unito la più piovosa da quando esistono misurazioni (1914). Le inondazioni che hanno colpito tutto il paese a eccezione del nord ovest hanno provocato danni stimati dall'Association of British Insurers in circa 4,5 miliardi di euro, di cui circa la metà assicurati. Si tratta del secondo evento più dannoso nella storia del paese.

Considerando anche i danni provocati in gennaio dalla tempesta di vento Kyrill, di circa 500 milioni di euro, il 2007 dovrebbe essere per il settore assicurativo inglese l'anno con le perdite più alte dal 1990. Secondo Guy Carpenter l'esposizione del settore assicurativo britannico al rischio di alluvioni è destinato a crescere a causa del forte aumento del numero di immobili (il governo prevede di costruire tre milioni di abitazioni entro il 2020) e dal forte aumento del loro valore. Questi due fattori potrebbero essere più rilevanti per il settore assicurativo rispetto all'impatto del cambiamento climatico.

Le assicurazioni vita

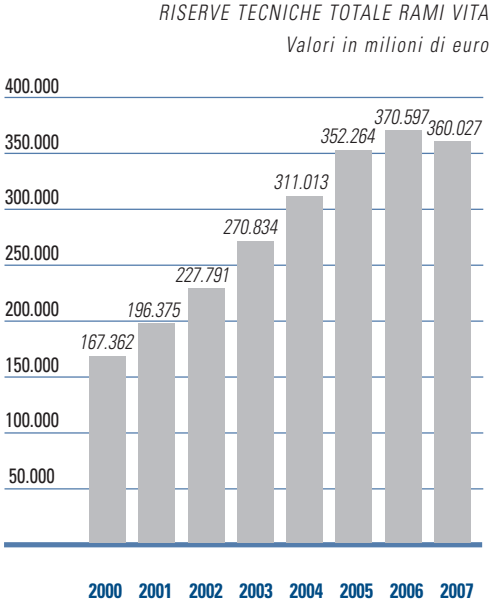


La raccolta nei rami vita ha registrato nel 2007 una riduzione dell'11,4% rispetto al 2006, quando i premi erano già diminuiti del 5,6% dopo anni di forte crescita. La dinamica del 2007 è il risultato del forte calo dei premi relativi al ramo V (-50%), di una contrazione del 17,0% della raccolta di ramo I e di un aumento dei premi delle polizze di tipo linked (6,1%). 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 85 imprese operanti nei rami vita, sono stati pari a 61.440 milioni di euro e hanno registrato una variazione rispetto al 2006 del -11,4% in termini nominali (-5,6% nel 2006) e del -12,9% in termini reali (-7,4% nel 2006). In termini percentuali, i premi vita rappresentano nel 2007 il 62% del totale (vita e danni), quota di tre punti percentuali inferiore a quella registrata nel 2006. Occorre inoltre considerare che nel settore vita un'importante quota di premi viene raccolta in Italia da imprese che operano dall'estero in **libera prestazione di servizi (LPS)**. L'ANIA stima che, nel 2007, i premi contabilizzati da tali imprese hanno superato i 10 miliardi di euro, con una crescita di circa il 75% rispetto al 2006. Aggiungendo questi premi, la diminuzione del totale rami vita sarebbe del -5% (invece che del -11,4%).



Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, pari a 74.315 milioni di euro, sono continuate ad aumentare (+28,6%) a causa principalmente di un elevato numero di riscatti, oltre che delle scadenze di una rilevante quota di polizze.

Le **riserve matematiche**, pari a 360.027 milioni di euro, sono diminuite del 2,9%; questo calo è dovuto, da un lato, all'avverso andamento dei mercati azionari soprattutto a partire dallo scorso mese di settembre e, dall'altro, a un flusso negativo di raccolta netta.

La variazione delle riserve matematiche e delle riserve tecniche diverse è stata negativa e pari a 9.965 milioni di euro (era positiva e pari a 18.303 milioni nel 2006). Negli ultimi venti anni è la prima volta che si registra una contrazione dello stock di riserve.

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

TOTALE RAMI VITA
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Premi contabilizzati	39.784	46.329	55.294	62.780	65.627	73.471	69.377	61.440
Oneri relativi ai sinistri (-)	13.574	16.100	21.783	25.453	34.313	43.710	57.804	74.315
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	26.693	28.981	31.504	43.257	39.666	41.196	18.303	-9.965
Saldo delle altre partite tecniche	-5	175	284	427	476	697	633	467
Spese di gestione (-)	3.398	3.323	3.379	3.745	3.864	4.308	4.589	4.685
Utile investimenti	4.688	2.812	1.845	10.661	13.523	17.062	12.126	8.344
Risultato del conto tecnico diretto	**802**	**912**	**757**	**1.413**	**1.783**	**2.016**	**1.440**	**1.216**
Saldo della riassicurazione e altre partite	659	480	279	293	249	327	471	338
Risultato del conto tecnico complessivo	**1.461**	**1.392**	**1.036**	**1.706**	**2.032**	**2.343**	**1.911**	**1.554**
Variazione % annua dei premi	11,8%	16,5%	19,4%	13,5%	4,5%	12,0%	-5,6%	-11,4%
Expense ratio	8,5%	7,2%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	6,6%	7,6%
Utile investimenti/Riserve tecniche	3,0%	1,5%	0,9%	4,3%	4,6%	5,1%	3,5%	2,3%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**2,0%**	**2,0%**	**1,4%**	**2,3%**	**2,7%**	**2,7%**	**2,1%**	**2,0%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**3,7%**	**3,0%**	**1,9%**	**2,7%**	**3,1%**	**3,2%**	**2,8%**	**2,5%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**0,95%**	**0,77%**	**0,49%**	**0,68%**	**0,70%**	**0,71%**	**0,54%**	**0,44%**

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

negativa e pari a 12.875 milioni di euro; nel 2006 era stata positiva e pari a 11.573.

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 4.685 milioni di euro (4.589 nel 2006); l'incidenza sui premi è stata del 7,6% (6,6% nel 2006). La dinamica dipende principalmente 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 8.344 milioni di euro contro 12.126 nel 2006, il **risultato del conto tecnico** del lavoro diretto è stato positivo per 1.216 milioni di euro (1.440 nel 2006). L'incidenza sui premi (2,0%) è rimasta in linea con il valore del 2006.

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato positivo per 338 milioni di euro (471 nel 2006).

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato pari a 1.554 milioni di euro (1.911 nel 2006). Sono diminuite sia l'incidenza sui premi (dal 2,8% nel 2006 al 2,5% nel 2007) sia quella sulle riserve tecniche (dallo 0,54% allo 0,44%).

I SINGOLI RAMI VITA

Ramo I - Assicurazioni sulla durata della vita umana

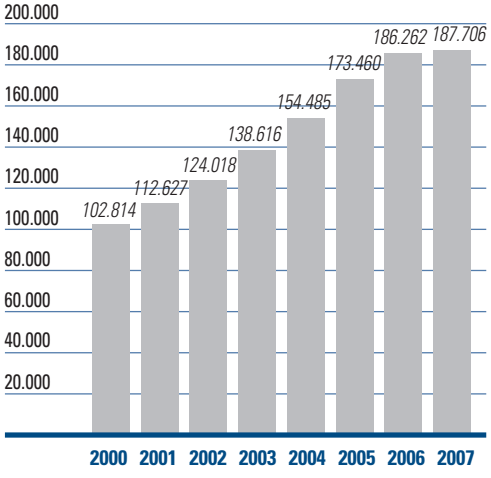
I **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 83 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 27.166 milioni di euro; la diminuzione rispetto al 2006 è stata del 17,0%. L'incidenza dei premi del ramo sul totale dei premi vita è passata dal 47,2% nel 2006 al 44,2% nel 2007.

RAMO I - VITA UMANA
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Premi contabilizzati	15.967	19.413	23.991	27.788	30.101	33.871	32.746	27.166
Oneri relativi ai sinistri (-)	9.686	11.254	13.660	14.839	16.761	18.253	23.064	28.993
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	8.680	9.806	12.233	14.737	15.692	18.610	12.796	1.639
Saldo delle altre partite tecniche	-66	-81	-109	-96	-88	-41	-113	-175
Spese di gestione (-)	2.019	1.791	1.770	1.941	2.048	2.365	2.634	2.836
Utile investimenti	5.403	4.801	4.399	5.350	5.950	6.458	6.610	7.289
Risultato del conto tecnico diretto	**919**	**1.282**	**618**	**1.525**	**1.462**	**1.060**	**749**	**812**
Saldo della riassicurazione e altre partite	642	407	293	292	247	371	459	357
Risultato del conto tecnico complessivo	**1.561**	**1.689**	**911**	**1.817**	**1.709**	**1.431**	**1.208**	**1.169**
Variazione % annua dei premi	-9,3%	21,6%	23,6%	15,8%	8,3%	12,5%	-3,3%	-17,0%
Expense ratio	12,6%	9,2%	7,4%	7,0%	6,8%	7,0%	8,0%	10,4%
Utile investimenti/Riserve tecniche	5,5%	4,5%	3,7%	4,1%	4,1%	3,9%	3,8%	4,0%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**5,8%**	**6,6%**	**2,6%**	**5,5%**	**4,9%**	**3,1%**	**2,3%**	**3,0%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**9,8%**	**8,7%**	**3,8%**	**6,5%**	**5,7%**	**4,2%**	**3,7%**	**4,3%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**1,57%**	**1,57%**	**0,77%**	**1,38%**	**1,17%**	**0,87%**	**0,69%**	**0,64%**
Incidenza dei premi sul totale dei rami vita	*40,1%*	*41,9%*	*43,4%*	*44,3%*	*45,9%*	*46,1%*	*47,2%*	*44,2%*

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

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



Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, hanno raggiunto i 28.993 milioni di euro (+25,7% rispetto al 2006).

La **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse, pari a 1.639 milioni di euro, è diminuita dell'87,2%; 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 e di un più frequente ricorso al riscatto da parte degli assicurati.

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 negativa e pari a 1.827 milioni di euro, in diminuzione rispetto al 2006 quando era stata positiva e pari a 9.682 milioni di euro.

Le **spese di gestione** sono state pari a 2.836 milioni di euro (2.634 nel 2006). L'incidenza sui premi è salita dall'8,0% nel 2006 al 10,4% nel 2007.

Considerati gli utili degli investimenti, pari a 7.289 milioni di euro contro 6.610 nel 2006, il **risultato del conto tecnico diretto** è stato positivo per 812 milioni di euro (749 nel 2006). In rapporto ai premi, tale risultato è salito al 3,0% dal 2,3% del 2006.

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato positivo per 357 milioni di euro.

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato pari a 1.169 milioni di euro, in lieve calo rispetto a 1.208 nel 2006. L'incidenza sui premi è in lieve aumento rispetto al 2006 e pari al 4,3%; quella sulle riserve tecniche è passata dallo 0,69% allo 0,64%.

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

I **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 75 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 29.053 milioni di euro (6,1% in più rispetto al 2006). L'incidenza dei premi di questo ramo sul totale dei premi vita è salita dal 39,5% nel 2006 al 47,3% nel 2007.

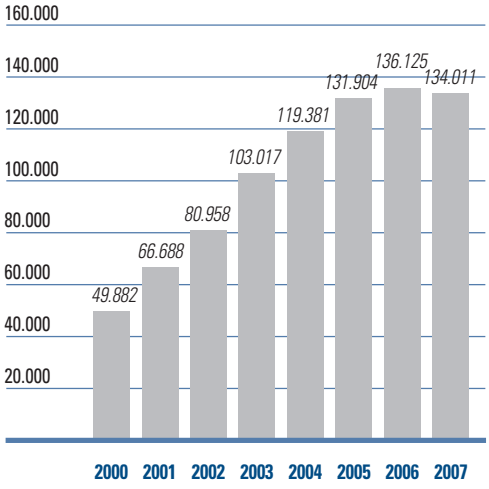
RAMO III - FONDI DI INVESTIMENTO
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Premi contabilizzati	22.214	23.613	24.559	26.488	24.756	26.389	27.385	29.053
Oneri relativi ai sinistri (-)	2.421	3.098	5.562	7.590	13.370	20.797	25.192	28.822
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	17.485	16.670	14.233	22.145	16.146	12.634	4.220	-1.979
Saldo delle altre partite tecniche	72	267	341	548	589	757	759	657
Spese di gestione (-)	1.282	1.394	1.378	1.578	1.614	1.706	1.747	1.642
Utile investimenti	-1.335	-2.576	-3.318	4.156	5.993	8.781	3.723	-420
Risultato del conto tecnico diretto	**-237**	**142**	**409**	**-121**	**207**	**790**	**708**	**805**
Saldo della riassicurazione e altre partite	4	61	-19	-5	5	-45	16	-9
Risultato del conto tecnico complessivo	**-233**	**203**	**390**	**-126**	**212**	**745**	**724**	**796**
Variazione % annua dei premi	47,9%	6,3%	4,0%	7,9%	-6,5%	6,6%	3,8%	6,1%
Expense ratio	5,8%	5,9%	5,6%	6,0%	6,5%	6,5%	6,4%	5,7%
Utile investimenti/Riserve tecniche	-3,3%	-4,4%	-4,5%	4,5%	5,4%	7,0%	2,8%	-0,3%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**-1,1%**	**0,6%**	**1,7%**	**-0,5%**	**0,8%**	**3,0%**	**2,6%**	**2,8%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**-1,0%**	**0,9%**	**1,6%**	**-0,5%**	**0,9%**	**2,8%**	**2,6%**	**2,7%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**-0,57%**	**0,35%**	**0,53%**	**-0,14%**	**0,19%**	**0,59%**	**0,55%**	**0,60%**
Incidenza dei premi sul totale dei rami vita	*55,8%*	*51,0%*	*44,4%*	*42,2%*	*37,7%*	*35,9%*	*39,5%*	*47,3%*

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

Le assicurazioni vita

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



Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, pari a 28.822 milioni di euro, hanno registrato un sensibile incremento rispetto al 2006 (14,4%), in connessione con il sopraggiungere a scadenza di molti contratti che erano stati stipulati agli inizi del decennio e con un aumento della frequenza di riscatto da parte degli assicurati.

La **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse è diminuita rispetto al 2006 diventando negativa e pari a 1.979 milioni di euro. Lo stock di riserve è conseguentemente diminuito dell'1,6%.

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 positiva e pari a 231 milioni di euro, ma in diminuzione rispetto ai 2.193 del 2006.

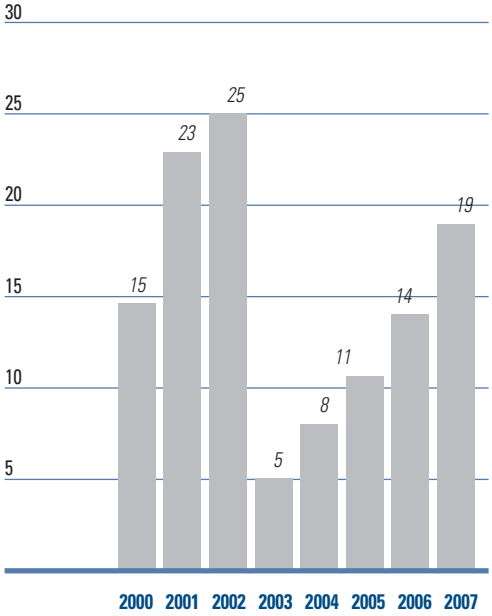
Le **spese di gestione** sono state pari a 1.642 milioni di euro (1.747 nel 2006). L'incidenza sui premi è stata del 5,7%, in lieve calo rispetto a quella del 2006.

Nonostante i rendimenti negativi degli investimenti (pari a -420 milioni di euro da 3.723 milioni del 2006), il **risultato del conto tecnico diretto** è stato positivo per 805 milioni di euro, in aumento rispetto al valore del 2006. L'incidenza sui premi è leggermente aumentata ed è stata pari al 2,8%.

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato negativo per 9 milioni di euro.

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 796 milioni di euro (724 nel 2006). Sia l'incidenza sui premi (pari al 2,7%) che quella sulle riserve tecniche (pari allo 0,60%), risultano in lieve aumento rispetto al 2006.

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



Ramo IV - Assicurazioni malattia a lungo termine

I **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 31 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 30 milioni di euro (32,8% rispetto al 2006).

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 3 milioni di euro (1 milione nel 2006). L'incidenza sui premi è stata del 9,8% (2,3% nel 2006).

RAMO IV - MALATTIA
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Premi contabilizzati	8	12	10	17	18	24	23	30
Oneri relativi ai sinistri (-)	2	3	3	7	9	12	7	7
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	4	8	4	2	2	2	3	5
Saldo delle altre partite tecniche	-1	0	1	0	0	-2	0	0
Spese di gestione (-)	0	0	0	4	2	3	3	3
Utile investimenti	1	1	1	0	0	1	0	0
Risultato del conto tecnico diretto	**2**	**2**	**5**	**4**	**5**	**6**	**10**	**15**
Saldo della riassicurazione e altre partite	1	0	-2	-5	-4	-5	-9	-12
Risultato del conto tecnico complessivo	**3**	**2**	**3**	**-1**	**1**	**1**	**1**	**3**
Variazione % annua dei premi	36,1%	46,8%	-10,3%	61,3%	9,2%	28,9%	-2,4%	32,8%
Expense ratio	3,6%	3,3%	2,3%	21,8%	11,6%	12,5%	12,3%	9,9%
Utile investimenti/Riserve tecniche	5,9%	6,0%	5,9%	1,4%	3,9%	5,6%	2,7%	3,2%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**21,4%**	**14,8%**	**44,2%**	**24,2%**	**27,7%**	**23,6%**	**42,7%**	**49,9%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**34,1%**	**20,6%**	**28,9%**	**-6,2%**	**3,5%**	**6,0%**	**2,3%**	**9,8%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**21,6%**	**12,71%**	**12,48%**	**-6,93%**	**9,67%**	**14,93%**	**4,58%**	**19,64%**
Incidenza dei premi sul totale dei rami vita	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*	*0,0%*

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

Ramo V - Operazioni di capitalizzazione

I **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 73 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 4.470 milioni di euro, circa la metà di quelli raccolti nel 2006. L'incidenza dei premi di questo ramo sul totale dei premi vita è conseguentemente scesa dal 12,9% nel 2006 al 7,3% nel 2007.

Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, hanno raggiunto i 16.381 milioni di euro (9.478 nel 2006).

La **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse è stata negativa e pari a 10.267 milioni di euro (1.017 nel 2006).

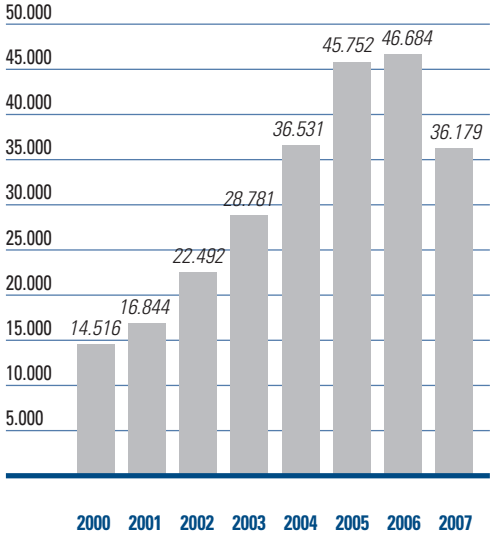
Le **spese di gestione** sono state pari a 175 milioni di euro (188 nel 2006); l'incidenza sui premi è passata dal 2,1% del 2006 al 3,9% del 2007.

Considerati gli utili degli investimenti, pari a 1.448 milioni di euro, il **risultato del conto tecnico** diretto è stato negativo per 393 milioni di euro (-17 nel 2006).

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato positivo per 3 milioni di euro.

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato negativo e pari a -390 milioni di euro (-12 nel 2006).

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



Le assicurazioni vita

RAMO V - CAPITALIZZAZIONE
Valori in milioni di euro

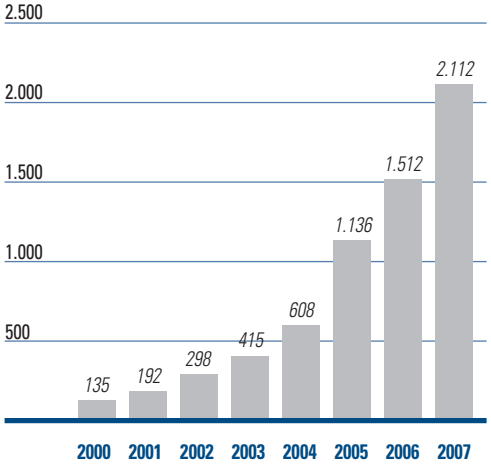
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Premi contabilizzati	1.503	3.201	6.610	8.360	10.554	12.692	8.938	4.470
Oneri relativi ai sinistri (-)	1.463	1.739	2.551	3.003	4.149	4.615	9.478	16.381
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	435	2.421	4.951	6.243	7.631	9.418	1.017	-10.267
Saldo delle altre partite tecniche	-12	-13	52	-26	-29	-20	-19	-22
Spese di gestione (-)	91	131	224	215	190	223	188	175
Utile investimenti	621	594	792	1.136	1.558	1.751	1.747	1.448
Risultato del conto tecnico diretto	**123**	**-509**	**-272**	**9**	**113**	**167**	**-17**	**-393**
Saldo della riassicurazione e altre partite	12	11	7	11	1	5	5	3
Risultato del conto tecnico complessivo	**135**	**-498**	**-265**	**20**	**114**	**172**	**-12**	**-390**
Variazione % annua dei premi	-48,5%	113,0%	106,5%	26,5%	26,2%	20,3%	-29,6%	-50,0%
Expense ratio	6,0%	4,1%	3,4%	2,6%	1,8%	1,8%	2,1%	3,9%
Utile investimenti/Riserve tecniche	4,4%	3,8%	4,0%	4,4%	4,8%	4,3%	4,0%	3,6%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**8,2%**	**-15,9%**	**-4,1%**	**0,1%**	**1,1%**	**1,3%**	**-0,2%**	**-8,8%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**9,0%**	**-15,6%**	**-4,0%**	**0,2%**	**1,1%**	**1,4%**	**-1,0%**	**-8,7%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**0,95%**	**-3,18%**	**-1,35%**	**0,08%**	**0,35%**	**0,42%**	**-0,03%**	**-0,97%**
Incidenza dei premi sul totale dei rami vita	*3,8%*	*6,9%*	*12,0%*	*13,3%*	*16,1%*	*17,3%*	*12,9%*	*7,3%*

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

Ramo VI - Gestione di fondi pensione

I **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 43 imprese operanti nel ramo sono stati pari a 720 milioni di euro, in aumento del 152,5% rispetto al 2006 (quando la raccolta era stata pari a 285 milioni di euro). Lo sviluppo di questo ramo è dovuto principalmente al conferimento del trattamento di fine rapporto (TFR) ai fondi pensione gestiti dalle imprese di assicurazione, come previsto dall'entrata in vigore della nuova normativa sulla previdenza complementare.

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



Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, sono state pari a 112 milioni di euro (64 nel 2006).

La **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse è stata di 637 milioni di euro, con un aumento di quasi il 140%.

Le **spese di gestione** sono state pari a 29 milioni di euro (17 nel 2006). L'incidenza sui premi è stata del 4,0% (6,0% nel 2006).

Considerati gli utili degli investimenti, pari a 26 milioni di euro, il **risultato del conto tecnico diretto** è stato negativo per 23 milioni di euro (-10 nel 2006).

Anche il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato negativo per 23 milioni di euro (-10 nel 2006).

RAMO VI - FONDI PENSIONE
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Premi contabilizzati	93	91	124	128	198	495	285	720
Oneri relativi ai sinistri (-)	2	7	8	15	24	33	64	112
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	89	76	85	131	194	532	267	637
Saldo delle altre partite tecniche	1	1	2	3	3	4	7	9
Spese di gestione (-)	6	6	7	8	10	11	17	29
Utile investimenti	-2	-7	-30	19	23	71	46	26
Risultato del conto tecnico diretto	**-5**	**-4**	**-4**	**-4**	**-4**	**-6**	**-10**	**-23**
Saldo della riassicurazione e altre partite	0	0	0	0	0	0	0	0
Risultato del conto tecnico complessivo	**-5**	**-4**	**-4**	**-4**	**-4**	**-6**	**-10**	**-23**
Variazione % annua dei premi	108,4%	-2,6%	36,6%	3,4%	54,4%	150,4%	-42,4%	152,5%
Expense ratio	6,6%	7,0%	5,8%	6,4%	5,0%	2,3%	6,0%	4,0%
Utile investimenti/Riserve tecniche	-1,8%	-4,5%	-12,1%	5,2%	4,4%	8,2%	3,9%	1,6%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	**-5,1%**	**-4,7%**	**-3,1%**	**-3,3%**	**-2,0%**	**-1,2%**	**-3,4%**	**-3,2%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	**-5,1%**	**-4,9%**	**-3,2%**	**-3,3%**	**-2,0%**	**-1,2%**	**-3,4%**	**-3,2%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	**-5,36%**	**-2,72%**	**-1,60%**	**-1,20%**	**-0,79%**	**-0,66%**	**-0,82%**	**-1,38%**
Incidenza dei premi sul totale dei rami vita	*0,2%*	*0,2%*	*0,2%*	*0,2%*	*0,3%*	*0,7%*	*0,4%*	*1,2%*

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

LA STRUTTURA DEI COSTI DELL'ASSICURAZIONE VITA

Le spese di gestione riportate nei conti economici delle imprese vengono generalmente suddivise in spese di acquisizione e di incasso, che costituiscono nel complesso le spese di distribuzione, e in spese generali o di amministrazione.

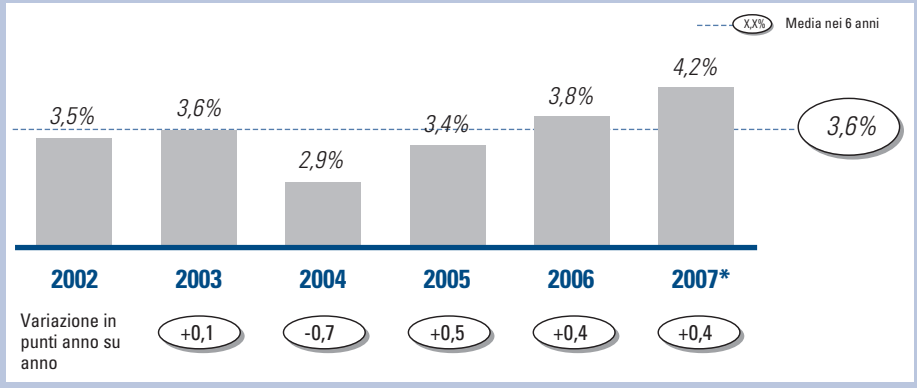
Spese di acquisizione

Le spese di acquisizione sono costituite in gran parte dalle commissioni su nuovi contratti pagate ai canali distributivi. La loro incidenza può essere rappresentata dal rapporto tra le stesse spese e una misura standardizzata 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 ([1]). Tale rapporto consente di tener conto della diversa struttura delle commissioni corrisposte per i premi annui e unici.

([1]) Nel nostro caso la durata media è posta per comodità uguale a dieci anni.

L'indicatore mostra negli ultimi anni un trend sostanzialmente crescente, come evidenziato nel grafico seguente, con un valore medio pari al 3,6%, e un valore nel 2007 pari al 4,2%.

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



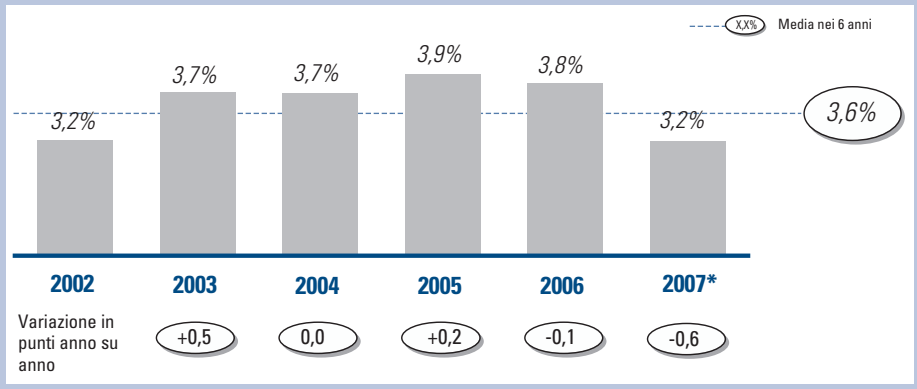
** Stima ANIA*

Spese di incasso

Le spese di incasso sono sostenute dalle imprese in gran parte per commissioni ricorrenti pagate nei piani pluriennali in corrispondenza delle annualità di premio successive alla prima. È quindi coerente rappresentarne l'incidenza rapportandole al totale dei premi di annualità successive alla prima, escludendo quindi i premi relativi alla nuova produzione.

L'indicatore, come mostrato dal grafico seguente, mostra nel 2007 un valore pari al 3,2%, in calo rispetto a quanto registrato negli ultimi anni e al di sotto della media degli ultimi sei anni (3,6%).

PROVVIGIONI DI INCASSO SU PREMI DI ANNUALITÀ SUCCESSIVE – LAVORO DIRETTO

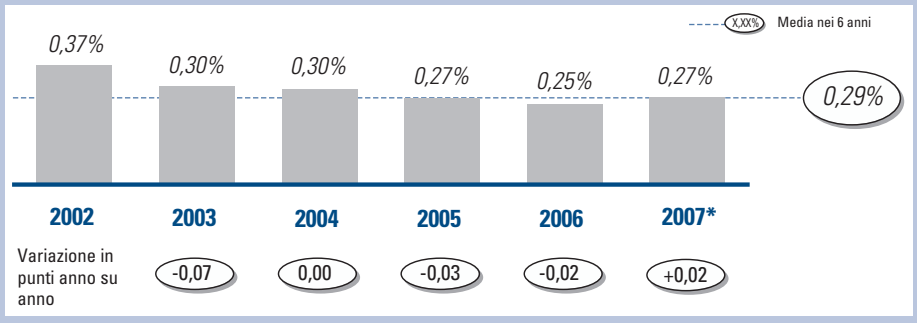


** Stima ANIA*

Spese generali o di amministrazione

Le spese generali vengono normalmente rapportate alle riserve tecniche, valore che approssima il complesso dei fondi investiti per conto degli assicurati, in modo da rappresentare, come comunemente avviene nell'industria del

risparmio gestito, l'incidenza delle spese in questione per la gestione delle masse finanziarie affidate dai risparmiatori e per l'amministrazione dei contratti. L'andamento dell'indice delle spese generali, raffigurato nel grafico seguente, evidenzia un andamento sostanzialmente stabile negli ultimi 3 anni, con un valore nel 2007 pari a 27 punti base.



SPESE DI AMMINISTRAZIONE SU RISERVE TECNICHE – LAVORO DIRETTO

** Stima ANIA*

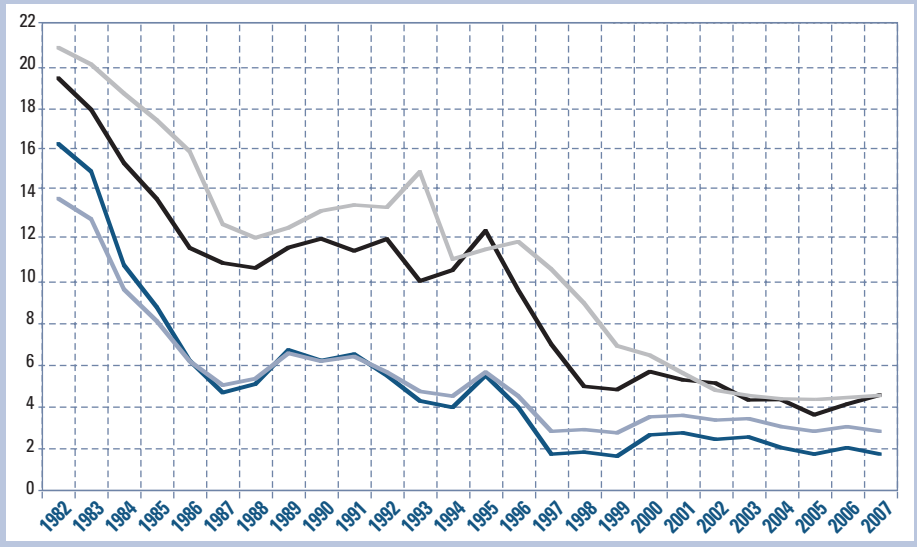
IL RENDIMENTO DELLE POLIZZE RIVALUTABILI

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, prevalentemente a reddito fisso, che vengono poste a copertura degli impegni nei confronti degli assicurati. Una volta assegnate alla gestione, le attività possono uscirne solo per realizzo. La contabilizzazione di tali attività nella gestione separata viene effettuata, in base all'attuale normativa di derivazione comunitaria, con riferimento al valore di carico, definito anche costo storico. Il rendimento della gestione nel periodo di riferimento è determinato come il rapporto tra la somma di cedole, dividendi e realizzi di plus o minusvalenze rispetto alla giacenza media delle attività. Tale rendimento viene attribuito, in tutto o in una percentuale definita contrattualmente, alle prestazioni assicurate.

Riguardo all'andamento dei rendimenti delle polizze rivalutabili, può essere utile effettuare un confronto di lungo periodo con il rendimento dei titoli di Stato, il tasso di inflazione e la remunerazione riconosciuta al TFR.

La figura 1 evidenzia come il rendimento lordo delle gestioni separate sia stato tra il 1982 e il 2002 superiore, in ciascun anno, al rendimento dei titoli di Stato (dal 1995 è stato considerato il rendimento del BTP decennale "guida"), al tasso di remunerazione del TFR e al tasso di inflazione. Nell'ultimo quinquennio il rendimento medio annuo delle gestioni separate è stato pari al 4,4%, mentre il rendimento a scadenza del BTP è stato pari al 4,1%, la remunerazione del TFR al 3,0% e l'inflazione al 2,0%.

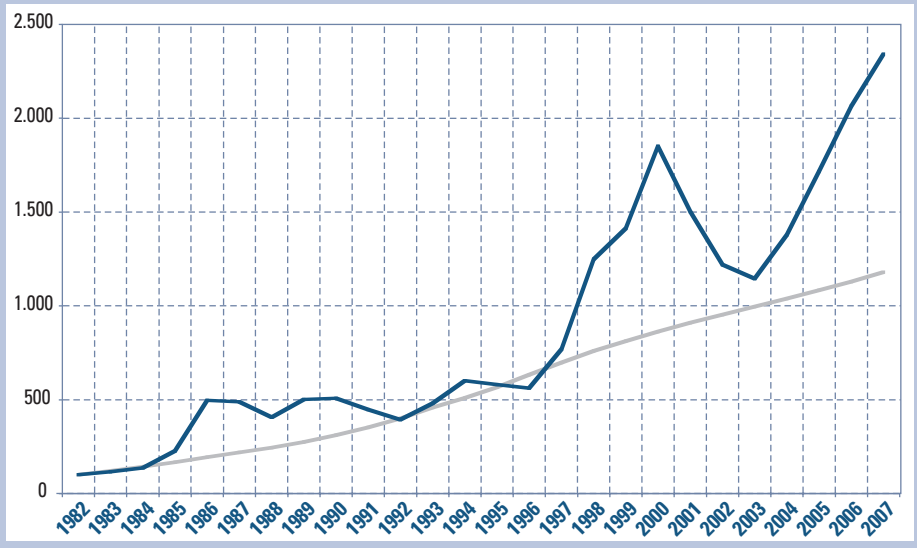
FIGURA 1
RENDIMENTO % DELLE GESTIONI SEPARATE E DI ALTRI STRUMENTI FINANZIARI



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

Fatto 100 il valore di un investimento in una gestione separata nel 1982, sulla base dei rendimenti lordi registrati nel periodo, il valore era pari a 1.179 nel 2007, con un rendimento medio annuo (non composto) del 10,5%, (5,9% in termini reali) e con una volatilità (deviazione standard) pari al 4,9%. Lo stesso investimento in azioni italiane era pari, sempre alla fine del 2007, a 2.341 (nell'ipotesi di completo reinvestimento dei dividendi), con un rendimento medio annuo del 16,8% (12,2% in termini reali) e una deviazione standard del 30,9%. Sulla base dell'indice di Sharpe (rapporto tra rendimento e deviazione standard), la strategia di investimento in gestioni rivalutabili è risultata quindi, negli ultimi 25 anni, preferibile a quella dell'investimento in azioni italiane, anche ove si tenesse conto della quota di rendimento lordo delle gestioni, variabile da prodotto a prodotto, non attribuita ai contratti (generalmente il rendimento viene attribuito alle prestazioni contrattuali in una quota compresa tra l'80% e il 90%).

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



Fonte: Elaborazioni ANIA sui dati Thomson Financial e ISVAP

LA TRASPARENZA DEI PRODOTTI FINANZIARI ASSICURATIVI E GLI STANDARD ASSOCIATIVI DI PROSPETTO

Il 4 maggio 2007 la CONSOB ha emanato, a seguito del processo di consultazione, le modifiche e integrazioni al Regolamento Emittenti n. 11971/1999, necessarie ai fini dell'introduzione nella Parte II, Titolo I di un nuovo Capo II-bis, dedicato alle disposizioni regolamentari in materia di sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, estendendo l'applicazione della disciplina del prospetto informativo ai prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione (prodotti vita di ramo III, a esclusione di quelli previdenziali, e di ramo V).

Principali novità introdotte dal regolamento emittenti

I prodotti sottoposti alla nuova disciplina devono avere il prospetto informativo contestualmente all'avvio della commercializzazione. È fatto obbligo di depositare il prospetto presso la CONSOB, di pubblicarlo sul sito internet dell'impresa (o su quotidiani a larga diffusione o presso le sedi dell'impresa ovvero degli intermediari) e di consegnarlo agli investitori. Il prospetto informativo dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione non è soggetto all'autorizzazione preventiva della CONSOB, nel rispetto della direttiva comunitaria riguardante le assicurazioni sulla vita.

Il prospetto informativo è formato dalle seguenti componenti:

- Scheda sintetica;
- Parte I - Informazioni sull'investimento e sulle coperture assicurative;
- Parte II - Illustrazione dei dati storici di rischio rendimento e costi effettivi dell'investimento;
- Parte III - Altre informazioni.

La Scheda sintetica, la Parte I e II, unitamente alle condizioni di contratto, devono essere consegnate gratuitamente all'investitore prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione – ovvero della conclusione del contratto se contestuale. La parte III è consegnata solo su richiesta degli investitori. Il prospetto informativo va aggiornato tempestivamente a ogni variazione delle informazioni in esso contenute. La parte II va aggiornata con i dati periodici entro il mese di marzo di ciascun anno, mentre le imprese comunicano ai contraenti entro il mese di febbraio i dati periodici aggiornati contenuti nella parte II.

Analogamente a quanto previsto dall'attuale disciplina assicurativa, gli annunci pubblicitari devono essere riconoscibili in quanto tali e le informazioni in essi contenute devono essere chiare, corrette e coerenti con i contenuti

del prospetto informativo. Deve essere specificato che prima dell'adesione va letto il prospetto informativo. I rendimenti conseguiti vanno riportati indicando il periodo di riferimento e specificando che i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri.

I reclami dei contraenti andranno inviati a seconda della natura degli stessi all'ISVAP, per questioni attinenti al contratto, o alla CONSOB, per questioni di trasparenza.

Riguardo agli schemi di documentazione informativa, sono previsti tre schemi di prospetto informativo, rispettivamente per i contratti unit-linked, index-linked e di capitalizzazione. I contenuti, anche se strutturati in maniera diversa, sono in buona parte simili a quelli previsti dal fascicolo informativo ISVAP, salvo alcune novità:

- per i contratti linked è prevista la scomposizione del premio in tre componenti: quota di premio investito, quota di premio per le coperture assicurative di rischio, quota di premio per caricamenti;
- in caso di gestioni protette per i contratti unit-linked è prevista la rappresentazione di scenari probabilistici, sulla base di ipotesi prudenziali, del verificarsi di determinati eventi connessi con l'andamento dell'investimento e della protezione (il rendimento atteso è negativo e la protezione non si realizza, il rendimento atteso è negativo e la protezione si realizza, il rendimento atteso è positivo ma inferiore a quello di titoli obbligazionari privi di rischio con orizzonte temporale analogo, il rendimento atteso è positivo e in linea con quello di titoli obbligazionari privi di rischio con orizzonte temporale analogo, il rendimento atteso è positivo e superiore a quello di titoli obbligazionari privi di rischio con orizzonte temporale analogo);
- allo stesso modo, anche per i contratti index-linked è prevista la rappresentazione di scenari probabilistici, sulla base di ipotesi prudenziali, del verificarsi di determinati eventi prefissati;
- per tutti i prodotti è prevista l'esplicitazione, anche in forma tabellare, della quota parte dei costi imputati al cliente ricevuta in media dai collocatori, per quanto in subordine sia consentito riportare un unico valore che indichi la quota parte ricevuta dai distributori con riferimento all'intero flusso commissionale del prodotto.

Gli standard associativi di prospetto

A seguito dei confronti con la CONSOB successivi all'emanazione delle nuove disposizioni del Regolamento Emittenti relative ai prodotti finanziari assicurativi e all'emanazione dei relativi schemi di prospetto, l'ANIA ha elaborato degli standard associativi di prospetto per i prodotti unit linked, index linked e di capitalizzazione, allo scopo di agevolare la redazione, da parte delle imprese, dei documenti per l'offerta al pubblico.

Gli standard associativi di prospetto costituiscono delle esemplificazioni pratiche della rappresentazione dell'informativa e offrono alle imprese soluzioni operative coerenti con gli schemi allegati al Regolamento Emittenti.

Tali standard sono stati inviati, ai fini di una verifica di conformità, alla CONSOB, la quale il 28 giugno 2007 ha preso atto, anche mediante notifica sul proprio sito web, della predisposizione degli standard associativi da parte dell'ANIA.

ADEGUATEZZA E APPROPRIATEZZA DEI PRODOTTI FINANZIARI ASSICURATIVI

Il nuovo Regolamento Intermediari emanato dalla CONSOB ha previsto, com'è noto, alcune novità riguardanti le regole di comportamento nella distribuzione di prodotti finanziari assicurativi, tra cui la classificazione dei clienti, la disciplina dei c.d. inducements (incentivi) e l'adeguatezza o appropriatezza dei prodotti offerti. Tali novità intervengono in un contesto normativo in cui le imprese di assicurazione, già dotate di una propria specifica disciplina, a livello comunitario non sono assoggettate alla normativa in materia finanziaria, ma – limitatamente ai prodotti finanziari da loro emessi – risultano sottoposte, in conseguenza di una scelta effettuata esclusivamente in sede di legislazione nazionale (v. art. 25-bis del TUF), agli artt. 21 e 23 del TUF e alle relative disposizioni di attuazione.

Le disposizioni CONSOB, nel perseguire i principi e gli obiettivi di individuare l'esistenza di un prodotto adatto alle esigenze del cliente, appaiono in linea con quelle ISVAP. A queste ultime rimangono peraltro assoggettati gli intermediari assicurativi "tradizionali", come ha sottolineato la CONSOB nel documento di esito delle consultazioni al Regolamento Intermediari.

Le nuove disposizioni CONSOB, quindi, e coerentemente i riferimenti agli "intermediari", devono intendersi applicati ai "soggetti abilitati all'intermediazione assicurativa" (ossia, essenzialmente, banche, Banco Posta e SIM) e alle imprese di assicurazione allorché commercializzano direttamente prodotti finanziari assicurativi dalla Direzione Generale, dagli uffici dell'impresa o mediante tecniche di comunicazione a distanza, mentre la disposizione di cui al comma 3 dell'art. 87 del nuovo Regolamento Intermediari CONSOB secondo cui "Le imprese di assicurazione si dotano di adeguate procedure per garantire ... il rispetto delle regole di comportamento di cui al comma 1, anche quando operano per il tramite di reti distributive, e ne verificano in concreto l'osservanza" sembra poter essere intesa come riferita direttamente ai "soggetti abilitati" e, quale norma di principio, all'applicazione di regole tendenzialmente omogenee a parità di prodotti offerti.

Con particolare riferimento al tema dell'adeguatezza o appropriatezza dei prodotti offerti, l'Associazione, a seguito dell'emanazione del Regolamento, ha elaborato e pubblicato il documento "Prodotti finanziari assicurativi: considerazioni in tema di adeguatezza e appropriatezza", che reca alcune riflessioni e indicazioni operative, qui sintetizzate.

Il documento rappresenta un contributo di carattere generale, che ha l'obiettivo di facilitare l'individuazione delle notizie potenzialmente rilevanti per focalizzare le tipologie di prodotti che risultino, all'esito del processo di valutazione, adeguati o appropriati alle esigenze finanziarie e assicurative del cliente, e fa tipicamente riferimento a prodotti finanziari assicurativi destinati a clienti "al dettaglio", ovvero alle persone fisiche.

1 Consulenza o collocamento, adeguatezza o appropriatezza

La consulenza in materia di investimenti si ravvisa nella prestazione di raccomandazioni personalizzate a un cliente, dietro sua richiesta o per iniziativa dell'intermediario, riguardo a una o più operazioni relative a determinati strumenti (prodotti) finanziari, e si realizza, quindi, se sussistono personalizzazione e oggetto diretto della consulenza, ossia se l'intermediario consiglia a un investitore un prodotto specifico, presentato come a lui adatto avuto riguardo alle caratteristiche del cliente medesimo. Il servizio presuppone ampia conoscenza del cliente e una organizzazione che sia messa in grado di prestare il servizio.

La consulenza generica, compresa l'attività di financial planning, non costituisce consulenza in senso proprio, ma momento preparatorio di qualsiasi servizio. Essa non può tradursi in raccomandazione personalizzata su singoli strumenti/prodotti finanziari senza trasformarsi, in tal modo, in attività consulenziale in materia di investimenti. Dal tipo di servizio fornito dipendono le informazioni da richiedere e il processo di valutazione da attuare:

- se l'intermediario, nella prestazione del servizio di consulenza in materia di investimenti, si pone l'obiettivo di consigliare un determinato prodotto come adatto al medesimo cliente, la valutazione deve essere realizzata tramite un test di adeguatezza, sulla base delle informazioni sulla conoscenza ed esperienza in materia di investimenti del cliente, sulla sua situazione finanziaria e sui suoi obiettivi di investimento;
- se l'intermediario presta un servizio che consiste nel promuovere presso il pubblico il collocamento del prodotto attraverso l'illustrazione delle relative caratteristiche, senza effettuare alcuna raccomandazione personalizzata in base alle caratteristiche e agli obiettivi del cliente, l'intermediario stesso deve tutelare gli interessi del cliente mediante un test di appropriatezza, che si limita alla verifica del livello di conoscenza ed esperienza del cliente in materia di investimenti, necessario per verificare se il cliente stesso possa comprendere i rischi finanziari che il prodotto comporta.

È evidente come il servizio di consulenza potrà essere prestato solo nei confronti di quei clienti che forniscano le informazioni richieste per poter valutare l'adeguatezza del prodotto offerto o richiesto, mentre in caso contrario l'intermediario dovrà astenersi dal prestare tale servizio. Vale comunque la pena di osservare che, nella distribuzione dei prodotti finanziari assicurativi, l'attività degli intermediari appare a priori in grado di essere configurata e svolta, a seconda del servizio offerto o richiesto, sia come attività di consulenza in materia di investimenti sia come attività di promozione finalizzata al collocamento. A tale riguardo, si ritiene che presupposto necessario sia che il cliente venga chiaramente informato del servizio ricevuto e che sia assicurata e monitorata, anche mediante procedure di controllo interno, la distinzione tra il servizio di consulenza e quello di collocamento, tenendo conto in via prioritaria della centralità del cliente nel ricevere tali servizi.

2 Le informazioni da richiedere al cliente per valutare l'adeguatezza o appropriatezza

Le informazioni da richiedere per prestare il servizio di consulenza e valutare l'adeguatezza del prodotto offerto o richiesto si suddividono in tre distinti set:

1. conoscenza ed esperienza del cliente nel settore rilevante per tipo di prodotto (servizi, operazioni e strumenti con cui il cliente ha dimestichezza; natura, volume, frequenza e periodo relativi alle operazioni effettuate; livello di istruzione, professione);
2. obiettivi di investimento (aspettative in relazione al prodotto da sottoscrivere, finalità, profilo di rischio e propensione al rischio);
3. situazione finanziaria (fonte e consistenza del reddito, patrimonio, impegni finanziari).

Il grado di approfondimento delle informazioni da richiedere varia a seconda della classificazione del cliente e delle sue esigenze nonché dell'area dei prodotti cui si estende la consulenza, essendo ovviamente richiesto un grado maggiore quanto più è vasta la gamma dei prodotti offerti e quanto più essi risultano complessi.

Riguardo alla modalità di raccolta delle informazioni, occorre verificare che esse siano aggiornate accertandosi che non risultino superate o incomplete, e l'intermediario deve comunque conservarne traccia documentale. Inoltre, si ritiene che la verifica dell'adeguatezza o dell'appropriatezza dei prodotti finanziari assicurativi offerti o richiesti debba essere monitorata anche nel corso della durata del contratto, a seguito della richiesta da parte del cliente di dar luogo a operazioni che comportino modifiche sostanziali del suo profilo.

2.1 *Informazioni sulla conoscenza e l'esperienza del cliente*

In via generale, tali informazioni possono risultare rilevanti allo scopo di valutare nel complesso la dimestichezza del cliente stesso e la sua capacità di comprendere i rischi finanziari che l'eventuale acquisto di un determinato strumento o prodotto comporta, soprattutto in relazione a prodotti finanziari assicurativi di una certa complessità, nonché di verificare, unitamente alla sua situazione finanziaria, se il cliente è in grado di soddisfare gli impegni assunti in termini di versamenti, grazie alla conoscenza della regolarità o meno dei suoi redditi da lavoro.

2.2 *Informazioni sulla situazione finanziaria del cliente*

Tali informazioni si riferiscono alle disponibilità finanziarie e patrimoniali del cliente, anche in termini di impegni finanziari, e quindi principalmente alla valutazione delle sue capacità di sopportare i rischi finanziari connessi con l'investimento nonché delle sue capacità di risparmio da impiegare nel prodotto da sottoscrivere, compatibilmente agli obiettivi perseguiti e tenendo conto, in media, della capacità di risparmio netto del cliente negli ultimi anni. Va sottolineato che le informazioni in esame, sollecitando la riservatezza del cliente, richiedono un'attenta modulazione della richiesta.

Ad esempio, la fonte del reddito può essere richiesta esplicitamente, mentre con riferimento alla consistenza la richiesta può essere formulata chiedendo di indicare, tra diversi intervalli, in quale fascia di ammontare annuo è posizionato il reddito o a quale classe (ad es. basso, medio o alto reddito, con abbinati diversi livelli di importi) il livello del reddito può essere associato. Questo approccio ha il vantaggio di ottenere comunque un'informazione esplicita del reddito del cliente, sebbene meno precisa. Ancora, ci si potrebbe riferire alla "capacità di risparmio" netta del cliente, ossia al saldo annuo netto tra entrate e spese, oppure quanta parte percentuale della disponibilità reddituale del cliente è rappresentata dal versamento che intende effettuare per il prodotto da sottoscrivere. Inoltre, le informazioni sul reddito possono essere integrate dallo sviluppo futuro atteso della situazione reddituale, per avere anche un elemento di identificazione della situazione finanziaria del cliente in senso prospettico. Analogamente, riguardo all'allocazione del patrimonio, si dovrebbe ottenere l'indicazione di qual è o quali sono gli impieghi principali del proprio patrimonio, indicandone la composizione, mentre riguardo alla consistenza la richiesta può essere formulata riferendosi al valore puntuale o a intervalli di importo. La fonte e la consistenza degli eventuali impegni finanziari sono a completamento della situazione finanziaria netta del cliente.

L'informazione sugli obiettivi finanziari e assicurativi del cliente in relazione al prodotto offerto o richiesto sono fondamentali per poter individuare l'adeguatezza del prodotto in termini di durata, asset-allocation e orizzonte temporale minimo in cui il cliente intende perseguire i propri obiettivi. L'informazione può

essere richiesta chiedendo esplicitamente al cliente di esprimere gli obiettivi che si intendono perseguire con il prodotto offerto o richiesto, specificandone le finalità, anche sulla base di una serie di obiettivi ritenuti adeguati a rappresentare la gamma della propria offerta.

Il concetto di propensione al rischio è di per sé soggettivo e presenta delle problematiche di interpretazione dalla difficile soluzione. Tuttavia, si ritiene che difficilmente si possa sfuggire a una impostazione nella quale si chiede direttamente al cliente di indicare la sua propensione al rischio e, conseguentemente, quali possono essere le sue aspettative di rendimento dell'investimento, in quanto esse sono indissolubilmente legate al concetto di rischio. In ogni caso, l'insieme delle domande deve essere orientato a comprendere se il cliente preferisce l'obiettivo della conservazione o della significativa crescita del capitale investito e quale sia la sua tolleranza verso le perdite di capitale. Per ridurre la soggettività dell'interpretazione è opportuno quindi indicare frasi esemplificative che qualifichino la propensione al rischio indicata e la corrispondente aspettativa di rendimento.

La richiesta di esprimere l'orizzonte temporale in cui si intendono perseguire gli obiettivi e le finalità del prodotto offerto o richiesto può essere espressa attraverso l'indicazione di diversi intervalli temporali tra cui il cliente sceglie il proprio orizzonte. La qualificazione dell'orizzonte temporale secondo intervalli (ad es. breve, medio, lungo) può inevitabilmente comportare una certa flessibilità a seconda della tipologia di prodotti considerati e del cliente. In ogni caso, è opportuno che il cliente sia messo in condizione di indicare in maniera chiara e inequivocabile l'orizzonte temporale, ad esempio riportando in anni gli estremi dell'intervallo associato alle diverse qualificazioni. Un'ulteriore informazione che completa le informazioni sulle aspettative del cliente in relazione al prodotto da sottoscrivere è quella relativa al periodo in cui il cliente stesso, al di là dell'orizzonte temporale dell'investimento, ritiene di poter conservare l'investimento.

3 Il processo di valutazione dell'adeguatezza o dell'appropriatezza

È opportuno che la raccolta delle informazioni sia strutturata mediante sistemi automatizzati o quantomeno mediante l'utilizzo di supporti duraturi, purché sia assicurata in ogni caso la traccia documentale della rilevazione e degli eventuali aggiornamenti, e che il cliente sia preventivamente informato sulla natura del servizio prestato e quindi sulle finalità della richiesta delle informazioni. L'intermediario, a seconda del servizio prestato, richiede le informazioni necessarie a valutare esclusivamente la conoscenza e l'esperienza del cliente, o anche la sua situazione finanziaria e i suoi obiettivi finanziari e assicurativi.

Acquisite le informazioni, nell'ambito della prestazione del **servizio di consulenza** l'intermediario valuta se il prodotto individuato abbia requisiti tali da: corrispondere agli obiettivi di investimento del cliente; non presentare rischi

da lui non sopportabili, compatibilmente con gli obiettivi d'investimento, o non comprensibili, dato il livello di conoscenze ed esperienze; poter essere consigliato come adatto alle caratteristiche e alle esigenze del cliente. Individuato il prodotto, l'intermediario può raccomandarlo come adatto al cliente e procedere alla sottoscrizione.

Nel caso in cui l'intermediario non individui alcun prodotto adeguato, l'intermediario medesimo non può finalizzare il servizio di consulenza, così come nel caso in cui il cliente si rifiuti di fornire alcune delle informazioni rilevanti per la valutazione dell'adeguatezza e necessarie a poter raccomandare un determinato prodotto. Il rifiuto da parte del cliente può essere documentato mediante un'apposita dichiarazione da fargli sottoscrivere.

Nella prestazione di un **servizio di collocamento**, nel caso in cui l'intermediario, sulla base delle informazioni acquisite verifichi che il prodotto stesso risulti coerente e dunque appropriato alle medesime, può procedere al collocamento del prodotto.

Qualora il cliente si rifiuti di fornire le informazioni sulla propria conoscenza e sulle proprie esperienze finanziarie deve essere avvertito che ciò impedisce la possibilità di verificare l'appropriatezza del prodotto. Qualora, invece, il cliente fornisca le informazioni ma il prodotto risulti non appropriato, deve essere comunque avvertito della situazione.

In entrambi i casi, si può procedere alla sottoscrizione del prodotto purché il cliente stesso persista nella volontà di sottoscriverlo. Si ritiene che di ciò debba essere conservata traccia documentale e che, attraverso l'espressione di tali dichiarazioni l'intermediario possa dar corso all'operazione in forza dell'ordine impartito per iscritto dal cliente, essendo stato quest'ultimo avvertito e potendo quindi in maniera consapevole assumere la decisione di acquistare ugualmente il prodotto richiesto.

Si sottolinea che, in via generale, appare ammissibile la fattispecie secondo la quale l'intermediario, se predisposto alla prestazione di un servizio di consulenza, possa comunque finalizzare il collocamento del prodotto, effettuando una corrispondente valutazione di appropriatezza, purché abbia cercato inizialmente di assumere dal cliente le informazioni necessarie a consigliare un prodotto adeguato e tuttavia non abbia ottenuto tali informazioni, senza aver sollecitato in tal senso il cliente, ricevendo anzi da questi l'ordine finalizzato a voler comunque acquistare il prodotto. In ogni caso, l'intermediario deve assistere il cliente nella interpretazione delle domande presentate e chiarire ogni dubbio espresso dal cliente stesso, perseguendo l'obiettivo di disporre di un quadro informativo sulle sue caratteristiche coerente con il servizio prestato. Si ritiene, infine, che la verifica dell'adeguatezza del prodotto alle esigenze del cliente debba essere monitorata anche nel corso della durata contrattuale, a seguito della richiesta da parte del cliente di dar luogo a operazioni che comportino modifiche sostanziali del proprio profilo.

4 Indicazioni per valutare l'adeguatezza o l'appropriatezza

Un approccio esaustivo per valutare l'adeguatezza o l'appropriatezza del prodotto offerto o richiesto sulla base delle informazioni rese dal cliente è quello di considerare tutte le possibili combinazioni di risposte, raggrupparle in insiemi omogenei e prescrivere per ogni insieme individuato le caratteristiche del o dei prodotti adatti o appropriati alle esigenze del cliente stesso. Per le finalità di carattere generale del documento, l'approccio proposto è quello di riportare alcune indicazioni relativamente alle singole variabili corrispondenti alle informazioni rese dal cliente e di considerare l'effetto congiunto di più variabili solamente nei casi di più evidente interrelazione fra loro, illustrando alcune indicazioni ([2]) per l'interpretazione delle informazioni fornite. In ogni caso, è opportuno che sia esplicitamente chiarito l'ambito considerato e il servizio prestato, si adattino le indicazioni generali alle proprie strutture di offerta e di distribuzione e si valutino le informazioni fornite dal cliente in relazione alla propria gamma di prodotti. È chiaro che casi particolari quali il rifiuto da parte del cliente di fornire le informazioni necessarie alla valutazione o la compresenza di informazioni fornite dal cliente in conflitto tra loro, deve prevedere dei controlli di coerenza in modo da permettere in tutti i casi possibili il monitoraggio del processo.

1. L'età del cliente che alla scadenza del contratto superi un limite massimo predeterminato deve essere compatibile con gli obiettivi, le esigenze e l'orizzonte temporale che il cliente dichiara di perseguire con il prodotto offerto o richiesto.
2. L'investimento finanziario relativo al prodotto offerto o richiesto deve essere compatibile con l'età del cliente. Tipologie di investimento che prevedono una propensione al rischio alta (ad es. investimento azionario senza alcun meccanismo di protezione del capitale) non devono essere offerte a persone con un'età superiore a un limite massimo predeterminato, in quanto l'orizzonte temporale dell'investimento è, per sua natura, lungo.
3. Prodotti che prevedono modalità di versamento a premio periodico di importo predeterminato, non flessibile e con rilevanti penalità in caso di sospensione dei versamenti non sono adatti a soggetti con, contemporaneamente, uno stato occupazionale che non garantisca una sufficiente continuità di reddito, o di capacità di risparmio, e un patrimonio disponibile, al netto degli impegni finanziari, che non permetta, in caso di temporanea mancanza della fonte di reddito, di far fronte al piano dei versamenti previsto.

([2]) Le indicazioni riportate fanno riferimento al processo di valutazione da un punto di vista complessivo. Si sottolinea che, in caso di prestazione del servizio di collocamento e quindi di valutazione della sola appropriatezza, le stesse indicazioni vanno considerate limitatamente al solo ambito della conoscenza ed esperienza finanziaria del cliente.

4. Prodotti caratterizzati da significative prestazioni in caso di decesso non sono adeguati a clienti per i quali la tutela dei familiari a carico o di altri soggetti non sia rilevante.
5. Le somme assicurate in caso di eventi attinenti alla protezione assicurativa della persona devono essere coerenti con i criteri di assunzione del rischio fissati dall'impresa di assicurazione.
6. Il prodotto offerto o richiesto deve essere coerente con le conoscenze e con l'esperienza finanziaria del cliente, nonché con il suo livello di istruzione e la sua professione, ove rilevanti.
7. I prodotti caratterizzati da strutture particolarmente complesse possono essere offerti esclusivamente a clienti dotati di conoscenze ed esperienze finanziarie non generiche.
8. Il prodotto offerto o richiesto deve tenere conto dell'eventuale possesso di altri strumenti e prodotti finanziari o assicurativi.
9. Il prodotto offerto o richiesto che eccede le possibilità finanziarie del cliente – risultanti dalla sua capacità di risparmio annuo e dalle altre informazioni disponibili sulla sua situazione finanziaria e patrimoniale – è da ritenersi non adeguato alle sue esigenze.
10. La situazione patrimoniale, al netto degli impegni finanziari e tenendo conto delle attività finanziarie liquidabili, nonché dell'allocazione del patrimonio netto complessivo, è rilevante per valutare la capacità del cliente di sopportare le oscillazioni dell'investimento e l'adeguatezza dei prodotti consigliati.
11. Il prodotto offerto o richiesto deve essere coerente con gli obiettivi finanziari e assicurativi dichiarati dal cliente.
12. Il prodotto offerto o richiesto deve avere un orizzonte temporale coerente con quello indicato dal cliente, tenendo conto che tanto più quest'ultimo è lungo, tanto più l'investimento finanziario può essere orientato verso titoli rischiosi, se ciò è coerente con la propensione al rischio dichiarata dal cliente. L'orizzonte temporale del prodotto è quello riportato nella documentazione informativa di offerta o, in assenza di tale indicazione, è la durata del contratto.
13. Nel caso in cui la richiesta di informazioni venga integrata dalla richiesta di dichiarare con quale programma di versamenti – versamento unico o versamenti periodici – il cliente intenda perseguire i suoi obiettivi, il prodotto offerto o richiesto deve essere coerente con la modalità indicata dal cliente.
14. Il prodotto offerto o richiesto deve essere coerente con la propensione al rischio dichiarata dal cliente.
15. Nel caso in cui la richiesta di informazioni venga integrata dalla richiesta di dichiarare la probabilità di disinvestimento – e il cliente dichiari che esiste, ad esempio, un'alta probabilità di disinvestimento nei primi anni di contratto – il prodotto dovrebbe prevedere una ragionevole liquidabilità dell'investimento effettuato, sia in termini di rischiosità dell'investimento stesso sia in termini di penalizzazioni in caso di riscatto anticipato. In caso

di contratto a vita intera rivalutabile l'orizzonte temporale è quello che permette di riscattare il contratto con penalità ragionevolmente contenute.

16. L'intermediario non può, in alcun modo, incoraggiare il cliente a non fornire le informazione necessarie a valutare, nell'interesse del cliente stesso, l'adeguatezza o l'appropriatezza di un prodotto.
17. L'intermediario deve chiarire esplicitamente al cliente l'ambito e i contenuti dell'attività e del servizio, ossia se sta prestando un servizio di consulenza finanziaria o di mera promozione finalizzata al collocamento, e assicurarsi che il cliente ne sia consapevole.
18. L'intermediario che presta servizio di consulenza finanziaria illustra chiaramente al cliente l'importanza delle informazioni richieste ai fini della valutazione e con l'obiettivo di individuare un prodotto adatto alle esigenze del cliente stesso.
19. Il processo di valutazione, nell'ambito del servizio di consulenza finanziaria, deve prevedere che:
    - l'intermediario debba perseguire l'obiettivo di rilevare le informazioni necessarie per prestare il servizio e determinare il prodotto adatto alle esigenze del cliente;
    - qualora il cliente non intenda ricevere raccomandazioni personalizzate o fornire le informazioni necessarie a poterle formulare, l'intermediario non può prestare il servizio di consulenza finanziaria e consigliare un determinato prodotto come adatto alle esigenze del cliente stesso;
    - qualora il cliente fornisca le informazioni richieste e non sia possibile individuare un prodotto adeguato, l'intermediario è tenuto ad astenersi dal servizio di consulenza e non può procedere a consigliare alcun prodotto come adatto alle caratteristiche e alle esigenze del cliente stesso.
20. Il processo di valutazione, nell'ambito del servizio di collocamento, deve prevedere che:
    - l'intermediario debba perseguire l'obiettivo di verificare se le informazioni sulle conoscenze e sull'esperienza finanziaria del cliente sono coerenti con un determinato prodotto, e dunque se quest'ultimo risulti appropriato;
    - qualora il cliente non intenda fornire le informazioni sulle sue conoscenze e sulla sua esperienza finanziaria, l'intermediario deve avvertire il cliente per iscritto che ciò impedisce la valutazione;
    - qualora il cliente abbia fornito le informazioni sulle sue conoscenze e sulla sua esperienza finanziaria ma il prodotto risulta non appropriato, l'intermediario deve avvertire il cliente della situazione;
    - l'intermediario può collocare un prodotto offerto o richiesto non appropriato solo dopo aver avvertito il cliente della non appropriatezza e aver ricevuto dal cliente la conferma di voler acquistare comunque il prodotto, impartita per iscritto.
21. Nell'ambito della prestazione di un servizio di consulenza finanziaria l'intermediario – nel caso in cui non ottenga dal cliente le informazioni richieste, necessarie a potergli consigliare un prodotto come adeguato

alle sue caratteristiche, alle sue esigenze e ai suoi obiettivi finanziari – qualora il cliente persista nella volontà di acquistare un prodotto può procedere al collocamento dello stesso prodotto, effettuando una corrispondente valutazione di appropriatezza, purché abbia chiaramente informato il cliente delle caratteristiche del servizio di collocamento prestato.

22. Le imprese verificano che gli intermediari, nel processo di valutazione dell'adeguatezza o dell'appropriatezza dei prodotti finanziari assicurativi, applichino le istruzione e le indicazioni fornite, nel rispetto delle disposizioni regolamentari e tenendo conto della salvaguardia degli interessi del cliente.

L'ENTRATA IN VIGORE DELLA RIFORMA DELLA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

I dati pubblicati dalla COVIP sull'andamento delle nuove adesioni nel 2007 (tavola 1) forniscono l'occasione di tracciare un primo consuntivo sui risultati dell'entrata in vigore della riforma della previdenza complementare. Tali risultati presentano indubbiamente alcuni aspetti positivi: il numero complessivo degli iscritti alle forme pensionistiche complementari supera i 4,5 milioni, con un aumento di circa 1,5 milioni di unità rispetto alla fine dell'anno precedente, pari al 43% di incremento. Le adesioni dei lavoratori dipendenti del settore privato (LDSP) alle forme complementari hanno superato i 3 milioni di unità, con un incremento pari a oltre 1,2 milioni di unità, ossia circa il 66% in più rispetto alla fine del 2006.

TAVOLA 1
ADESIONI TOTALI
ALLE FORME PENSIONISTICHE COMPLEMENTARI (1)

Forma previdenziale	Numero iscritti 2006	Numero iscritti 2007	Var. % 2007/2006
Fondi pensione negoziali	1.219.372	1.996.722	63,8%
Fondi pensione aperti	440.486	745.389	69,2%
PIP	959.867	1.283.210	33,7%
Fondi pensione preesistenti	649.519	650.000	0,1%
Totale	**3.269.244**	**4.675.321**	**43,0%**
Tasso di adesione LDSP		**24,9%**	

(1) Dati riferiti agli iscritti totali segnalati dalle forme pensionistiche complementari, comprensivi pertanto anche delle adesioni realizzate secondo modalità tacite, con l'esclusione peraltro di quelle relative a FondInps.

Fonte: COVIP

I fondi pensione negoziali, in particolare, hanno raccolto nel 2007 quasi 800.000 nuove adesioni e raggiungono i 2 milioni di iscritti, con un incremento del 64% rispetto al corrispondente dato di fine 2006. Si tratta quasi esclusivamente di adesioni riferite ai lavoratori dipendenti del settore privato, dove i fondi negoziali raggiungono circa 1,9 milioni di iscritti, con un aumento pari a quasi il 70% rispetto a fine 2006.

I fondi pensione aperti registrano nel 2007 più di 300.000 nuovi aderenti, raggiungendo così, alla fine dell'anno, circa 745.000 iscritti. Il flusso di adesioni da parte dei lavoratori dipendenti (più di 240.000 nuove adesioni) ha permesso di quadruplicare il totale degli iscritti (circa 330.000), mentre le adesioni tra i lavoratori autonomi sono pari a circa 420.000, con un incremento del 17% rispetto al dato di fine 2006.

Per i PIP si osserva che il numero di aderenti alla fine del 2007, tenendo conto sia delle nuove adesioni sia di quelle derivanti da PIP istituiti antecedentemente alla riforma, che hanno poi provveduto agli adeguamenti richiesti dalla nuova disciplina, ha raggiunto circa 1.283.000 iscritti. Con riferimento agli aderenti ai PIP di nuova istituzione, più del 60% risultano essere i lavoratori dipendenti.

Oltre all'incremento dei tassi di adesione, occorre aggiungere che l'avvio della riforma della previdenza complementare ha senz'altro contribuito a completare il quadro regolamentare e a perseguire la comparazione dei contenuti delle diverse forme pensionistiche complementari offerte. Accanto a questi indubbi progressi, tuttavia, sembra di poter affermare che sono necessari ancora molti passi avanti per dotare il Paese di un pilastro pensionistico complementare.

Il dato sull'adesione complessiva dei lavoratori dipendenti del settore privato (24,9%), evidenzia che circa tre quarti di essi di detti lavoratori sono di fatto ancora privi di una forma previdenziale.

Inoltre, le classi più bisognose di integrazione pensionistica – i lavoratori con meno di 30 anni e le lavoratrici – rimangono su tassi di adesione contenuti (tavola 2), così come quelli delle piccole e medie imprese.

Riguardo alle risorse destinate alle prestazioni, incluse quelle relative alle forme pensionistiche preesistenti, l'ammontare a fine 2007 è stato di quasi 58 miliardi di euro, con un incremento del 12% rispetto all'anno precedente.

TAVOLA 2
FONDI PENSIONE NEGOZIALI. DISTRIBUZIONE DEGLI ISCRITTI LDSP PER CLASSI DI ETÀ E SESSO

Classi di età	2007	
	Maschi	Femmine
Inferiore a 30	9,6%	10,1%
tra 30 e 39	28,9%	35,6%
tra 40 e 49	36,6%	36,1%
tra 50 e 59	23,6%	17,6%
60 e oltre	1,4%	0,6%
Totale	**100%**	**100%**
Per sesso	**70,3%**	**29,7%**

Fonte: COVIP

TAVOLA 3
FORME PENSIONISTICHE COMPLEMENTARI. RISORSE DESTINATE ALLE PRESTAZIONI
Valori in milioni, %

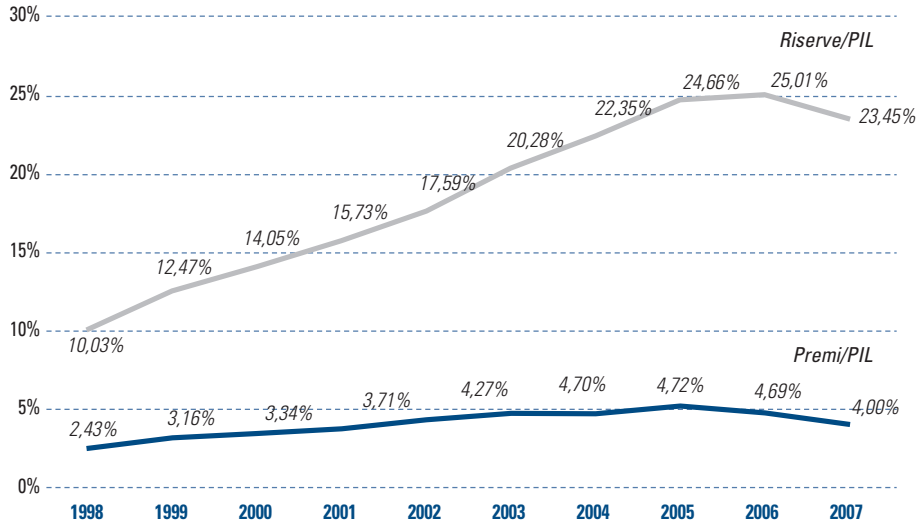
Forma previdenziale	Masse gestite		Var. % 2007/2006
	2006	2007	
Fondi pensione negoziali	9.257	11.599	25,3%
Fondi pensione aperti	3.527	4.285	21,5%
PIP	4.546	5.805	27,7%
Fondi pensione preesistenti	34.158	36.000	5,4%
Totale	**51.488**	**57.689**	**12,0%**

Fonte: COVIP

ASSICURAZIONE VITA E PIL

Dopo anni di costante crescita, nel 2007 l'incidenza delle riserve matematiche sul PIL ha registrato una diminuzione di circa 1,5 punti percentuali, passando dal 25,01% del 2006 al 23,45% del 2007; questo calo è dovuto, oltre all'aumento degli oneri per sinistri, alla riduzione della raccolta premi, la cui incidenza sul PIL è scesa dal 4,69% nel 2006 al 4,00% nel 2007.

*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 2007 il reddito disponibile delle famiglie è aumentato del 3,2% in termini nominali e dell'1,0% in termini reali; si tratta di un'accelerazione rispetto allo 0,2% del 2006. Per il lavoro dipendente, tanto le retribuzioni unitarie quanto l'occupazione mostrano una decelerazione; la variazione rispetto all'anno precedente è stata rispettivamente del 2,0% e dell'1,5%. Nel 2006 le retribuzioni unitarie erano cresciute del 2,5% e le unità di lavoro del 2,1%. Il contributo maggiore alla crescita del reddito disponibile nel 2007 è venuta dai redditi da proprietà (principalmente affitti, interessi attivi e redditi da attivi finanziari), aumentati del 5,7%, contro il 4,5% del 2006. Sono risultate in forte crescita anche le imposte, aumentate nel 2007 dell'8,6%, in linea con quanto avvenuto l'anno precedente.

Il tasso di risparmio delle famiglie italiane, seppure in leggera riduzione, appare comunque superiore a quello degli altri paesi europei. Nel 2007 è stato dell'11,2%, contro l'11,5% del 2006, e il 12,5% medio del biennio precedente (figura 1). Alla fine del 2007 la ricchezza degli italiani ammontava a circa otto volte il loro reddito disponibile, un valore in linea con quello della Francia e del Regno Unito e nettamente superiore a quello della Germania, degli Stati Uniti e del Giappone.

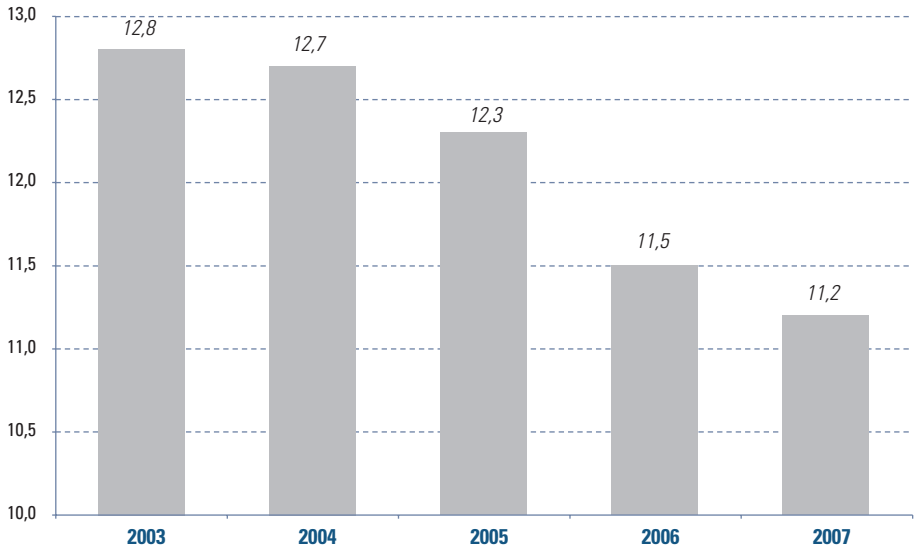


FIGURA 1
TASSO DI RISPARMIO DELLE FAMIGLIE
(% DEL REDDITO DISPONIBILE)

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 2007 il risparmio finanziario delle famiglie, definito come la differenza tra il flusso lordo delle attività e quello delle passività, è stato pari a 51.875 milioni di euro, il 23,7% in meno rispetto al 2006. In rapporto al PIL il risparmio finanziario è sceso dal 5,7% nel 2006 al 3,4% nel 2007; nonostante il forte calo si tratta di un valore superiore a quello registrato nell'area dell'euro nel 2006 (3,1%).

La riduzione della propensione al risparmio e la crescita degli investimenti immobiliari sono le cause principali di questa diminuzione. Il calo del risparmio e le pesanti perdite azionarie hanno fatto sì che la ricchezza finanziaria rimanesse sostanzialmente sullo stesso livello dell'anno precedente; l'aumento è stato pari allo 0,57%, per un totale di 3.697 miliardi di euro.

Le turbolenze finanziarie manifestatesi dall'estate del 2007 hanno spinto le famiglie a orientarsi verso strumenti a basso rischio. Oltre 60 miliardi di euro (la metà del flusso di risparmio lordo) sono stati investiti in obbligazioni a medio lungo termine. Di questi, 25,7 miliardi di euro sono stati indirizzati verso i titoli pubblici e oltre 25 miliardi verso le obbligazioni bancarie (il 22,6% del flusso di risparmio lordo).

Dopo il forte rallentamento del 2006, l'investimento netto in azioni è aumentato sensibilmente, nella prima parte dell'anno. Nonostante le massicce vendite del periodo autunnale e invernale, il flusso netto di risparmio destinato alle azioni ha totalizzato i 24.159 milioni di euro, ovvero il 21,8% del totale.

Il disinvestimento netto di fondi comuni italiani, seppur inferiore a quello del 2006, ha mantenuto proporzioni elevate: il deflusso è stato pari a 31.430 milio-

ni di euro. A differenza degli anni passati, si è registrato un deflusso di risparmio, pari a 3.542 milioni, anche per i fondi esteri.

Dopo anni di crescita, nel 2007 il flusso di risparmio destinato alle polizze vita è stato negativo, per 12.875 milioni di euro. Il deflusso è l'effetto congiunto di fattori di domanda e di offerta. Da un lato, l'aumento dei tassi di interesse a lungo periodo (nella prima parte dell'anno) e le tensioni sui mercati finanziari (nella seconda parte del 2007) hanno favorito la domanda di titoli di Stato e di obbligazioni a medio e a lungo termine, a sfavore delle polizze vita. Per quanto riguarda l'offerta, è importante sottolineare che il calo di raccolta più rilevante si è registrato nella parte finale dell'anno e per i prodotti collocati dal canale bancario, anche a causa di cambiamenti nella strategia di offerta degli istituto di credito.

Per quanto riguarda le consistenze, le azioni e partecipazioni restano lo strumento con il peso maggiore nel portafoglio delle famiglie, anche se la loro quota è scesa (dal 25,3% nel 2006 al 23,8% nel 2007). Seguono le obbligazioni a medio/lungo termine, italiane ed estere, il cui peso è invece salito dal 17,9% al 19,2%. La quota dei biglietti e i depositi a vista è rimasta stabile al 15,9%. La flessione della raccolta netta delle polizze vita ha determinato una lieve riduzione (dal 10,5% al 10,2%) della loro incidenza sullo stock di attività finanziarie. Il complesso delle "riserve tecniche di assicurazione" che include, oltre alle riserve dei rami assicurativi vita e danni, il TFR e i fondi pensione, rappresenta alla fine del 2007 il 16,5% della consistenza delle attività finanziarie (16,6% nel 2006). È scesa dall'8,3% al 7,7% la quota delle attività rappresentata dagli investimenti nei fondi comuni, italiani ed esteri.

L'intenso sviluppo del credito immobiliare e al consumo ha prodotto un significativo aumento nell'indebitamento delle famiglie, cresciuto nell'anno di quasi il 2%. Lo stock di debito è passato dal 18,5% al 19,9% dello stock di attivi.

Nel 2007 la raccolta netta complessiva dei fondi comuni è stata negativa per oltre 49 miliardi (tavola 2). Per quanto riguarda il domicilio dei fondi, la raccolta di quelli di origine italiana è stata nel 2007 negativa per 52.860 milioni di euro, confermando una tendenza al disinvestimento già evidente dal 2004 e in forte accelerazione negli ultimi due anni. Dopo vari anni di raccolta netta positiva, anche i fondi roundtrip fanno registrare nel 2007 un disinvestimento, pari a 3.166 milioni. La raccolta netta dei fondi esteri è stata di 6.920 milioni.

Per quanto riguarda i fondi italiani, il deflusso più massiccio si è registrato nel comparto obbligazionario (tavola 3), penalizzato dal basso livello dei tassi di rendimento conseguiti. Come nell'anno passato, sia il comparto azionario che

TAVOLA 1 - ATTIVI FINANZIARI DELLE FAMIGLIE ITALIANE

STRUMENTI	FLUSSI				CONSISTENZE			
	milioni di euro		% sul totale		milioni di euro		% sul totale	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Biglietti, monete e depositi a vista	31.273	2.285	24,84	2,06	583.824	587.941	15,88	15,90
Altri depositi	26.867	34.503	21,34	31,11	346.132	380.636	9,42	10,29
Titoli a breve termine	14.353	13.571	11,40	12,24	15.676	26.045	0,43	0,70
Titoli a medio/lungo termine	21.053	61.346	16,72	55,31	533.300	584.115	14,51	15,80
di cui: emessi da Istituzioni finanz. mon.	20.630	25.107	16,38	22,63	332.094	355.095	9,03	9,60
Azioni e altre partecipazioni	5.131	24.159	4,07	21,78	931.925	880.088	25,35	23,80
Quote di fondi comuni	-36.399	-31.430	-28,91	-28,34	223.317	185.941	6,07	5,03
Riserve tecniche di assicurazione (*)	33.177	-948	26,35	-0,85	610.820	609.872	16,62	16,50
Di cui: riserve ramo vita	11.573	-12.875	9,19	-11,61	386.385	377.590	10,51	10,21
Altri attivi	-2.092	7.213	-1,66	6,50	108.686	115.899	2,96	3,13
Resto del mondo	32.558	221	25,86	0,20	322.557	326.759	8,77	8,84
Titoli a medio/lungo termine	9.694	3.611	7,70	3,26	125.418	126.695	3,41	3,43
Azioni e altre partecipazioni	1.227	-3.527	0,97	-3,18	100.254	100.062	2,73	2,71
Quote di fondi comuni	9.771	-3.542	7,76	-3,19	81.358	80.749	2,21	2,18
Totale attivi	125.920	110.920	100,00	100,00	3.676.240	3.697.295	100,00	100,00
Totale passivi	57.916	59.045	45,99	53,23	680.623	737.219	18,51	19,94

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.

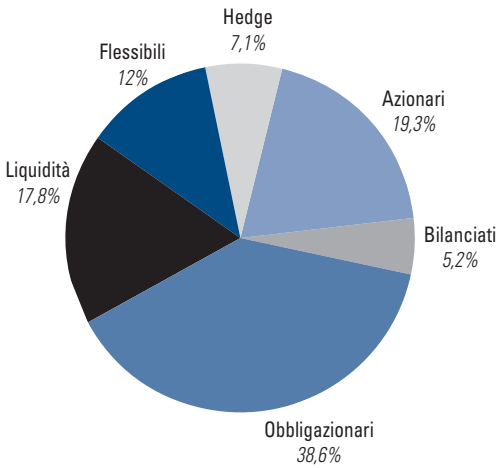
quello bilanciato hanno chiuso l'anno con una raccolta netta negativa, il settore dei fondi flessibili e quello dei degli *hedge funds* hanno registrato una raccolta netta positiva, seppur inferiore a quella del 2006.

I dati del primo trimestre del 2008 indicano un'ulteriore accelerazione nel disinvestimento. La raccolta netta complessiva resta fortemente negativa (-36,8 miliardi), con deflussi che si concentrano soprattutto nei comparti azionario e obbligazionario.

Alla fine di marzo 2008 il patrimonio complessivo gestito dai fondi comuni ammontava a 509.130 milioni di euro, il 16,52% in meno rispetto a un anno prima. Quasi il 40% del patrimonio gestito è investito in fondi obbligazionari (figura 2).

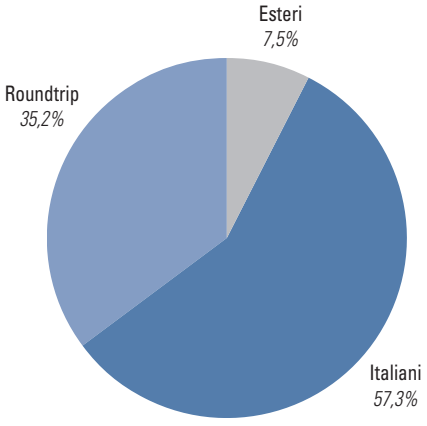
I fondi di domicilio italiano gestiscono il 57,3% del patrimonio, i fondi round-trip il 35,2% e i fondi esteri il restante 7,5% (figura 3).

FIGURA 2
PATRIMONIO DEI FONDI COMUNI ITALIANI PER CATEGORIA - DATI AL 31 MARZO 2008



Fonte: Assogestioni

FIGURA 3
PATRIMONIO DEI FONDI COMUNI PER DOMICILIO
DATI AL 31 MARZO 2008



Fonte: Assogestioni

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

Domicilio del fondo	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (*)
Italiani	10.699	-19.407	-9.885	-42.494	-52.860	-28.809
Roundtrip	16.140	14.347	18.328	11.781	-3.166	-11.048
Esteri	2.714	5.858	12.884	21.324	6.920	-4.903
Totale	**26.781**	**-4.633**	**8.443**	**-17.866**	**-49.155**	**-36.761**

Fonte: Assogestioni
(*) dati relativi al primo trimestre

TAVOLA 3 - RACCOLTA NETTA DEI FONDI COMUNI ITALIANI
Valori in milioni di euro

Tipologia di fondo	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (*)
Azionari	-1.063	-2.322	-4.480	-8.134	-17.960	-15.406
Bilanciati	-5.332	-2.684	1.135	-1.208	-8.544	-4.021
Obbligazionari	11.100	-380	10.841	-28.550	-35.641	-14.055
Liquidità	15.468	-6.508	-9.468	-7.398	2.743	2.051
Flessibili	3.079	1.339	5.949	21.274	1.364	-5.700
Hedge	3.529	5.920	4.467	6.149	5.179	371
Totale	**26.781**	**-4.633**	**8.443**	**-17.866**	**-52.860**	**-36.761**

Fonte: Assogestioni
(*) dati relativi al primo trimestre

LA RICCHEZZA E L'INDEBITAMENTO DELLE FAMIGLIE ITALIANE: 1995-2005

TAVOLA 1
EVOLUZIONE DELLA RICCHEZZA NETTA

Ricchezza netta	1995	2000	2005
Pro capite	91.050	114.261	133.842
Per famiglia	264.991	312.921	345.777

Fonte: Banca d'Italia. Dati in euro a prezzi 2005

La Banca d'Italia ha pubblicato recentemente le stime sull'andamento e la composizione della ricchezza complessiva delle famiglie italiane nel periodo 1995-2005. Nel 2005 la ricchezza netta delle famiglie era pari a circa 7.800 miliardi di euro, pari a circa 345.000 euro per famiglia e 134.000 euro pro capite (tavola 1).

Nel decennio considerato l'incremento in termini reali della ricchezza netta pro capite è stato del 47%, pari a circa il 3% annuo. La ricchezza netta totale è cresciuta del 51%. Considerando il periodo 2000-2005, la formazione di risparmio ha prodotto circa il 40% dell'incremento, mentre il restante 60% è dovuto all'aumento dei prezzi delle attività.

Nel periodo considerato si è registrato anche un moderato incremento dell'indebitamento: le passività finanziarie sono passate dal 6% della ricchezza netta del 1995 al 7,7% del 2005.

Nel 2005 le attività reali (in massima parte abitazioni) rappresentavano il 63% della ricchezza complessiva, le attività finanziarie il 44,6% e le passività finanziarie il 7,7%.

Il livello di ricchezza lorda delle famiglie appare in linea con quello di altri paesi industrializzati, mentre il livello di indebitamento è molto minore. Il rapporto tra ricchezza netta e reddito disponibile è stato pari a 8,5 nel 2005 e tende a crescere durante tutto il decennio.

Nel 2005, il patrimonio investito in abitazioni è stato pari a oltre 4 volte il reddito disponibile. In Francia è stato di quasi 3 volte e negli Stati Uniti 2,3. Le attività finanziarie sono in Italia 3,8 volte il reddito disponibile, contro 4,4 nel Regno Unito, 3,0 in Francia e 2,9 in Germania. Lo stock di passività finanziarie al contrario non supera il 33% del reddito disponibile, a fronte di valori largamente superiori al 100% in Gran Bretagna, Stati Uniti e Germania (tavola 2).

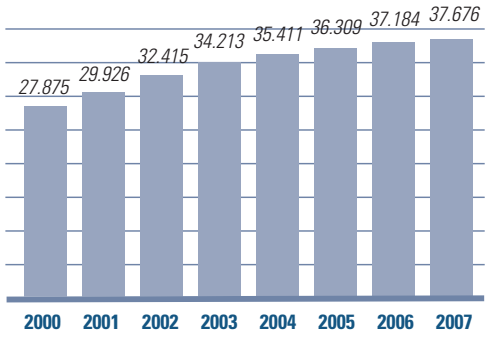
TAVOLA 2
ATTIVITÀ E PASSIVITÀ,
IN RAPPORTO AL REDDITO DISPONIBILE

	2000	2005
	ABITAZIONI	
Stati Uniti	1,8	2,3
Germania	2,9	2,8*
Francia	2,9	3,0
Regno Unito	3,1	4,2
Italia	3,4	4,2
	ATTIVITÀ FINANZIARIE	
Stati Uniti	4,6	4,3
Germania	2,7	2,9
Francia	2,8	3,0
Regno Unito	4,9	4,4
Italia	3,8	3,8
	PASSIVITÀ FINANZIARIE	
Stati Uniti	1,03	1,35
Germania	1,14	1,08
Francia	0,77	0,87
Regno Unito	1,14	1,55
Italia	0,53	0,33

Fonte: Banca d'Italia
(*) dato relativo al 2004

Le assicurazioni danni

PREMI DIRETTI
Valori in milioni di euro

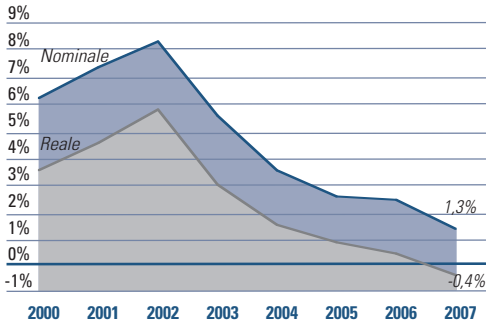


La raccolta premi, pari a 37,7 miliardi di euro, è aumentata in misura contenuta (1,3%). L'incidenza dei rami danni sul totale dei premi è aumentata dal 35% al 38%. In presenza di una stabilità del loss ratio, l'aumento del rapporto tra spese di gestione e premi ha determinato un peggioramento del combined ratio d'esercizio; l'incidenza del risultato del conto tecnico sui premi è rimasta sostanzialmente stabile rispetto al 2006 e pari al 6,9%.

IL LAVORO ITALIANO

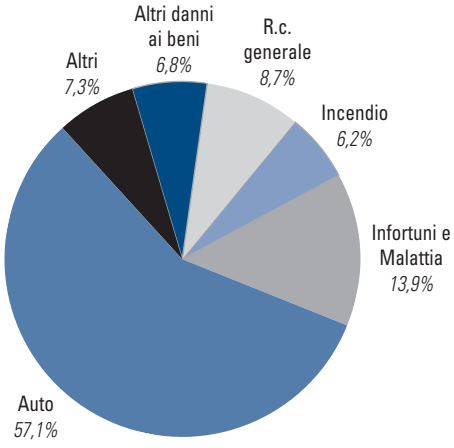
I **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 110 imprese operanti nei rami danni, sono stati pari a 37.676 milioni di euro, con un aumento rispetto all'anno precedente dell'1,3% in termini nominali e con una diminuzione dello 0,4% in termini reali. La dinamica è stata determinata soprattutto dal decremento (-0,4%) registrato per il settore auto (r.c. auto e corpi veicoli terrestri) che da solo costituisce il 57% 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 tutti i rami di tale settore si è avuta una contrazione del volume premi (-19,8% per i corpi veicoli ferroviari, -14,5% per la r.c. aeromobili, -11,7% per i corpi veicoli aerei, -8,7% per i corpi veicoli marittimi e -0,3% per le merci trasportate). L'incidenza percentuale sul totale dei premi danni e vita è stata del 38,0%, in crescita rispetto al 34,9% del 2006.

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 26.600 milioni di euro (26.509 nel 2006), con un aumento dello 0,3% rispetto all'anno precedente; in rapporto ai premi di competenza si osserva un valore pari al 71,7%, in diminuzione rispetto al 72,5% del 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 26.082 milioni di euro (25.861 nel 2006) con un incremento dello 0,9%. Il rapporto tra tali oneri per sinistri e i premi di competenza è stato pari al 70,3%, in lieve diminuzione rispetto al 2006.



37.676 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 9.191 milioni di euro (8.660 nel 2006), con un aumento del 6,1% e un'incidenza sui premi diretti del 24,4% (23,3% nel 2006). Questo andamento è il risultato di un aumento degli oneri provvigionali (che passano dal 15,5% dei premi nel 2006 al 16,0% nel 2007) e delle spese generali di amministrazione (che passano dal 4,7% dei premi nel 2006 al 5,2% nel 2007).

CONTO TECNICO RAMI DANNI
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Premi contabilizzati	27.875	29.926	32.415	34.213	35.411	36.309	37.184	37.676
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	532	776	764	734	610	627	622	593
Oneri relativi ai sinistri (-):	23.015	23.024	23.654	24.306	24.549	24.841	25.861	26.082
- sinistri di competenza (-)	22.156	22.397	23.407	24.456	24.928	25.709	26.509	26.600
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	-859	-627	-247	150	379	868	648	518
Saldo delle altre partite tecniche	-434	-326	-460	-503	-591	-561	-717	-651
Spese di gestione (-)	6.471	6.891	7.331	7.703	8.058	8.392	8.660	9.191
- provvigioni	4.269	4.497	4.843	5.138	5.338	5.546	5.755	6.012
- altre spese di acquisizione	796	921	953	1.004	1.046	1.105	1.170	1.234
- altre spese di amministrazione	1.406	1.473	1.535	1.561	1.674	1.741	1.735	1.945
Saldo tecnico del lavoro diretto	**-2.577**	**-1.091**	**206**	**967**	**1.603**	**1.888**	**1.324**	**1.159**
Utile investimenti	1.804	1.632	1.211	1.629	1.917	1.991	1.854	1.924
Risultato del conto tecnico diretto	**-773**	**541**	**1.417**	**2.596**	**3.520**	**3.879**	**3.178**	**3.083**
Saldo della riassicurazione	720	281	-124	-407	-864	-845	-661	-514
Risultato del conto tecnico complessivo	**-53**	**822**	**1.293**	**2.189**	**2.656**	**3.034**	**2.516**	**2.569**
Variazione % annua dei premi	6,2%	7,4%	8,3%	5,5%	3,5%	2,5%	2,4%	1,3%
Combined ratio	**107,4%**	**102,0%**	**97,3%**	**95,1%**	**93,3%**	**92,7%**	**94,0%**	**94,7%**
- Expense ratio	23,2%	23,0%	22,6%	22,5%	22,8%	23,1%	23,3%	24,4%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	15,3%	15,0%	14,9%	15,0%	15,1%	15,3%	15,5%	16,0%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	2,9%	3,1%	2,9%	2,9%	3,0%	3,0%	3,1%	3,3%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	5,0%	4,9%	4,7%	4,6%	4,7%	4,8%	4,7%	5,2%
- Loss ratio:	84,2%	79,0%	74,7%	72,6%	70,5%	69,6%	70,7%	70,3%
- Loss ratio di competenza	81,0%	76,8%	74,0%	73,1%	71,6%	72,1%	72,5%	71,7%
- Suff./Insuff sinistri es. preced/Premi competenza	-3,1%	-2,2%	-0,8%	0,4%	1,1%	2,4%	1,8%	1,4%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**-9,4%**	**-3,7%**	**0,7%**	**2,9%**	**4,6%**	**5,3%**	**3,6%**	**3,1%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**-2,8%**	**1,9%**	**4,5%**	**7,8%**	**10,1%**	**10,9%**	**8,7%**	**8,3%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	**-0,2%**	**2,8%**	**4,1%**	**6,5%**	**7,6%**	**8,5%**	**6,9%**	**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 1.159 milioni di euro (1.324 nel 2006).

Considerati gli utili degli investimenti, pari a 1.924 milioni di euro, il **risultato del conto tecnico** è stato positivo per 3.083 milioni di euro (3.178 nel 2006). L'incidenza sui premi è stata pari all'8,3% (8,7% nel 2006).

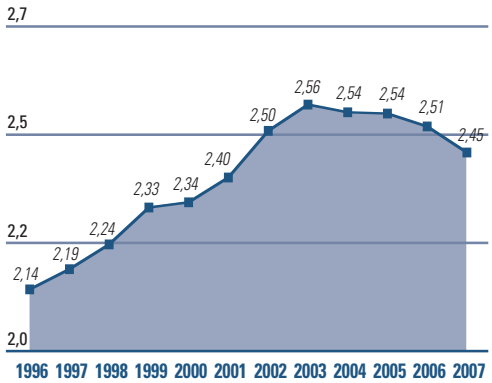
Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato negativo per 514 milioni di euro (-661 nel 2006).

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 2.569 milioni di euro (2.516 nel 2006). L'incidenza sui premi è stata del 6,9%, lo stesso valore del 2006.

ASSICURAZIONE DANNI E PIL

L'incidenza dei premi danni sul PIL è sostanzialmente stabile dal 2002, pur mostrando una lieve diminuzione negli ultimi due anni. La flessione del 2007 dipende dal fatto che la raccolta premi del settore auto si è contratta rispetto a quella del 2006 e che le altre polizze danni sono cresciute in linea con il prodotto nominale.

INCIDENZA % DEI PREMI DANNI SUL PIL

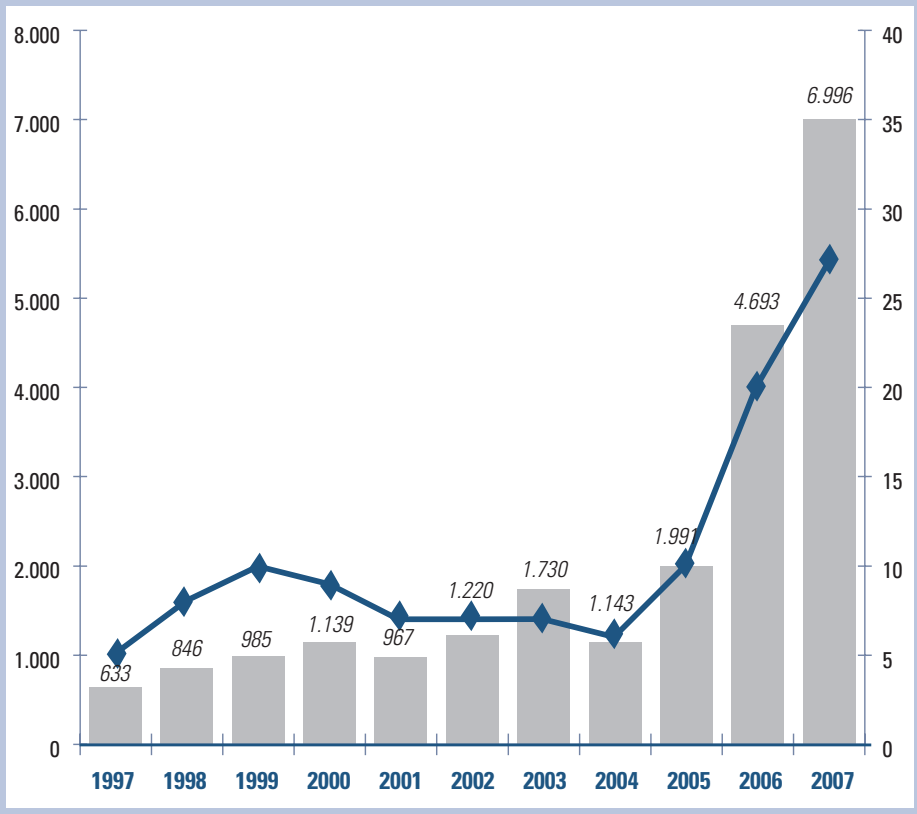


I rapporti indicati tengono conto della revisione generale dei dati sul PIL recentemente effettuata dall'ISTAT

IL MERCATO INTERNAZIONALE DEI CAT BOND NEL 2007

Dopo dieci anni dalla prima emissione, il mercato dei cat bond continua a registrare tassi di espansione considerevoli. Nel 2007 le emissioni sono state 27, a copertura di capitali assicurati per quasi 7 miliardi di dollari (figura 1). Il finanziamento attraverso l'emissione di *insurance linked securities* è ormai uno strumento pienamente integrato nelle strategie di copertura contro eventi catastrofali; secondo Guy Carpenter, vi sono segnali che indicano che i cat bond sono ormai inclusi dagli investitori tra i prodotti mainstream.

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



Fonte: Guy Carpenter

Sebbene con un numero inferiore di emissioni (51), sono le compagnie di assicurazione a detenere la quota di mercato più rilevante delle operazioni in essere con un capitale assicurato pari a quasi 11 miliardi di dollari. Le compagnie di riassicurazione detengono il primato delle emissioni (59) a copertura di un capitale pari a 10,4 miliardi di dollari, mentre le restanti sei emissioni sono riconducibili a sponsor non del settore assicurativo, a copertura di un capitale assicurato pari a quasi un miliardo di dollari. Il valore del capitale sottostante ai bond ancora in circolazione ammontava nel 2007 a circa 13,8 miliardi di dollari, oltre 5 miliardi in più rispetto all'anno precedente (figura 2).

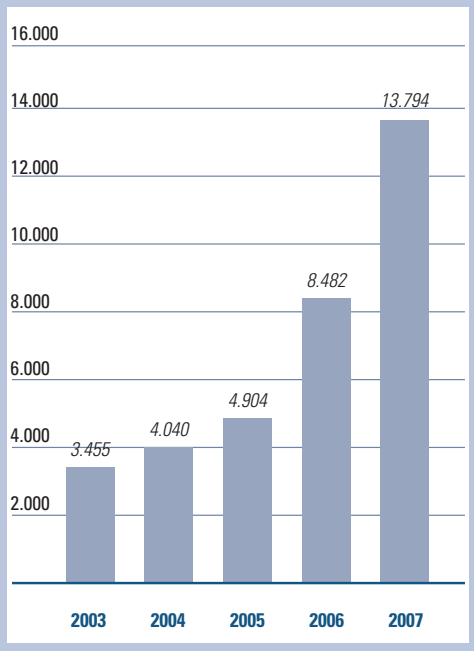
I danni coperti da queste nuove emissioni sono per la maggior parte legati a rischi di catastrofi naturali (uragani e terremoti) nel territorio statunitense con oltre 8 miliardi di dollari di capitale assicurato. In Europa sono stati invece assicurati attraverso emissioni di cat bond 1,6 miliardi di dollari per danni causati da tempeste di vento, mentre in Giappone 1,9 miliardi per danni da terremoti e uragani.

La notevole performance dei cat bond è stata certamente legata all'andamento dei rendimenti offerti dalle emissioni negli ultimi due anni. Il 2004 e il 2005 sono stati anni caratterizzati da ingenti perdite di origine catastrofale. Il conseguente restringimento della capacità di trasferire i rischi sul mercato dei capitali ha allargato gli spread rispetto ai titoli privi di rischio, attraendo flussi addizionali di capitale di molti investitori istituzionali. L'incidenza relativamente bassa di danni di origine catastrofale riscontrata nel 2006 ha riportato nel 2007 il livello degli spread nella media degli anni precedenti.

Per quanto riguarda il giudizio delle agenzie di rating, a 28 tranches relative alle emissioni di cat bond effettuate nel 2007 è stato assegnato il grado BB, a 14 il grado B, a 4 il grado BBB, a 3 il grado A, a 1 il grado AA e a 2 il grado AAA della graduatoria di Standard&Poor's. Il valore modale (BB) è uguale a quello rilevato nelle prime emissioni; si sta osservando però un consistente ampliamento dello spettro delle valutazioni in entrambe le direzioni.

La crisi dei subprime non ha interessato il settore dei cat bond. Gli spread di questi ultimi si sono progressivamente ridotti, contrariamente a quanto avvenuto a quasi tutti i prodotti scambiati nei mercati finanziari. Ciò sembra costituire una prima importante evidenza fattuale dell'assunto teorico che i cat bond amplierebbero lo spazio di strategie di hedging degli investitori.

FIGURA 2
CAPITALE ASSICURATO
(milioni di dollari)



Fonte: Guy Carpenter

RISCHI COPERTI DAI CAT BOND, 2007
(milioni di dollari)

	USA: Terremoti	USA: Uragani	Europa: Vento	Giappone: Terremoti	Giappone: Uragani	Altro
1997	112	395	-	90	-	36
1998	145	721	-	-	80	45
1999	328	508	167	217	17	10
2000	487	507	483	217	17	129
2001	697	552	432	150	-	120
2002	800	477	334	384	-	-
2003	804	416	474	691	278	100
2004	803	661	220	311	-	-
2005	1.269	994	830	138	-	405
2006	2.229	2.295	1.166	824	400	508
2007	3.630	4.632	1.679	1.160	725	1.914
Totale	**11.302**	**12.156**	**5.785**	**4.182**	**1.517**	**3.266**

Fonte: Guy Carpenter

LE CATASTROFI NATURALI NEL 2007

Lo studio effettuato da Sigma sulle catastrofi avvenute nel mondo registra che nel corso del 2007 si sono verificate 142 catastrofi naturali e 193 grandi sinistri provocati, direttamente o indirettamente, dall'uomo (*man-made*). Le catastrofi naturali hanno registrato una leggera diminuzione, mentre gli eventi estremi *man-made* sono in aumento. Questo dato divergente non interrompe la crescita registrata negli ultimi quattro decenni del numero degli eventi estremi e dell'entità monetaria dei danni da essi causati.

Le vittime riconducibili a eventi estremi accaduti nel 2007 sono state circa 21.500, di cui 14.600 causati da catastrofi naturali e 6.900 da catastrofi originate, direttamente o indirettamente, dall'uomo. Il numero delle vittime (55.000) nel 2007 è stato inferiore alla media di lungo periodo e si è concentrato, come negli anni precedenti, principalmente nei paesi in via di sviluppo. Tra le cause principali di origine naturale, Sigma riporta le inondazioni, i cicloni e i terremoti e tra quelle di origine umana gli incidenti della navigazione.

I danni materiali causati da catastrofi sono stati stimati in circa 70 miliardi di dollari, di cui 63,7 miliardi riconducibili alle sole cause naturali. Tra gli eventi più distruttivi si rilevano: la tempesta invernale Kyrill con danni per 10 miliardi di dollari; le alluvioni estive nel Sud dell'Inghilterra con danni per oltre 7 miliardi; le inondazioni dello stato del Tabasco in Messico con 4,5 miliardi di danni.

Le compagnie di assicurazione hanno rimborsato circa il 40% dei danni catastrofali (circa 28 miliardi di dollari, 10,7 miliardi in più rispetto al 2006). La maggior parte dei danni risarciti, 23 miliardi, erano stati causati da eventi naturali. Tra quelli che hanno provocato i risarcimenti maggiori, si segnalano: la tempesta Kyrill con risarcimenti pari a 6,1 miliardi di dollari; le piogge torrenziali nel sud dell'Inghilterra con 4,8 miliardi; la tempesta invernale negli Stati Uniti con 1,6 miliardi; la serie di incendi estivi in California che ha provocato sinistri per 1,1 miliardi di dollari.

La maggior parte dei sinistri è concentrata in Europa dove sono stati risarciti dalle assicurazioni oltre 12 miliardi di dollari, il 45% del totale mondiale. I danni risarciti negli Stati Uniti, che di norma rappresentano oltre la metà dei sinistri complessivi, nel 2007 hanno rappresentato circa il 30% del totale. Sono notevolmente inferiori i risarcimenti effettuati in Asia, Sud America e Africa, nonostante il più alto costo in termini di vite umane causato dalle catastrofi in queste regioni. Concorrono a spiegare il divario la bassa densità abitativa e la minore diffusione delle assicurazioni nei paesi a più basso livello di sviluppo.

TABELLA 1
LE CATASTROFI PER AREA GEOGRAFICA NEL 2007

Area geografica	Numero	Distrib. %	Vittime	Distrib. %	Sinistri risarciti (mln $)	Distrib. %
Nord America	47	14	983	5	8.767	32
Europa	35	10	1.088	5	12.431	45
Asia	146	44	12.748	62	3.533	13
Sud America	19	6	1.216	6	228	1
Oceania/Australia	7	2	303	1	1.283	5
Africa	32	10	2.215	11	46	0
Oceani/spazio	49	15	2.000	10	1.276	5
	335	100	20.553	100	27.564	100

Fonte: Swiss Re - SIGMA

LA DIFFUSIONE DELL'ASSICURAZIONE DANNI TRA LE FAMIGLIE ITALIANE NEL 2006

Come nelle rilevazioni precedenti, il questionario somministrato nel 2006 alle famiglie italiane dalla Banca d'Italia per l'indagine sui bilanci delle famiglie contiene una sezione dedicata al comportamento assicurativo. La sezione comprende la richiesta ai capifamiglia inclusi nel campione di dichiarare se uno o più membri del nucleo familiare sia in possesso di una polizza danni (furto, incendio, r.c. generale con l'esclusione dell'assicurazione auto obbligatoria) e quanto si sia speso nell'anno.

QUESTIONARIO: POLIZZE DANNI

Assicurazioni danni (esclusa assicurazione per responsabilità civile auto)

F19. Nel 2006 Lei o qualcuno della Sua famiglia ha effettuato versamenti per un'assicurazione danni, per furto, incendio, grandine, responsabilità civile ecc. (escludere la responsabilità civile obbligatoria dell'auto)? **ASS3**

– Si 1
– No ..... 2 → ***FINE SEZIONE***

NASS31..NASS33	... Mezzi di trasporto	... Case e terreni	... Persone
F20. E quante polizze avevate per	|....|	|....|	|....|

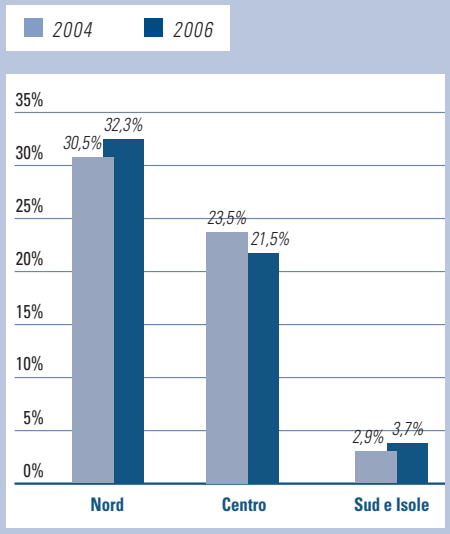
F21. Quale importo è stato pagato complessivamente dalla Sua famiglia nel 2006? € |....|....|·|....|....|....| **ASS3S**

Fonte: Banca d'Italia

In base alla rilevazione del 2006, si stima che vi sia almeno una polizza danni (esclusa la copertura obbligatoria r.c. auto) in circa 4,8 milioni di famiglie, il 21,1% del totale delle famiglie residenti in Italia (quasi 23 milioni); nella precedente rilevazione del 2004 erano risultate in possesso di una polizza danni 6,2 milioni di famiglie, il 20,1% del totale.

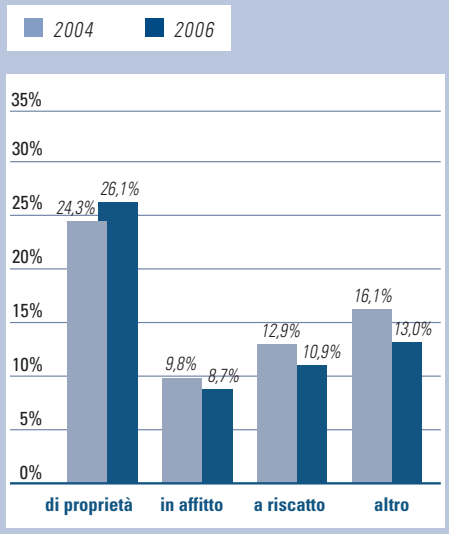
Le polizze danni sono più diffuse nel Nord, dove il 32,3% (30,5% nel 2004) delle famiglie residenti ne possiede almeno una (figura 3). È diminuita leggermente, dal 23,5% al 21,5%, la quota di famiglie assicurate residenti al Centro, mentre la quota è aumentata nel Mezzogiorno (dal 2,9% nel 2004 al 3,7% nel 2006).

FIGURA 3
DIFFUSIONE PER PROVENIENZA GEOGRAFICA



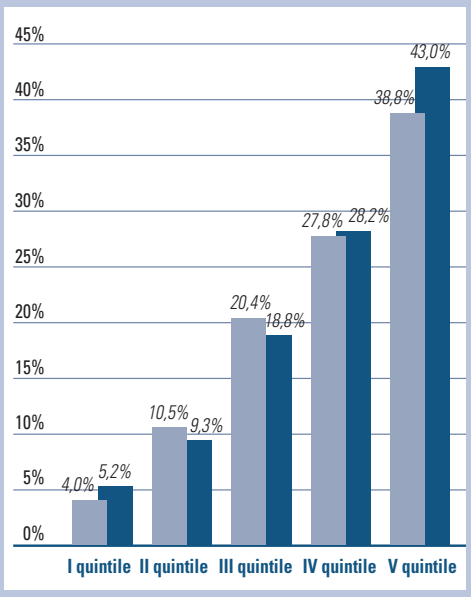
Fonte: Elaborazione ANIA su dati Banca d'Italia

FIGURA 4
DIFFUSIONE PER TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE



Fonte: Elaborazione ANIA su dati Banca d'Italia

FIGURA 5
DIFFUSIONE PER QUINTILE DI REDDITO DEL CAPOFAMIGLIA



Fonte: Elaborazione ANIA su dati Banca d'Italia

È aumentata (dal 24,3% nel 2004 al 26,1% nel 2006) la quota di famiglie assicurate sul totale di quelle che hanno dichiarato di vivere in un'abitazione di proprietà (figura 4). È invece diminuita la diffusione delle polizze danni tra le famiglie con titolo di godimento dell'abitazione principale diverso. In particolare, la quota di famiglie assicurate sul totale di quelle che vivevano in affitto è diminuita dal 9,8% nel 2004 all'8,7% nel 2006.

Nel 2006 è aumentata la diffusione delle polizze danni nelle famiglie con reddito più elevato: in particolare la quota di famiglie assicurate è pari al 43,0% (38,8% nel 2004) nel V quintile della distribuzione del reddito ordinata in modo crescente (figura 5). La quota è pari al 28,2% (27,8% nel 2004) per il IV quintile e al 18,8% (20,4% nel 2004) per il quintile intermedio.

Si confermano positivi, anche se in calo rispetto al 2006, i risultati del ramo r.c. auto. La riduzione nei risultati è imputabile principalmente a un minor contributo, rispetto al 2006, della sufficienza delle riserve per i sinistri accaduti negli anni precedenti. È peggiorato il combined ratio di esercizio: dal 97,3% nel 2006 al 99,1% nel 2007. Permane positivo il risultato tecnico complessivo del ramo corpi veicoli terrestri, ma si registra un'incidenza sui premi in diminuzione rispetto al 2006.

LA GESTIONE DELL'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE

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

I **premi del lavoro diretto italiano**, raccolti dalle 65 imprese operanti nel ramo, sono stati nel 2007 pari a 18.240 milioni di euro, registrando una diminuzione dell'1,0%; questi premi costituiscono il 48,4% della raccolta complessiva delle assicurazioni danni (49,5% nel 2006). Per la prima volta da quando è stata istituita l'obbligatorietà dell'assicurazione per i veicoli a motore (ossia dal 1969), la raccolta premi complessiva del ramo ha registrato una riduzione. Ciò è stato determinato da due fattori: in primo luogo il generale contenimento delle tariffe da parte delle imprese che, inoltre, spesso applicano sconti sui premi in chiave commerciale e secondariamente gli effetti di due norme contenute nel d.l. n. 7/2007, convertito nella legge n. 40/2007 (c.d. decreto Bersani II), che hanno consentito a un elevato numero di assicurati di usufruire di una classe di merito più favorevole di quella che avrebbero avuto altrimenti.

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 14.794 milioni di euro (14.940 nel 2006) ed è diminuito dell'1,0% rispetto al 2006. Anche per questa voce di bilancio, il 2007 ha rappresentato un anno di inversione rispetto alla continua crescita registrata negli ultimi decenni. In particolare, mentre tra il 1998 e il 2006 l'importo dei sinistri è cresciuto in media del 3,7% all'anno, nel 2007 si registra un modesto calo. A tale diminuzione può aver contribuito l'introduzione del nuovo sistema di risarcimento diretto. In particolare, il nuovo sistema potrebbe, da un lato, aver consentito l'ingresso di un più elevato numero di sinistri di lieve entità e, dall'altro, potrebbe aver ridotto l'ammontare delle spese legali a seguito di un minore contenzioso delle parti coinvolte nel sinistro. Al momento, non si dispone dei dati di dettaglio necessari per verificare empiricamente queste ipotesi.

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 14.733 milioni di euro (14.588 nel 2006) e hanno registrato un aumento dell'1,0% rispetto al 2006. La sufficienza delle riserve per i sinistri accaduti in anni precedenti, positiva a partire dal 2004, è stata pari a 61 milioni di euro, in diminuzione rispetto all'anno

L'assicurazione auto

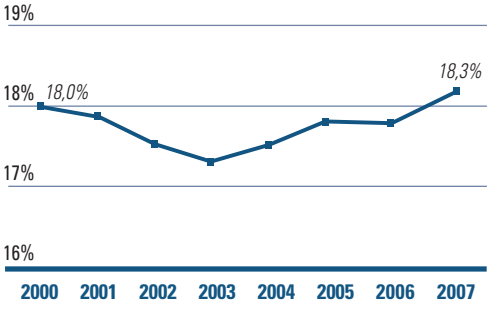
R.C. AUTO E R.C. VEICOLI MARITTIMI
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Premi contabilizzati	14.221	15.344	16.653	17.646	18.087	18.198	18.416	18.240
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	173	333	341	280	91	82	64	-10
Oneri relativi ai sinistri (-):	13.886	13.734	13.735	14.177	14.375	14.284	14.588	14.733
- sinistri di competenza (-)	12.775	13.043	13.438	13.982	14.561	14.756	14.940	14.794
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	-1.111	-691	-297	-195	186	472	352	61
Saldo delle altre partite tecniche	-184	-98	-166	-178	-228	-211	-232	-227
Spese di gestione (-)	2.559	2.741	2.921	3.047	3.169	3.235	3.276	3.344
- provvigioni	1.588	1.681	1.804	1.900	1.949	1.944	1.962	1.936
- altre spese di acquisizione	312	369	399	418	437	468	498	512
- altre spese di amministrazione	659	691	718	729	783	823	816	896
Saldo tecnico del lavoro diretto	**-2.581**	**-1.562**	**-510**	**-36**	**224**	**386**	**256**	**-54**
Utile investimenti	1.050	899	648	888	1.077	1.104	992	962
Risultato del conto tecnico diretto	**-1.531**	**-663**	**138**	**852**	**1.301**	**1.490**	**1.248**	**908**
Saldo della riassicurazione	218	178	36	-12	-61	-16	9	50
Risultato del conto tecnico complessivo	**-1.313**	**-485**	**174**	**840**	**1.240**	**1.474**	**1.257**	**958**
Variazione % annua dei premi	7,3%	7,9%	8,5%	6,0%	2,5%	0,6%	1,2%	-1,0%
Combined ratio	**116,8%**	**109,3%**	**101,7%**	**98,9%**	**97,4%**	**96,6%**	**97,3%**	**99,1%**
- Expense ratio	18,0%	17,9%	17,5%	17,3%	17,5%	17,8%	17,8%	18,3%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	11,2%	10,9%	10,8%	10,8%	10,8%	10,7%	10,7%	10,6%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	2,2%	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%	2,6%	2,7%	2,8%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,6%	4,5%	4,3%	4,1%	4,3%	4,5%	4,4%	4,9%
- Loss ratio:	98,8%	91,5%	84,2%	81,6%	79,9%	78,8%	79,5%	80,7%
- Loss ratio di competenza	90,9%	86,9%	82,4%	80,5%	80,9%	81,5%	81,4%	81,1%
- Suff./Insuff sinistri es. preced./Premi competenza	-7,9%	-4,6%	-1,8%	-1,1%	1,0%	2,6%	1,9%	0,3%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**-18,4%**	**-10,4%**	**-3,1%**	**-0,2%**	**1,2%**	**2,1%**	**1,4%**	**-0,3%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**-10,9%**	**-4,4%**	**0,8%**	**4,9%**	**7,2%**	**8,2%**	**6,8%**	**5,0%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	**-9,4%**	**-3,2%**	**1,1%**	**4,8%**	**6,9%**	**8,1%**	**6,8%**	**5,2%**
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni	*51,0%*	*51,3%*	*51,4%*	*51,6%*	*51,1%*	*50,1%*	*49,5%*	*48,4%*

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

precedente (352 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 79,5% del 2006 all'80,7% del 2007.

SPESE DI GESTIONE
Incidenza % sui premi



Le **spese di gestione** sono state pari a 3.344 milioni di euro (3.276 nel 2006) 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 (18,3%) è in aumento rispetto a quella del 2006; questa crescita, con particolare riguardo alle spese di amministrazione, è attribuibile prevalentemente agli investimenti in informatica e in procedure connesse con l'avvio del nuovo sistema di risarcimento diretto.

Il **saldo tecnico del lavoro diretto** è stato negativo per 54 milioni di euro (era positivo e pari a 256 milioni di euro nel 2006).

Considerati gli utili degli investimenti (pari a 962 milioni di euro contro 992 nel 2006), il risultato del conto tecnico è stato positivo per 908 milioni di euro (1.248 nel 2006).

Tenuto conto del saldo della riassicurazione, il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 958 milioni di euro (1.257 nel 2006), con una incidenza sui premi del 5,2% (6,8% nel 2006).

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	2007
Premi contabilizzati	2.678	2.811	2.955	3.062	3.145	3.154	3.205	3.287
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	26	40	70	52	45	61	61	107
Oneri relativi ai sinistri (-):	1.204	1.160	1.205	1.257	1.260	1.417	1.485	1.579
- sinistri di competenza (-)	1.316	1.278	1.306	1.361	1.388	1.514	1.569	1.664
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	112	118	101	104	128	97	84	85
Saldo delle altre partite tecniche	-37	-18	-32	-40	-46	-36	-51	-39
Spese di gestione (-)	657	692	709	738	759	748	765	826
- provvigioni	456	477	494	517	531	518	534	568
- altre spese di acquisizione	72	84	83	88	88	89	92	100
- altre spese di amministrazione	129	131	132	133	140	141	139	158
Saldo tecnico del lavoro diretto	**754**	**901**	**939**	**975**	**1.035**	**892**	**843**	**736**
Utile investimenti	59	50	34	47	57	59	56	57
Risultato del conto tecnico diretto	**813**	**951**	**973**	**1.022**	**1.092**	**951**	**899**	**793**
Saldo della riassicurazione	-13	-33	-30	-50	-46	-19	-38	-27
Risultato del conto tecnico complessivo	**800**	**918**	**943**	**972**	**1.046**	**932**	**861**	**766**
Variazione % annua dei premi	2,4%	5,0%	5,1%	3,6%	2,7%	0,3%	1,6%	2,6%
Combined ratio	**70,0%**	**66,5%**	**65,7%**	**65,8%**	**64,8%**	**69,5%**	**71,1%**	**74,8%**
- Expense ratio	24,5%	24,6%	24,0%	24,1%	24,1%	23,7%	23,9%	25,1%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	17,0%	17,0%	16,7%	16,9%	16,9%	16,4%	16,7%	17,3%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	2,7%	3,0%	2,8%	2,9%	2,8%	2,8%	2,9%	3,0%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,8%	4,7%	4,5%	4,4%	4,4%	4,5%	4,3%	4,8%
- Loss ratio:	45,4%	41,9%	41,8%	41,7%	40,7%	45,8%	47,2%	49,7%
- Loss ratio di competenza	49,6%	46,1%	45,3%	45,2%	44,8%	48,9%	49,9%	52,3%
- Suff./Insuff sinistri es. preced./Premi competenza	4,2%	4,2%	3,5%	3,5%	4,1%	3,1%	2,7%	2,7%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**28,5%**	**32,5%**	**32,5%**	**32,4%**	**33,4%**	**28,8%**	**26,8%**	**23,1%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**30,7%**	**34,3%**	**33,7%**	**33,9%**	**35,2%**	**30,7%**	**28,6%**	**24,9%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	**30,2%**	**33,1%**	**32,7%**	**32,3%**	**33,7%**	**30,1%**	**27,4%**	**24,1%**
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni	*9,6%*	*9,4%*	*9,1%*	*9,0%*	*8,9%*	*8,7%*	*8,6%*	*8,7%*

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

I **premi del lavoro diretto italiano**, raccolti dalle 70 imprese operanti nel ramo, sono stati nel 2007 pari a 3.287 milioni di euro (+2,6% rispetto al 2006), con una incidenza dell'8,7% 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 1.664 milioni di euro, in crescita del 6,1% rispetto ai 1.569 milioni di euro del 2006. Il loss ratio di competenza del 2007 è stato pari al 52,3%, in 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 1.579 milioni di euro (1.485 nel 2006). Il rapporto tra tali oneri per sinistri e i premi di competenza è stato pari al 49,7%, anch'esso in aumento rispetto al 47,2% del 2006.

Le **spese di gestione** sono state pari a 826 milioni di euro (765 nel 2006) 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 25,1% (23,9% nel 2006).

Il **saldo tecnico del lavoro diretto** è stato positivo per 736 milioni di euro (843 nel 2006).

Considerati gli utili degli investimenti, il risultato del conto tecnico è stato positivo per 793 milioni di euro (899 nel 2006).

Tenuto conto del saldo della riassicurazione, il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 766 milioni di euro (861 nel 2006), con una incidenza sui premi del 24,1% (27,4% nel 2006).

I FURTI DEGLI AUTOVEICOLI IN ITALIA E IN EUROPA

L'Eurostat raccoglie i dati riguardanti il fenomeno della criminalità nei vari paesi europei; gli ultimi dati disponibili sono quelli relativi al 2006. Tali informazioni sono fornite all'istituto dalle autorità dei diversi paesi, tra i quali il ministero degli interni, la polizia, l'istituto nazionale di statistica. Tra i vari indicatori, l'Eurostat riporta la serie storica, a partire dal 1995, del numero dei furti di veicoli, includendo tutte le tipologie di mezzi.

Per avere un confronto omogeneo tra i singoli paesi sono stati rapportati tali dati al numero di veicoli circolanti forniti sempre dallo stesso istituto, ottenendo così un indice che descrive il numero di veicoli rubati per 1.000 veicoli circolanti (tavola 1).

TAVOLA 1
FURTI DI VEICOLI A MOTORE DENUNCIATI ALLE AUTORITÀ GIUDIZIARIE PER 1.000 VEICOLI CIRCOLANTI

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Austria	1,6	1,9	1,3	1,3	1,8	1,8	2,5	2,0
Belgio	10,5	9,5	8,5	7,5	6,1	5,0	4,4	4,3
Francia	15,0	11,9	12,1	10,9	9,2	7,9	7,2	6,6
Germania	6,0	2,7	2,5	2,4	2,3	2,2	2,0	1,8
Grecia	1,8	1,3	1,2	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2
Irlanda	10,3	10,4	9,0	8,3	7,0	7,2	6,7	6,2
Italia	**9,2**	**6,7**	**6,4**	**6,2**	**5,8**	**7,1**	**6,8**	**7,0**
Paesi Bassi	7,5	6,2	5,6	5,4	4,2	3,7	3,1	2,7
Portogallo	5,1	5,6	5,3	5,9	5,7	5,4	4,7	4,3
Regno Unito	19,7	12,0	11,3	10,6	9,4	7,7	6,7	6,1
Spagna	5,7	6,7	7,1	6,8	5,9	5,2	4,8	4,5
Media Europea	**10,3**	**7,3**	**7,1**	**6,7**	**5,9**	**5,5**	**5,0**	**4,8**

Fonte: EUROSTAT

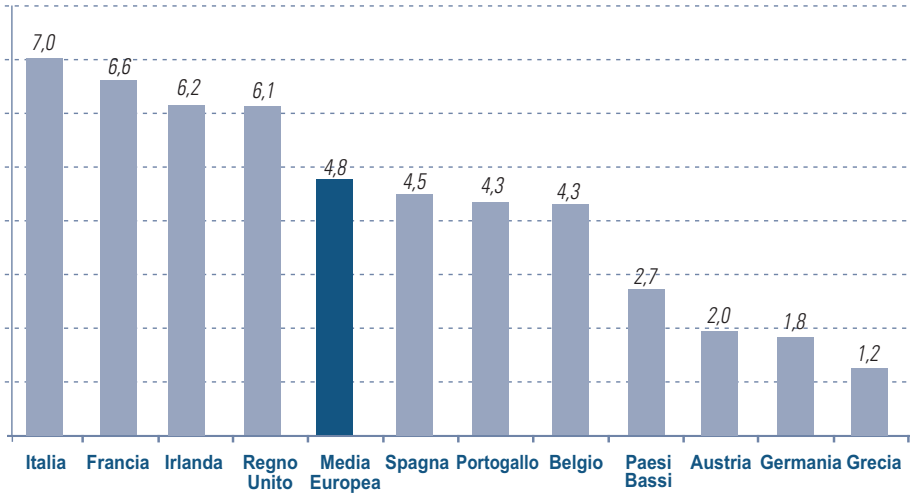
Il confronto internazionale evidenzia un andamento negativo per l'Italia. Nel 1995 il numero di veicoli rubati per 1.000 veicoli circolanti era in Italia pari a 9,2, a fronte di una media europea di 10,3; nel Regno Unito l'indicatore era addirittura pari a 19,7, in Francia a 15,0, valori ampiamente superiori a quelli italiani. Ancora nel 2000, l'indicatore era pari in Italia a 6,7, valore inferiore alla media europea (7,3).

Tra il 2000 e il 2006 si è osservata in Europa una forte riduzione dell'incidenza del numero dei furti: il valore medio è sceso da 7,3 a 4,8. Riduzioni molto forti sono state registrate nel Regno Unito (da 12,0 a 6,1), in Francia (da 11,9 a 6,6), in Belgio (da 9,5 a 4,3) e nei Paesi Bassi (da 6,2 a 2,7). In Italia, invece, la tendenza alla riduzione si è arrestata nel 2003, quando l'indicatore ha toccato il minimo storico (5,8). Da allora si è registrata una tendenza all'aumento.

In particolare, l'Italia è stato l'unico paese che ha registrato un incremento dell'indicatore nel 2006, che passa da 6,8 del 2005 a 7,0; proprio nel 2006 l'Italia è divenuto il paese con la più elevata incidenza di furti sul totale dei veicoli circolanti (figura 1). In valore assoluto, nel nostro paese i furti di veicoli sono stati nel 2006 oltre 280.000, circa il 28% del totale europeo, ossia circa 32 veicoli ogni ora.

Nel confronto internazionale il nostro Paese registra una minore diffusione di coperture assicurative contro il rischio furto. Le nostre statistiche non distinguono la garanzia furto separatamente da quelle kasko parziale e kasko tota-

FIGURA 1
FURTI DI VEICOLI A MOTORE
DENUNCIATI ALLE AUTORITÀ GIUDIZIARIE
PER 1.000 VEICOLI CIRCOLANTI - ANNO 2006



Fonte: EUROSTAT

le; tuttavia, il rapporto tra i premi raccolti nel ramo corpi veicoli terrestri e il totale dei premi auto (r.c. auto + corpi veicoli) era in Italia pari al 14,8% nel 2006 (15,3% nel 2007). Si tratta di un valore molto più basso rispetto a quello registrato in altri paesi europei: un'apposita rilevazione del CEA, registrava che l'indicatore era pari al 59% in Francia e al 42% in Spagna nel 2005.

IL COSTO MEDIO E LA FREQUENZA SINISTRI: UN CONFRONTO EUROPEO

A livello totale di mercato la misura complessiva della sinistrosità del ramo r.c. auto deve essere analizzata considerando sia quanti sinistri accadono ogni anno sul territorio – che rapportati ai veicoli assicurati danno luogo all'indicatore di frequenza sinistri – sia l'importo con il quale mediamente tali sinistri vengono risarciti. Anche dopo l'introduzione dell'indennizzo diretto, questa analisi può continuare a essere fatta per la totalità del mercato con opportune avvertenze dettagliatamente specificate di seguito, consentendo così di operare un confronto temporale con gli anni precedenti, come evidenziato nella tavola 1.

Numero dei sinistri accaduti. Il totale dei sinistri accaduti e denunciati con seguito è dato dalla somma dei sinistri pagati chiusi e liquidati (ossia che hanno già dato luogo a un risarcimento nel corso dell'anno) e di quelli riservati (che daranno invece luogo a un pagamento nel futuro) ma non include la stima dei sinistri che, benché accaduti nel 2007, saranno denunciati negli anni successivi a quello di accadimento (i cosiddetti sinistri Incurred But Not Reported - IBNR). In particolare, il numero di questi sinistri nel 2007 è stato pari a **3.372.725** unità (3.221.398 nel 2006) con un aumento del 4,7% rispetto al 2006.

TAVOLA 1 - EVOLUZIONE DEL COSTO MEDIO E DELLA FREQUENZA SINISTRI DEI RAMI R.C. AUTO E R.C. MARITTIMI
Valori in euro

	PANEL A: Esclusi sinistri IBNR, il contributo al Fondo Garanzia Vittime della Strada e altre partite residuali								PER MEMORIA PANEL B: Inclusi sinistri IBNR, il contributo al Fondo Garanzia Vittime della Strada e altre partite residuali	
ANNO	FREQUENZA SINISTRI	VARIAZIONE %	COSTO MEDIO SINISTRI DANNI A COSE	VARIAZIONE %	COSTO MEDIO SINISTRI DANNI A PERSONA	VARIAZIONE %	COSTO MEDIO TOTALE SINISTRI**	VARIAZIONE %	FREQUENZA SINISTRI	COSTO MEDIO SINISTRI
2000	9,82%	-1,26%	1.278	2,93%	9.920	14,91%	2.809	13,07%	10,95%	2.825
2001	8,54%	-13,08%	1.431	12,02%	11.175	12,65%	3.186	13,41%	9,55%	3.207
2002	7,82%	-8,42%	1.535	7,26%	12.686	13,53%	3.532	10,87%	8,78%	3.503
2003	7,66%	-2,09%	1.634	6,44%	13.542	6,75%	3.805	7,74%	8,63%	3.771
2004	7,61%	-0,63%	1.701	4,10%	13.206	-2,48%	3.982	4,65%	8,58%	3.964
2005	7,55%	-0,75%	1.644	-3,33%	13.106	-0,76%	4.047	1,62%	8,51%	4.038
2006	7,47%	-1,09%	1.674	1,83%	13.233	0,97%	4.100	1,31%	8,47%	4.080
2007*	7,74%	3,66%	n.d	n.d	n.d	n.d	3.884	-5,26%	8,65%	3.927

** Stima ANIA su dati desunti dalla statistica trimestrale associativa e da anticipazioni del bilancio per l'esercizio 2007*
*** Fonte ISVAP - per il 2006 cfr. lettera circolare del 12 dicembre 2007*

Frequenza sinistri (senza sinistri IBNR, panel A tavola 1). La frequenza sinistri riportata nel panel A della tavola 1 è definita come il rapporto tra tutti i sinistri accaduti e denunciati con seguito (che hanno dato luogo a un risarcimento o lo daranno) nell'anno di generazione e i veicoli esposti al rischio di sinistro (misurati in base ai giorni di esposizione in un anno, cosiddetti veicoli-anno). Tenuto conto che il numero dei veicoli-anno è aumentato dello 0,8% (da 43,209 milioni a 43,551 milioni) ([1]), la frequenza sinistri è aumentata dal 7,47% nel 2006 al **7,74%** nel 2007, con un incremento del 3,7% ([2]).

Al momento non si dispone di dati sufficienti per spiegare le ragioni dell'aumento della frequenza sinistri: tra le cause possibili vi potrebbe essere un aumento del numero di sinistri di lievi entità e/o di quelli con responsabilità congiunta.

([1]) È utile ricordare che, secondo stime basate sui dati dell'ACI, il numero dei veicoli circolanti è aumentato dell'1,7% nei dodici mesi terminati lo scorso dicembre. Questo tasso di crescita è coerente con quello risultante nella banca dati SITA dell'ANIA e relativa alle targhe in copertura assicurativa, che riporta fra il 2006 e il 2007 un aumento dell'1,5% del numero di contratti per i quali è stato effettuato un quietanzamento di polizza. In ogni caso, tutte e tre le fonti statistiche indicano che nel 2007 il numero dei veicoli assicurati è aumentato (cfr. pag. 125).

([2]) I valori della frequenza sinistri in tavola 1 differiscono lievemente da quelli riportati nella tavola 2 a pag. 112 che sono ottenuti sulla base di una statistica campionaria ed escludono una parte di veicoli circolanti (quelli assicurati a libro matricola) e i relativi sinistri da essi generati.

Costo medio dei sinistri (senza sinistri IBNR, panel A tavola 1). Il costo medio dei sinistri riportato nel panel A della tavola 1 è ottenuto dal rapporto tra il costo totale dei sinistri (pagati e riservati) e il numero degli stessi. Tale indicatore considera sia i pagamenti già effettuati a titolo definitivo e a titolo parziale sia i risarcimenti che le compagnie prevedono di effettuare in futuro per i sinistri denunciati e non ancora definiti (importi a riserva). Sono esclusi dal calcolo, invece, sia i sinistri che, pur accaduti, devono ancora essere denunciati (importi a riserva IBNR) sia il contributo al Fondo Garanzia Vittime della Strada sia altre partite residuali.

L'esclusione di queste poste di bilancio è stata effettuata al fine di avere un valore per il 2007 omogeneo ai dati per gli anni precedenti che derivano da analisi effettuate dall'Istituto di Vigilanza e che vengono calcolati secondo quanto appena specificato. In base a questa metodologia, il costo medio dei sinistri è stato pari nel 2007 a **€ 3.884** (era pari a € 4.100 nel 2006), in calo del 5,3% rispetto all'anno precedente.

La riduzione del costo medio potrebbe dipendere da un numero più elevato di sinistri di lieve entità; si tratta di un'ipotesi coerente con l'aumento della frequenza osservata. Potrebbero avervi contribuito una riduzione delle spese legali e di contenzioso, nonché una più severa politica di liquidazione effettuata dalle imprese gestionarie. Anche in questo caso, sono necessari dati più dettagliati per verificare empiricamente queste ipotesi.

Un altro insieme di informazioni di cui ancora non si dispone è quello relativo ai danni fisici alle persone; questi dati, che verranno desunti dalla statistica associativa annuale r.c. auto, consentiranno di stimare sia il costo medio dei sinistri per la parte dei danni a persona (e quindi anche il costo medio dei sinistri per la parte dei danni a cose) sia di valutare l'incidenza per il 2007 del numero di sinistri con danni fisici sul totale dei sinistri accaduti.

Numero dei sinistri e relativo costo medio (includendo sinistri IBNR, panel B tavola 1). Il numero totale dei sinistri, comprensivo della stima del numero dei sinistri IBNR, è stato pari a **3.767.725** unità, in aumento del 2,9% rispetto al 2006. La relativa frequenza sinistri è aumentata dall'8,47% nel 2006 all'8,65% nel 2007. Includendo tutte le componenti di costo ricomprese nella definizione del costo dei sinistri di competenza **(voce 18 del mod. 17 di Vigilanza)**, ossia risommando nei costi sia le riserve IBNR sia il contributo al Fondo Garanzia Vittime della Strada sia altre partite residuali, il costo medio dei sinistri di competenza è sceso da € 4.080 a **€ 3.927** (-3,8%).

Pertanto, all'aumento del numero dei sinistri del 2,9% è corrisposta una riduzione del costo medio del 3,8%, così da determinare una riduzione del **costo complessivo dei sinistri di competenza (voce 18 del mod. 17 di Vigilanza) dell'1%.**

Sulla base di una statistica pubblicata dal CEA (Associazione Europea degli Assicuratori), è possibile anche confrontare i valori assunti dalla frequenza sinistri italiana e del relativo costo medio con quelli di un campione di paesi che rappresentano quasi il 55% del mercato r.c. auto europeo, limitatamente agli anni dal 2000 al 2005 (ultimo dato disponibile).

La frequenza sinistri, calcolata sulla base dell'anno di accadimento ed escludendo i sinistri IBNR e i sinistri senza seguito, ha assunto per l'Italia un valore sempre più elevato della media europea: nel 2005 la frequenza sinistri in Italia era superiore di circa un punto percentuale rispetto alla media europea pari al 6,6%.

In cinque anni (dal 2000 al 2005) la frequenza sinistri è calata di oltre il 23% in Italia in linea con la riduzione media europea del 20% (figura 1).

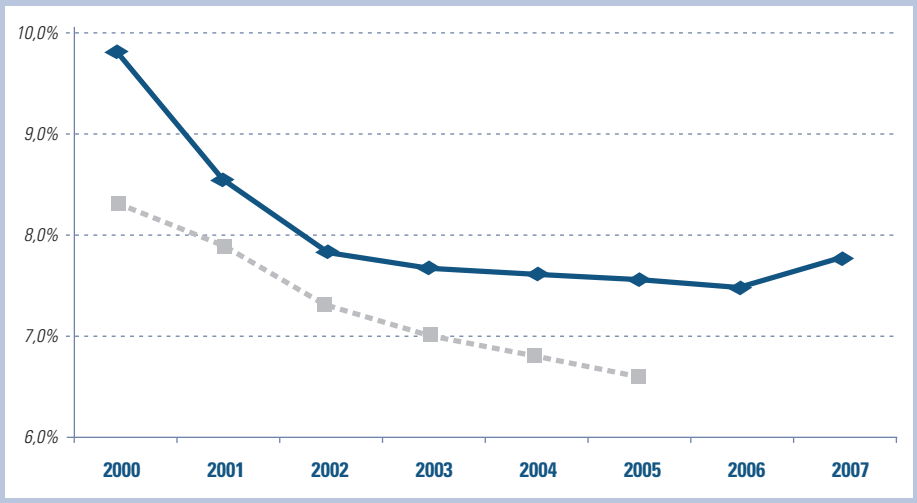
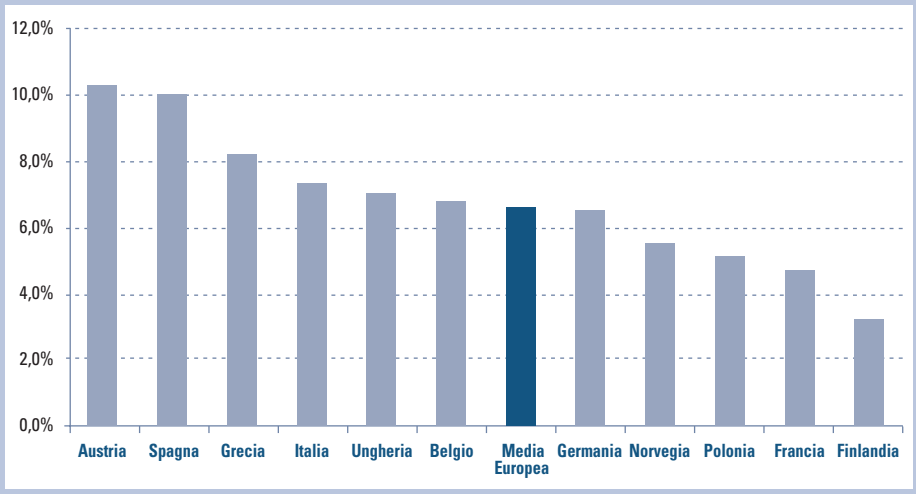


FIGURA 1
EVOLUZIONE DELLA FREQUENZA SINISTRI R.C. AUTO

Fonte: CEA European Motor Insurance Market

Se si analizza il valore di tale indicatore singolarmente per i diversi paesi europei si evidenzia una certa eterogeneità (figura 2). Nel 2005 l'Austria e la Spagna hanno mostrato valori della frequenza sinistri più elevati dell'Italia di circa due punti e mezzo percentuali (va precisato però che il valore della frequenza sinistri della Spagna non è stato depurato dai sinistri senza seguito); la Grecia aveva una frequenza sinistri superiore a quella italiana di circa un punto percentuale. Al di sotto della media si segnalano importanti paesi come la Germania (con un valore del 6,5%), la Polonia (5,1%) e la Francia (4,7%); in Finlandia la frequenza sinistri ha raggiunto addirittura il valore del 3,2%.

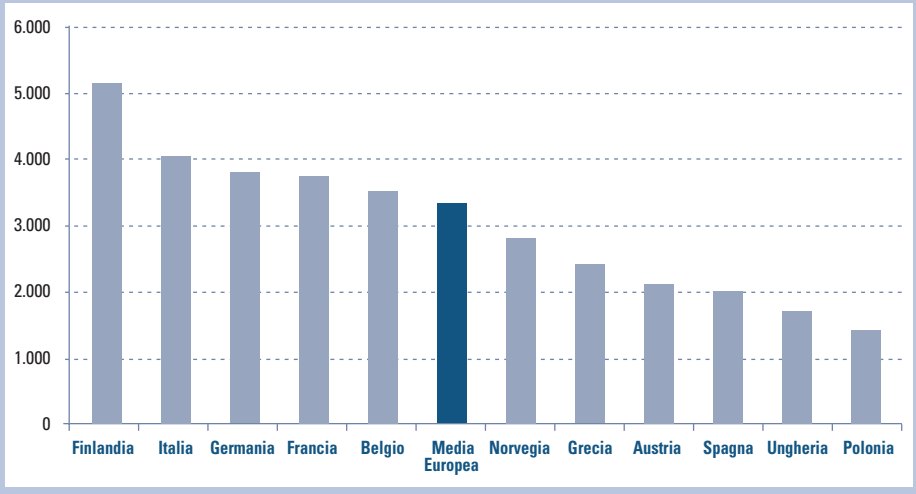
FIGURA 2
FREQUENZA SINISTRI R.C. AUTO NEL 2005



Fonte: CEA European Motor Insurance Market

Sulla base degli stessi dati del CEA è possibile effettuare un confronto anche del costo medio dei sinistri registrato nei principali paesi europei.

FIGURA 3
COSTO MEDIO SINISTRI R.C. AUTO NEL 2005
Valori in euro



Fonte: CEA European Motor Insurance Market

Nel 2005 il costo medio dei sinistri è stato pari a € 3.300 in Europa (figura 3). Nello stesso anno in Italia si registrava un valore di € 4.047, ossia quello più elevato tra tutti i paesi (circa il 23% in più rispetto alla media europea) se si esclude la Finlandia che, come detto, è il paese però con la più bassa frequenza sinistri. In Francia e Germania il costo medio dei sinistri era inferiore rispetto a quello italiano di quasi € 300, mentre in Spagna il valore di tale indicatore è pari a circa la metà. La peculiarità italiana di avere un costo medio dei risarcimenti più elevato rispetto a tutti gli altri paesi dipende in larga parte dalla più elevata quota di sinistri con danni alle persone registrata nel nostro paese (nel 2006 pari al 21%) rispetto agli altri mercati dove tale percentuale è mediamente pari alla metà. In particolare tale valore era pari nel 2005 all'8% per la Norvegia, al 10% per la Francia e la Germania e all'11% per la Svezia, mentre la Spagna presenta un valore più simile a quello dell'Italia e pari al 19%.

ANALISI TERRITORIALE DELLE FRODI IN R.C. AUTO

Annualmente l'ISVAP, per valutare la portata e gli effetti del fenomeno criminoso nel comparto assicurativo, pubblica l'incidenza a livello provinciale del numero di sinistri (e del relativo importo) con frode accertata sul totale di quelli denunciati. Nella tavola 1 viene riportata la serie storica di questa analisi a livello regionale dal 2004 al 2006 (ultimo anno disponibile).

Nel 2006 l'incidenza dei sinistri connessi con comportamenti fraudolenti o che hanno subìto una speculazione sul valore del danno, è diminuita rispetto ai due anni precedenti. Sono stati riscontrati infatti 88.778 sinistri fraudolenti (pari al 2,77% di tutti quelli accaduti e denunciati nell'anno stesso), mentre nel 2005 ne erano stati accertati 90.322 (pari al 2,81% del totale) e 93.804 nel 2004 (pari al 2,91%).

L'Italia settentrionale è la parte del paese dove si sono registrati meno sinistri connessi con episodi fraudolenti negli ultimi tre anni. L'incidenza dei sinistri con frode in tale area è stata nel 2006 pari a 0,93%, valore in ulteriore miglioramento rispetto ai due anni passati (era 0,97% nel 2005 e 1,06% nel 2004). In particolare solo la Liguria presenta un'incidenza simile alla media nazionale, mentre tutte le altre regioni del Nord sono al di sotto (nessuna supera l'1%).

La percentuale di frodi è sempre stata elevata nell'Italia meridionale: nel 2006 l'8,11% dei sinistri sono connessi con comportamenti fraudolenti. Tale incidenza risulta in lieve miglioramento rispetto al passato (8,31% nel 2005 e 8,43% nel 2004). Le regioni del Sud che presentano un'incidenza più elevata rispetto alla media nazionale sono la Campania, la Puglia e la Calabria. Nella sola Campania tale percentuale arriva quasi al 13% (valore costante nei tre anni), riconfermando questa regione come la meno "virtuosa" d'Italia. Anche in Puglia si ha una forte presenza di fenomeni fraudolenti, pur se in misura più contenuta (circa 7 sinistri su 100). La Calabria presenta un'incidenza di sinistri fraudolenti pari al 4,50% nel 2006 (in leggero rialzo rispetto al 2005, ma inferiore al dato del 2004, quando era pari al 5,73%). Il resto delle regioni del Sud presenta valori inferiori rispetto alla media.

Nelle regioni del Centro è il Lazio ad avere nel 2006 l'incidenza dei sinistri con frode più elevata (1,79%), anche se tale valore è di un punto percentuale inferiore alla media nazionale. Se si esclude la Toscana dove nel triennio si è assistito a un lieve miglioramento dell'incidenza, nelle altre regioni la percentuale dei sinistri fraudolenti è rimasta stabile.

Nelle Isole la percentuale dei sinistri con frodi è leggermente più elevata della media nazionale: nel 2006 tale valore è stato pari al 3,40%, in miglioramento rispetto agli anni precedenti (nel 2004 era pari al 4,07%). In particolare è stata la Sicilia a mostrare il valore più elevato (3,75% nel 2006), mentre la Sardegna, con 2,24%, è stata una delle poche regioni italiane dove l'indicatore è in peggioramento rispetto al passato.

Secondo i dati provinciali, sono Napoli e Caserta le città con la più alta incidenza di fenomeni fraudolenti (rispettivamente 16,1% e 15,1% nel 2006). La città dove la percentuale di sinistri fraudolenti è più bassa è Aosta con appena lo 0,13%.

Anche per quanto concerne il fenomeno degli importi risarciti riconducibili a frodi assicurative si nota una significativa differenza a livello territoriale: nel Sud tale percentuale arriva quasi al 7%, mentre al Centro e al Nord è in media prossima all'1%.

TAVOLA 1 - ANALISI DELLE FRODI R.C. AUTO IN ITALIA

	ANNO 2004		ANNO 2005		ANNO 2006*	
Area territoriale	**% sinistri con frodi (numero)**	**% sinistri con frodi (importi)**	**% sinistri con frodi (numero)**	**% sinistri con frodi (importi)**	**% sinistri con frodi (numero)**	**% sinistri con frodi (importi)**
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
PIEMONTE	1,36%	1,19%	1,10%	1,03%	0,99%	0,87%
VALLE D'AOSTA	0,14%	0,09%	0,15%	0,13%	0,13%	0,10%
LOMBARDIA	0,99%	0,98%	0,94%	0,82%	0,91%	0,78%
TRENTINO ALTO ADIGE	0,42%	0,42%	0,44%	0,32%	0,42%	0,29%
VENETO	0,81%	0,64%	0,74%	0,68%	0,80%	0,74%
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,47%	0,35%	0,48%	0,44%	0,52%	0,42%
LIGURIA	2,63%	2,49%	2,32%	2,42%	2,25%	2,08%
EMILIA ROMAGNA	0,73%	0,64%	0,76%	0,70%	0,71%	0,66%
ITALIA SETTENTRIONALE	**1,06%**	**0,94%**	**0,97%**	**0,86%**	**0,93%**	**0,81%**
TOSCANA	1,11%	0,97%	0,97%	0,92%	0,86%	0,77%
UMBRIA	0,58%	0,50%	0,58%	0,58%	0,55%	0,87%
MARCHE	0,71%	0,69%	0,69%	0,59%	0,71%	0,60%
LAZIO	2,20%	1,78%	2,15%	1,82%	2,14%	1,79%
ITALIA CENTRALE	**1,60%**	**1,30%**	**1,54%**	**1,30%**	**1,48%**	**1,24%**
ABRUZZO	1,14%	0,99%	1,15%	1,12%	1,07%	0,86%
MOLISE	1,23%	1,07%	1,29%	1,05%	1,03%	0,85%
CAMPANIA	12,92%	10,17%	13,11%	10,69%	12,90%	10,54%
PUGLIA	7,50%	6,37%	7,25%	6,42%	6,92%	6,08%
BASILICATA	2,50%	2,21%	2,01%	1,73%	2,15%	1,87%
CALABRIA	5,73%	5,25%	4,48%	4,04%	4,50%	4,08%
ITALIA MERIDIONALE	**8,43%**	**6,93%**	**8,31%**	**7,01%**	**8,11%**	**6,78%**
SICILIA	4,70%	4,20%	3,82%	3,49%	3,75%	3,25%
SARDEGNA	2,15%	1,71%	2,14%	1,45%	2,24%	2,23%
ITALIA INSULARE	**4,07%**	**3,53%**	**3,41%**	**2,95%**	**3,40%**	**3,00%**
TOTALE ITALIA	**2,91%**	**2,47%**	**2,81%**	**2,44%**	**2,77%**	**2,40%**

** Fonte: ISVAP - Indagine sul fenomeno della criminalità nel settore assicurativo. Elaborazioni dei dati per il 2006. (Lettera del 4 dicembre 2007)*

INDENNIZZO DIRETTO – IL BILANCIO DEL PRIMO ANNO DI ATTIVITÀ

Il 1° febbraio 2007 è entrato in vigore il nuovo sistema di risarcimento diretto nel ramo r.c. auto: un assicurato che non sia responsabile (o lo sia solo in parte) di un incidente e che abbia riportato danni al veicolo, alle cose trasportate di proprietà e/o lesioni non gravi alla persona deve rivolgersi direttamente al proprio assicuratore che è tenuto a risarcire il danno, secondo quanto stabilito nella convenzione fra gli assicuratori in merito al risarcimento diretto (c.d. convenzione CARD).

Al fine di valutare il grado di funzionamento del sistema e giudicare eventuali variazioni negli indicatori tecnici di ramo si può ricorrere ai risultati della statistica trimestrale associativa con i dati al 31 dicembre 2007 che, per il totale ramo e le principali categorie di veicoli, rileva i sinistri accaduti nell'anno e le relative liquidazioni effettuate a titolo di risarcimento definitivo, sia per i sinistri che sono stati trattati in convenzione sia per quelli gestiti fuori convenzione. La statistica ha visto la partecipazione di 30 imprese cui fa capo il 68,5% della raccolta premi del 2007. In particolare, sono state raccolte informazioni relative a quasi 27 milioni di assicurati e a circa 2,1 milioni di sinistri.

Incidenza dei sinistri CARD. La possibilità di ricorrere all'indennizzo diretto è riconosciuta sotto specifiche condizioni: l'incidente deve aver coinvolto soltanto due veicoli entrambi identificati, regolarmente assicurati e immatricolati in Italia; se uno dei due veicoli (o entrambi) è un ciclomotore, deve essere targato secondo il nuovo regime di targatura. Non si può applicare invece la procedura se uno dei due veicoli è una macchina agricola. Se oltre alle cose trasportate e al veicolo vengono riportati dei danni fisici, deve trattarsi di lesioni non gravi, cioè di danni alla persona con invalidità permanente non superiore al 9% nel caso del conducente non responsabile; per i terzi trasportati la procedura si applica, invece, anche per i danni fisici superiori al 9% di invalidità, a prescindere dal numero di veicoli coinvolti nell'incidente.

Il **73,7%** dei sinistri ha generato delle tipologie di danno conformi ai principi di applicabilità della convenzione CARD: quasi tre quarti dei sinistri accaduti e denunciati nel 2007 sono rientrati nella procedura; la percentuale dei sinistri per cui non è stato possibile applicare il sistema di indennizzo diretto (per almeno una tipologia di danno) è stata pari al **27,4%**. La somma delle due incidenze non è pari al 100%, in quanto uno stesso sinistro può causare più tipologie di danno che possono sia rientrare in convenzione CARD sia essere risarcite fuori convenzione (c.d. NO-CARD).

La percentuale dei sinistri rientranti nella CARD è destinata ad aumentare nei prossimi anni, per effetto sia di un continuo miglioramento delle procedure informatiche, che possono aver rallentato inizialmente l'ingresso dei sinistri

in convenzione, sia per il fatto che verranno inclusi, a partire dal 2008 su base volontaria e dal 2009 obbligatoriamente, anche i sinistri avvenuti fra due assicurati della stessa compagnia che erano invece esclusi nei dati del 2007. Analizzando tali incidenze per le diverse tipologie di veicoli si può osservare come esistano delle differenze tra settori (cfr. tavola 1).

TAVOLA 1
*INCIDENZA DEI SINISTRI RIENTRANTI IN CARD**

	% Veicoli Assicurati	% Sinistri CARD	% Sinistri NO-CARD
AUTOVETTURE AD USO PRIVATO	71,7	79,6	21,6
MOTOVEICOLI	13,3	60,1	41,1
– di cui MOTOCICLI	*8,0*	*78,4*	*23,0*
– di cui CICLOMOTORI	*5,3*	*16,5*	*84,2*
AUTOCARRI	7,8	52,9	48,2
– di cui AUTOCARRI CON PESO INFERIORE A 35 Q.LI	*6,3*	*60,0*	*41,1*
– di cui AUTOCARRI CON PESO SUPERIORE A 35 Q.LI	*1,5*	*34,8*	*66,4*
ALTRI SETTORI	7,2	35,0	65,7
TOTALE SETTORI	**100,0**	**73,7**	**27,4**

(*) Un sinistro può avere partite di danno che rientrano sia in CARD che in NO-CARD e quindi essere conteggiato in entrambe le tipologie. Per tale motivo la somma delle due percentuali per ogni settore può anche essere superiore al 100%.

In particolare, per le autovetture e i motocicli, che costituiscono quasi l'80% dei veicoli assicurati, la percentuale dei sinistri che sono rientrati nella nuova procedura di indennizzo diretto sfiora l'80%; per i ciclomotori, che costituiscono il 5,3% dei veicoli assicurati, solo il 16,5% dei sinistri è rientrato in CARD a causa del vincolo di applicabilità che limita il sistema unicamente ai mezzi con nuova targa. Per gli autocarri, poco più della metà dei sinistri è rientrata in CARD, con una prevalenza assai più forte per quelli con peso inferiore ai 35 quintali per i quali la percentuale è pari al 60%; gli autocarri con peso superiore ai 35 quintali registrano un'incidenza più bassa, pari al 34,8%.

L'analisi di tali incidenze a livello territoriale per il complesso dei veicoli (cfr. figura 1) evidenzia che in quasi tutte le province italiane si registra un elevato numero di sinistri rientrati in CARD. Bolzano è la provincia con l'incidenza percentuale più bassa (62,4%), mentre Roma è quella con il valore più elevato (79,1%). Valori inferiori alla media nazionale si registrano nelle province del Mezzogiorno. Nel Nord, valori inferiori alla media, sono identificabili per le due province del Trentino Alto Adige (Trento e Bolzano) e Sondrio.

Frequenza sinistri. La frequenza sinistri – in base all'anno di accadimento degli stessi – è definita come il rapporto tra il numero dei sinistri avvenuti e denunciati nell'anno (escludendo quelli che vengono chiusi senza alcun pagamento, ossia i cosiddetti sinistri senza seguito, e i sinistri tardivi) e il numero degli esposti al rischio (veicoli-anno).

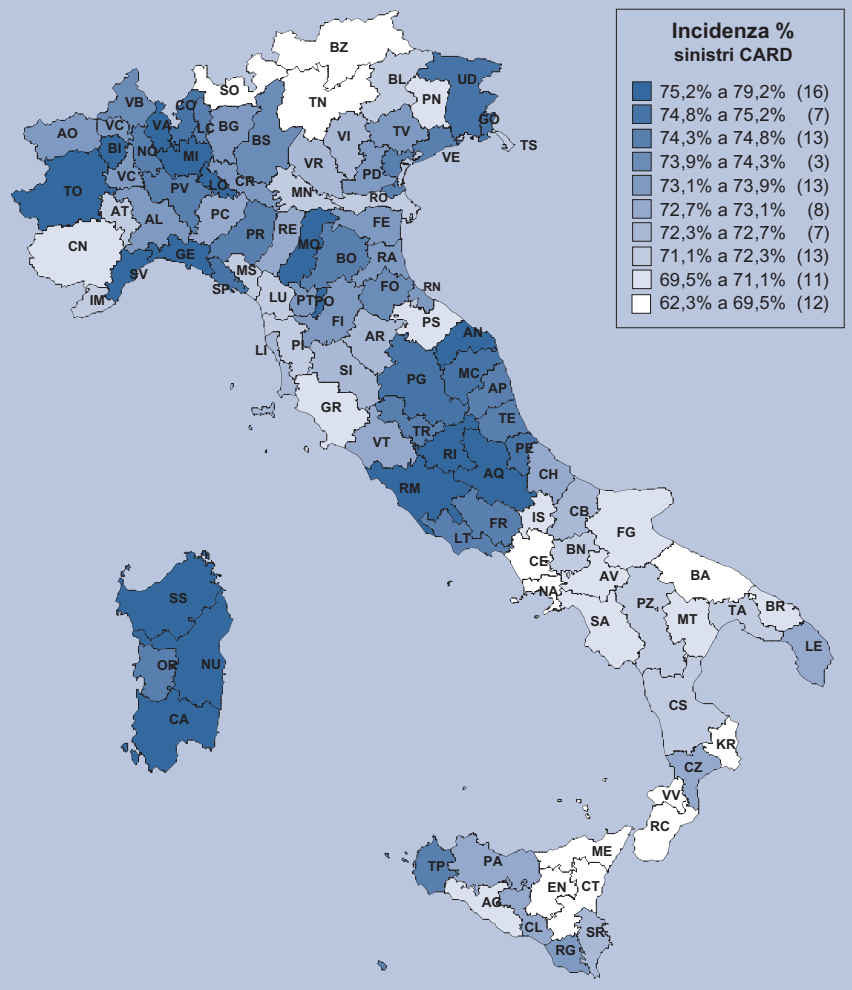


FIGURA 1
INCIDENZA % DEI SINISTRI IN CARD SUL TOTALE DEI SINISTRI ACCADUTI

Con l'introduzione del risarcimento diretto occorre però specificare con maggiore dettaglio cosa debba intendersi per sinistri accaduti.

Prima del 1° febbraio 2007, data di avvio dell'indennizzo diretto, il totale dei sinistri r.c. auto era ottenuto come somma di tutti i sinistri che gli assicurati causavano con colpa a terzi e che dovevano essere liquidati dalla compagnia del responsabile; questo numero era all'origine del calcolo della frequenza dei sinistri causati. Dopo tale data, la totalità dei sinistri di ramo accaduti può continuare a essere monitorata considerando i sinistri che vengono causati dai propri assicurati. Tuttavia, poiché il sistema dell'indennizzo diretto è incentrato sulla liquidazione dei danni ai propri assicurati, è fondamentale monitorare anche la frequenza dei sinistri subìti. Quindi, è utile considerare il totale dei sinistri come somma dei:

– sinistri che sono stati gestiti nell'ambito della convenzione stessa e che sono relativi a sinistri subìti dai propri assicurati e che vengono liquidati dalla propria compagnia in qualità di impresa gestionaria;

– sinistri che sono stati trattati fuori dalla convenzione CARD e gestiti secondo l'ordinario schema di r.c. auto (danni provocati dai propri assicurati a terzi).

Si tratta quindi del totale dei sinistri "**gestiti**" da un'impresa di assicurazione; rapportando tali sinistri ai veicoli-anno, si ottiene la frequenza sinistri.

Mentre la distinzione fra sinistri causati e sinistri gestiti non ha nessun impatto sul valore complessivo della frequenza sinistri per il totale ramo e per il totale delle imprese (infatti, a fronte di un assicurato che causa un sinistro ce n'è evidentemente un altro che lo subisce), vi possono essere, rispetto al passato delle differenze a livello di singola tipologia di veicolo o di singola compagnia, qualora la frequenza di causare un sinistro sia diversa dalla frequenza di subirlo.

È perciò importante individuare correttamente gli indicatori tecnici con i quali effettuare un confronto temporale con il passato, dal momento che, negli anni precedenti al 2007, si disponeva della sola frequenza dei sinistri causati (cfr. tavola 2).

TAVOLA 2 - FREQUENZA SINISTRI PER TIPOLOGIA DI VEICOLO

	TOTALE SETTORI			AUTOVETTURE			CICLOMOTORI			MOTOCICLI			AUTOCARRI		
Anno	FREQ. % SINISTRI CAUSATI	VAR. % FREQ. SIN. CAUSATI	FREQ. % SINISTRI GESTITI	FREQ. % SINISTRI CAUSATI	VAR. % FREQ. SIN. CAUSATI	FREQ. % SINISTRI GESTITI	FREQ. % SINISTRI CAUSATI	VAR. % FREQ. SIN. CAUSATI	FREQ. % SINISTRI GESTITI	FREQ. % SINISTRI CAUSATI	VAR. % FREQ. SIN. CAUSATI	FREQ. % SINISTRI GESTITI	FREQ. % SINISTRI CAUSATI	VAR. % FREQ. SIN. CAUSATI	FREQ. % SINISTRI GESTITI
2004	7,46	*n.d.*	n.d.	7,17	*n.d.*	n.d.	3,32	*n.d.*	n.d.	3,46	*n.d.*	n.d.	18,60	*n.d.*	n.d.
2005	7,37	*-1,13*	n.d.	7,15	*-0,27*	n.d.	3,20	*-3,44*	n.d.	3,45	*-0,31*	n.d.	17,76	*-4,52*	n.d.
2006	7,30	*-0,97*	n.d.	7,17	*0,32*	n.d.	3,12	*-2,45*	n.d.	3,54	*2,58*	n.d.	16,69	*-6,00*	n.d.
2007	**7,54**	*3,31*	**7,72**	**7,48**	*4,34*	**8,41**	**3,38**	*8,33*	**3,33**	**3,64**	*2,75*	**5,10**	**17,21**	*3,11*	**10,07**

Dalla tavola 2 risulta che:

– ***Frequenza dei sinistri causati***: per il totale ramo e per il totale dei veicoli, la frequenza dei sinistri causati, escludendo i sinistri denunciati tardivamente, è stata nel 2007 pari al **7,54%,** in aumento del 3,3% rispetto al 7,30% del 2006.

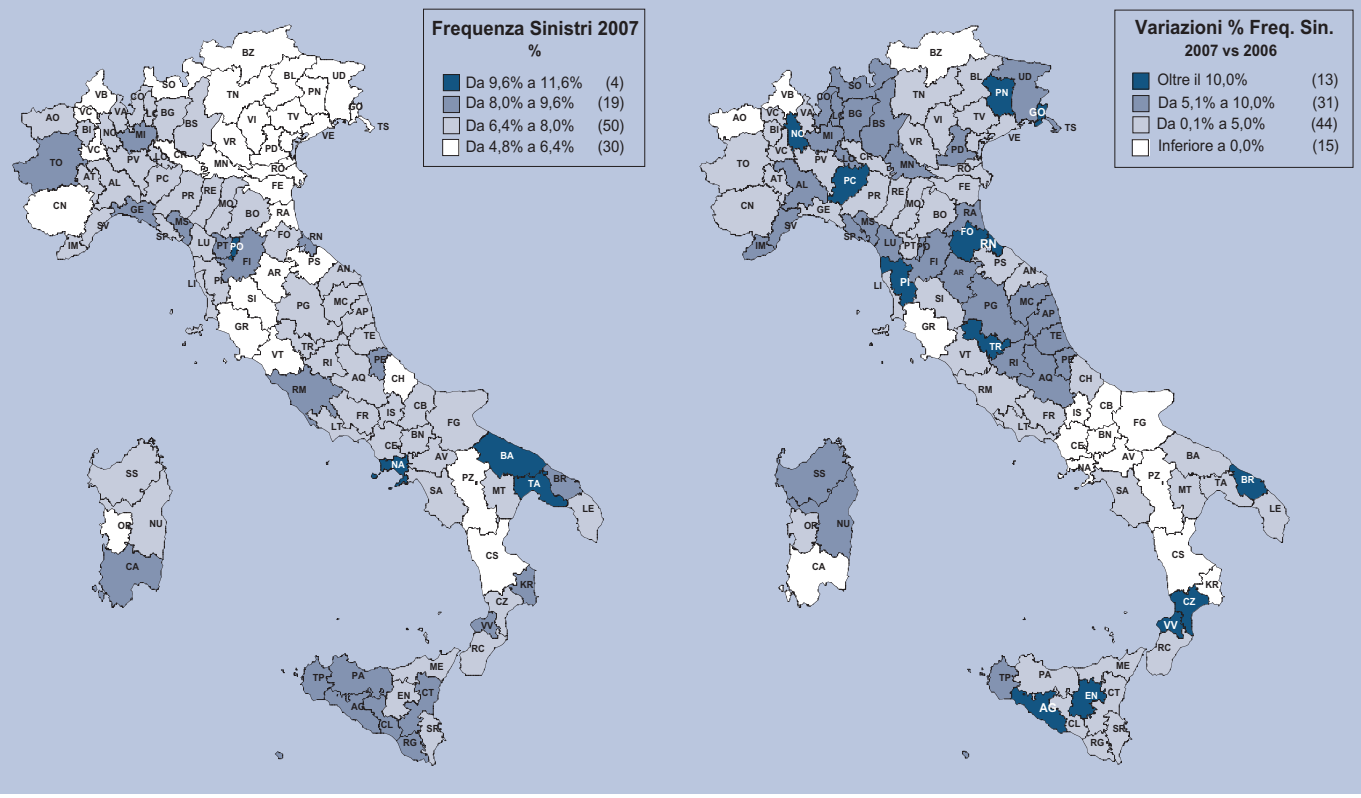
Analizzando le varie tipologie di veicolo, si nota come la frequenza dei sinistri causati è in aumento per tutti i settori. Il fenomeno è più accentuato per le **autovetture** (per le quali sale dal 7,17% nel 2006 al 7,48% nel 2007, con un aumento del 4,3%) e per i **ciclomotori** che registrano un incremento della sinistrosità dell'8,3% (dal 3,12% nel 2006 al 3,38% nel 2007). Anche per i **motocicli**

la frequenza dei sinistri causati è in aumento, seppure in modo più contenuto (+2,8%), attestandosi nel 2007 al 3,64%. In aumento la frequenza sinistri anche per gli **autocarri** (+3,1%), riconfermandosi il settore con il valore più elevato e pari, nel 2007, al 17,21%.

L'analisi territoriale della frequenza dei sinistri causati nel 2007 dimostra che l'aumento è un fenomeno generalizzato a quasi tutto il territorio nazionale (cfr. figura 2); solo in un numero limitato di province (quelle in bianco nella mappa di destra) si registrano delle variazioni negative. Tra le province che presentano una frequenza sinistri nel 2006 elevata ma che migliorano rispetto al 2007, sono da segnalare Napoli (-6,6%), Cagliari (-4,9%) e Caserta (-4,0%); Isernia e Foggia sono le province dove la sinistrosità è maggiormente diminuita nel 2007 (rispettivamente -9,4% e -7,1%). Tra le province che invece nel 2007 mostrano un aumento della frequenza sinistri, anche se non presentavano nel 2006 valori particolarmente elevati, si segnala Rimini (+36,3%), Piacenza (+26,0%) e Novara (+18,0%); Prato è la provincia con la frequenza sinistri più elevata nel 2007, mostrando anche un consistente aumento rispetto al 2006 (+6,7%).

Dopo che la frequenza sinistri era progressivamente scesa negli anni recenti, il 2007 segna quindi un'inversione di tendenza, nonostante l'aumento del prez-

FIGURA 2 - FREQUENZA DEI SINISTRI CAUSATI NEL 2007 E VARIAZIONI % RISPETTO AL 2006



zo del carburante registrato nel 2007 avrebbe fatto supporre, secondo l'esperienza storica, una minore circolazione delle vetture e, quindi, un minore rischio di incidentalità.

Una possibile spiegazione dell'aumento della frequenza sinistri nel 2007 si potrebbe individuare nell'incremento del numero di sinistri di lieve entità e/o di quelli con responsabilità congiunta. Tuttavia per verificare empiricamente queste ipotesi occorrerebbero ulteriori approfondimenti su dati di fonti diverse.

– ***Frequenza dei sinistri gestiti***: nel 2007, primo anno per il quale si ha a disposizione questo nuovo indicatore, la frequenza dei sinistri gestiti per il totale dei settori è pari al **7,72%**. Questo indicatore è superiore alla frequenza dei sinistri causati (pari al 7,54%), essenzialmente per due motivi:

  – nella frequenza dei sinistri causati a terzi la statistica associativa esclude i sinistri dei veicoli assicurati nell'ambito delle polizze flotta, mentre nella frequenza dei sinistri gestiti possono rientrare anche i sinistri subìti da assicurati come conseguenza di un danno causato da assicurati titolari di polizze flotta;
  – la statistica associativa è su base campionaria e quindi è possibile che le imprese censite abbiano una frequenza di subire un sinistro superiore alla frequenza di causare.

È interessante notare come il divario fra la frequenza dei sinistri gestiti e quella dei sinistri causati sia molto variabile fra le differenti tipologie di veicoli analizzati e ciò a prescindere dai motivi indicati in ordine alle caratteristiche della statistica associativa.

Nel caso dei **motocicli**, ad esempio, mentre la frequenza di causare un sinistro è pari, nel 2007, al 3,64%, la frequenza dei sinistri gestiti (per lo più relativi ai sinistri subìti CARD) è del 5,10%, ossia del 40% più elevata. Per i **ciclomotori,** che sono invece in larga parte ancora fuori dal trattamento della convenzione CARD, la frequenza dei sinistri causati è più simile alla frequenza dei sinistri gestiti. Anche per le **autovetture** la frequenza dei sinistri gestiti è più elevata della frequenza dei sinistri causati, pur con un divario più contenuto rispetto ai motocicli. L'unico settore per il quale si riscontra un valore più basso della frequenza sinistri gestiti rispetto alla frequenza dei sinistri causati sono gli **autocarri**. Questa tipologia di veicoli che causa generalmente più sinistri degli altri settori, ne subisce un numero inferiore.

Importo medio dei sinistri liquidati – generazione di accadimento corrente. Al pari di quanto specificato per la frequenza sinistri, anche per gli importi medi liquidati e chiusi nel primo anno di osservazione (detti di generazione corrente), occorre distinguere fra i sinistri liquidati prima del 2007 e quelli liquidati da quando è in vigore l'indennizzo diretto. Nel primo caso, i sinistri

liquidati erano relativi a danni causati a terzi, cose o persone che viaggiavano su una qualsiasi tipologia di veicolo o a passanti e che venivano liquidati integralmente dalla compagnia di controparte. Dal 1° febbraio 2007, i sinistri liquidati sono i sinistri "**gestiti**" dalla compagnia di assicurazione (detta appunto gestionaria) e sono relativi a un mix di:

- sinistri causati a terzi che non rientrano in convenzione (NO-CARD) e che vengono liquidati integralmente dalla compagnia dell'assicurato responsabile; tra questi rientrano, in particolare, i danni fisici ai passanti, i danni fisici al conducente non responsabile con oltre 9 punti di invalidità permanente, i danni fra più di due veicoli, i danni fisici dei trasportati a bordo del veicolo del proprio assicurato responsabile del sinistro;
- sinistri subìti da assicurati non responsabili (CARD) che vengono liquidati dalla propria impresa (cosiddetta gestionaria) per conto dell'impresa debitrice; vi rientrano, in particolare, i danni ai veicoli fra due assicurati, i danni fisici al conducente non responsabile con meno di 9 punti di invalidità e i danni fisici ai terzi trasportati sul veicolo non responsabile. La compagnia gestionaria che liquida il danno secondo il costo effettivamente accertato, riceve poi un rimborso da parte della compagnia debitrice in misura pari a un forfait prefissato, diverso a seconda della natura del danno (al veicolo o danno fisico del conducente e/o danno fisico del trasportato).

Un confronto omogeneo fra il 2006 e il 2007 può essere fatto solo per il totale ramo. Occorre invece tenere presente che per alcune tipologie di veicoli il danno medio subìto può essere anche significativamente diverso dal danno medio causato.

Questo è particolarmente vero, ad esempio, per il settore dei motocicli che generalmente subiscono danni fisici con costi medi più elevati degli altri settori e che registrano la più alta incidenza di danni fisici al conducente e/o al trasportato. Alla luce di queste osservazioni, nella tavola 3 si riportano – per le diverse tipologie di veicoli – gli andamenti degli importi medi liquidati, dal 2004 al 2006, relativi alla precedente gestione di r.c. e, separatamente per il 2007, l'importo medio dei sinistri liquidati e gestiti dalle imprese in base alle regole stabilite dalla nuova convenzione di indennizzo diretto.

I risultati dimostrano che:

- a livello di **totale ramo e per il totale dei veicoli**, **l'importo medio liquidato di generazione corrente** è passato da € 1.581 nel 2006 a € **1.605** nel 2007, con un aumento pari all'1,5%; la crescita era stata pari allo 0,5% nel 2006;
- per le varie tipologie di veicoli, l'importo medio liquidato e gestito dalle imprese è invece molto diverso rispetto all'importo medio dei sinistri liqui-

dati nel 2006; i **motocicli** sono la tipologia di veicolo che registra la più ampia differenza: a fronte di un importo medio liquidato di generazione corrente per i danni causati a terzi nel 2006 di € 1.365, i danni medi gestiti e liquidati dalle imprese nel 2007 sono stati pari a **€ 2.182** con un divario di quasi il 60%. A seguire il settore degli **autocarri** che registra un divario del 9,3%, a fronte di un importo medio liquidato gestito di generazione corrente pari a **€ 1.711** nel 2007. Per i **ciclomotori** la differenza degli importi medi rispetto al 2006, seppur significativa (+9,3%), è inferiore a quella dei motocicli in quanto la maggior parte dei sinistri di questo settore (in particolare quelli relativi a veicoli assicurati non targati, che rappresentano ancora la maggior parte) ha continuato, nel 2007, a essere liquidato fuori convenzione CARD ed è quindi più omogeneo all'importo medio liquidato per i sinistri causati nel 2006; per questo settore il costo medio liquidato di generazione corrente nel 2007 è stato pari a **€ 1.236**. Le **autovetture**, il settore più numeroso che rappresenta circa il 72% dei veicoli assicurati, registra una differenza negativa (-2,9%) rispetto al 2006, per un importo medio liquidato gestito pari a **€ 1.580**;

– l'importo medio dei sinistri liquidati e gestiti per la componente CARD è pari, per il totale ramo, a **€ 1.485** ed è inferiore a quello della componente NO-CARD che è pari a **€ 2.063**. Il divario si registra in tutte le tipologie di veicolo con l'unica eccezione dei ciclomotori che, come detto, sono influenzati da un esiguo numero di sinistri gestiti in convenzione.

TAVOLA 3 - IMPORTO MEDIO DEI SINISTRI LIQUIDATI A TITOLO DEFINITIVO DI GENERAZIONE CORRENTE PER TIPOLOGIA DI VEICOLO
Valori in euro

	TOTALE SETTORI			AUTOVETTURE			CICLOMOTORI			MOTOCICLI			AUTOCARRI		
Anno	**IMPORTO MEDIO SINISTRI CAUSATI**	**IMPORTO MEDIO SINISTRI GESTITI**	***VAR. % IMPORTO MEDIO SIN. CAUSATI****	**IMPORTO MEDIO SINISTRI CAUSATI**	**IMPORTO MEDIO SINISTRI GESTITI**	***VAR. % IMPORTO MEDIO SIN. CAUSATI****	**IMPORTO MEDIO SINISTRI CAUSATI**	**IMPORTO MEDIO SINISTRI GESTITI**	***VAR. % IMPORTO MEDIO SIN. CAUSATI****	**IMPORTO MEDIO SINISTRI CAUSATI**	**IMPORTO MEDIO SINISTRI GESTITI**	***VAR. % IMPORTO MEDIO SIN. CAUSATI****	**IMPORTO MEDIO SINISTRI CAUSATI**	**IMPORTO MEDIO SINISTRI GESTITI**	***VAR. % IMPORTO MEDIO SIN. CAUSATI****
2004	1.509	n.d.	n.d.	1.576	n.d.	n.d.	1.058	n.d.	n.d.	1.316	n.d.	n.d.	1.448	n.d.	n.d.
2005	1.573	n.d.	*4,3*	1.636	n.d.	*3,8*	1.104	n.d.	*4,3*	1.350	n.d.	*2,6*	1.521	n.d.	*5,0*
2006	1.581	n.d.	*0,5*	1.627	n.d.	*-0,5*	1.130	n.d.	*2,4*	1.365	n.d.	*1,1*	1.565	n.d.	*2,9*
2007	n.d.	**1.605**	*1,5*	n.d.	**1.580**	*-2,9*	n.d.	**1.236**	*9,3*	n.d.	**2.182**	*59,8*	n.d.	**1.711**	*9,3*
2007															
***di cui* CARD**		**1.485**			**1.448**			**1.668**			**2.129**			**1.496**	
***di cui* NO-CARD**		**2.063**			**2.348**			**1.175**			**2.484**			**1.998**	

(*) La variazione fra il costo medio dei sinistri gestiti del 2007 e il costo medio dei sinistri causati del 2006, per le varie tipologie di veicolo, deve tenere conto del fatto che il diverso mix di sinistri sottostante i due indicatori incide fortemente sul risultato del confronto: nel caso dei sinistri subìti/gestiti, differenti tipologie di veicoli hanno diverse incidenze dei danni fisici, diverse caratteristiche dei danni ai veicoli, diversi costi di riparazione, ecc. e quindi un raffronto con l'anno precedente deve essere fatto tenendo presente questo aspetto.

Importo medio liquidato delle singole partite CARD: confronto con i dati CONSAP e con i forfait prefissati. Con l'introduzione del risarcimento diretto, accanto al monitoraggio del costo medio del sinistro, è importante monitorare anche le liquidazioni delle singole partite di danno rientranti nel sinistro stesso; l'attribuzione dei singoli forfait (CID e CTT) alla compagnia gestionaria da parte della compagnia debitrice avviene, infatti, sulla base di ciascuna partita di danno liquidata. Ad esempio, nel caso della convenzione CTT, per ogni terzo trasportato liquidato dalla compagnia gestionaria verrà riconosciuto dalla debitrice il valore del forfait prefissato. Gli importi medi liquidati di tali partite (CID e CTT), per le varie tipologie di veicolo, vengono riportati nella tavola 4.

TAVOLA 4 - IMPORTO MEDIO LIQUIDATO A TITOLO DEFINITIVO DELLE PARTITE CARD. - GENERAZIONE DI ACCADIMENTO CORRENTE
Valori in euro

	PARTITE CID	Variazione % rispetto al TOTALE	PARTITE CTT	Variazione % rispetto al TOTALE
AUTOVETTURE AD USO PRIVATO	1.369	-2,7	2.200	-1,6
MOTOVEICOLI	1.963	39,5	2.784	24,5
– *di cui MOTOCICLI*	*1.996*	*41,8*	*2.828*	*26,5*
– *di cui CICLOMOTORI*	*1.537*	*9,3*	*2.308*	*3,2*
AUTOCARRI	1.461	3,8	2.116	-5,4
– *di cui AUTOCARRI CON PESO INFERIORE A 35 Q.LI*	*1.406*	*-0,1*	*2.105*	*-5,8*
– *di cui AUTOCARRI CON PESO SUPERIORE A 35 Q.LI*	*1.744*	*24,0*	*2.245*	*0,4*
TOTALE SETTORI	**1.407**		**2.236**	
Per raffronto:				
TOTALE SETTORI – fonte CONSAP	**1.334**		**2.184**	

I dati della tavola 4 dimostrano come fra le varie partite di danno medio liquidato nel primo anno di sviluppo, il settore dei motocicli, sia nella convenzione CID che in quella CTT, è quello con gli importi medi più elevati rispetto al costo medio generale. Gli altri settori di veicoli risultano essere più in linea con la media totale.

Il valore medio delle singole partite di danno può anche essere confrontato con gli importi medi risultanti al gestore della stanza di compensazione (di seguito indicato come GSC) – costituita presso la CONSAP – che dispone dei pagamenti effettuati dalle imprese per ciascuna partita di danno rientrante in convenzione CARD. Il confronto può però essere fatto solo per il totale dei veicoli in quanto il GSC non dispone di una distinzione per tipologia di mezzo assicurato. I risultati dimostrano una sostanziale coerenza delle due fonti, anche tenendo presente che la rilevazione associativa è su base campionaria

e non censisce i rischi afferenti alle polizze flotta (soprattutto nel caso degli autocarri dove queste sono prevalenti) per le quali gli importi medi liquidati delle singole partite, almeno per la componente CTT, sono inferiori alla media generale:

- per ogni partita di danno CID risultano essere chiusi e liquidati in media € 1.407 secondo il campione di imprese analizzato nella statistica associativa, mentre risultano € 1.334 secondo i dati del GSC; la differenza è del 5,4%;
- per ogni partita di danno CTT risultano essere chiusi e liquidati in media € 2.236 secondo il campione di imprese analizzato nella statistica associativa, mentre risultano € 2.184 secondo i dati del GSC; la differenza è del 2,4%.

Un confronto degli importi medi liquidati delle singole partite CID e CTT non può invece ancora essere fatto con riferimento al valore dei forfait prefissati per l'anno 2007 dal Comitato Tecnico appositamente costituito presso il Ministero delle Attività Produttive (e pari rispettivamente a € 2.300, € 2.000 e € 1.800 a seconda delle tre aree geografiche identificate per la componente CID e a € 3.250 per la componente CTT), in quanto i forfait prefissati dovranno rispecchiare tutti i pagamenti che verranno effettuati in riferimento a tutti i sinistri accaduti nel 2007 fino al loro completo esaurimento. Il dato di cui oggi invece si dispone dalla statistica associativa (o da fonte CONSAP) è relativo alle sole liquidazioni effettuate nei primi 11 mesi di attività ed è quindi relativo essenzialmente a danni a cose e veicoli nonché a danni fisici di lieve entità: per giudicare la congruità dei forfait occorrerà attendere almeno altri tre anni di sviluppo dei sinistri per avere un'indicazione di quello che potrà essere il costo medio "ultimo" o finale delle singole partite di danno. Solo allora si potrà esprimere un giudizio complessivo sulla congruità o meno dei forfait prefissati.

Velocità di liquidazione. I sinistri che sono stati definitivamente liquidati nel primo anno di osservazione (cosiddetta velocità di liquidazione) rappresentano il **66,0%** del totale dei sinistri gestiti. Tale percentuale è in lieve aumento rispetto a quella del 2006, quando secondo i dati ISVAP era pari al 65,2%. I sinistri che accadono in un anno e che vengono liquidati nello stesso anno di calendario sono, in larga parte, relativi ai rimborsi per danni materiali e danni fisici di limitata entità. Vi è un'ampia quota di sinistri (circa il 34%) per i quali, alla fine del 2007, non era ancora stato fatto alcun pagamento o era stato effettuato solo un pagamento parziale; questi sinistri sono generalmente quelli con danni alle persone che sono caratterizzati da risarcimenti più elevati e da tempi di liquidazione più lunghi a causa della complessità dei processi di valutazione dei danni, prevalentemente riferiti a lesioni fisiche di media e grave entità.

È possibile effettuare un'analisi più approfondita della velocità di liquidazione considerando le due diverse tipologie di sinistri gestiti dalle imprese, ovvero i sinistri CARD e quelli NO-CARD.

Dalla statistica trimestrale si può stimare che il **70,9%** dei **sinistri CARD** è stato pagato a titolo definitivo nell'anno di denuncia, mentre per quanto riguarda i **sinistri NO-CARD** la velocità di liquidazione è inferiore e pari al **50,1%**. Tale differenza è spiegata dal fatto che, oltre ai sinistri tra più veicoli, nella tipologia NO-CARD rientrano le partite con rilevanti danni alla persona (invalidità permanente del conducente non responsabile superiore a 9 punti, i danni ai passanti e i danni ai terzi trasportati sul veicolo responsabile assicurato dall'impresa) che richiedono generalmente tempi molto lunghi per la completa definizione.

DATI DI SISTEMA DELL'INDENNIZZO DIRETTO – ANNO 2007

Tutte le informazioni, i ratios e gli indicatori tecnici riportati nella presente pubblicazione si basano sull'indagine che l'ANIA effettua trimestralmente sulla base di un campione di imprese ampiamente rappresentativo e statisticamente significativo; trattandosi comunque di un campione di imprese non si dispone del numero complessivo dei sinistri che sono stati trattati effettivamente nell'ambito della convenzione CARD.

Per avere i dati complessivi sul funzionamento del sistema di risarcimento diretto si può ricorrere alle informazioni che le 69 imprese aderenti alla CARD fanno confluire automaticamente al sistema informatico ANIA; questo sistema è stato implementato al fine di gestire i controlli preliminari dei sinistri denunciati prima che questi confluiscano al gestore della stanza di compensazione (CONSAP). Da tale banca dati si desume che nel **2007** sono stati **denunciati 2.336.191 sinistri**, escludendo i sinistri senza seguito e una stima di eventuali sinistri tardivi. Il dato relativo al numero dei sinistri denunciati comprende anche quelli in concorso di colpa, rispetto ai quali sono state aperte due posizioni da parte di altrettante imprese gestionarie. La procedura di risarcimento diretto è stata applicata nel 74% ([1]) del totale dei sinistri accaduti e denunciati r.c. auto, valore omogeneo e in linea al risultato della statistica associativa trimestrale.

([1]) Tale percentuale è stata ottenuta rapportando i 2.336.191 sinistri CARD al totale dei sinistri r.c. auto accaduti nel periodo 1° febbraio-31 dicembre 2007 e pari a 3.150.000. Questo valore è stato desunto partendo dal totale dei sinistri accaduti e denunciati in tutto il 2007 e pari a circa 3.770.000, depurandoli dei sinistri tardivi ed escludendo appunto i sinistri accaduti nel mese di gennaio 2007.

Nel 66,1% dei casi, i sinistri sono stati denunciati sulla base di un modulo di constatazione amichevole con la firma congiunta dei due conducenti coinvolti nel sinistro, mentre nel restante 33,9% dei casi la denuncia di sinistro all'assicuratore diretto è stata unilaterale.

I sinistri con concorso di colpa rappresentano il 2,8% nelle denunce con modulo di constatazione amichevole a firma congiunta e il 13,6% nelle denunce unilaterali. In quest'ultima fattispecie, nel 98% dei casi il concorso di colpa è stato definito a seguito dell'automatismo del sistema informatico che prevede, in presenza di dichiarazioni di responsabilità contrastanti, l'attribuzione di una responsabilità concorsuale paritetica.

Le contestazioni sull'accadimento del sinistro o sull'applicabilità della procedura di risarcimento diretto riguardano complessivamente il 3,35% dei sinistri denunciati.

In 7.531 casi, pari allo 0,32% dei sinistri denunciati, le imprese hanno fatto ricorso alla procedura arbitrale prevista dall'art. 14 della CARD per risolvere divergenze sulla valutazione delle responsabilità, sull'accadimento del sinistro o sull'applicabilità della procedura di risarcimento diretto. Nel 70% dei casi l'impresa controinteressata, dopo aver preso visione della documentazione prodotta dalla ricorrente, si è allineata sulla posizione di quest'ultima rinunciando all'arbitrato prima che ne venisse incaricato l'arbitro.

In tutti gli altri casi è stato pronunciato un lodo che, risolvendo la vertenza tra le due imprese, ha definito la misura del diritto al rimborso tramite la stanza di compensazione.

Differenziando il numero delle denunce dei sinistri per tipologie di danno (si ricorda che un sinistro può comprendere più tipologie di danno) si registrano le seguenti ripartizioni:

PARTITE CID

DANNI AL VEICOLO E/O ALLE COSE O DEL CONDUCENTE E/O DEL PROPRIETARIO DEL VEICOLO NON PRESENTE SULLO STESSO

Stato delle partite di danno	Numero di partite	Distribuzione %
Totale Denunce	**2.277.970**	**100,0**
– *di cui pagate (totalmente o parzialmente)*	1.692.118	74,3
– *di cui aperte*	519.514	22,8
– *di cui senza seguito*	66.338	2,9

LESIONI DEL CONDUCENTE

Stato delle partite di danno	Numero di partite	Distribuzione %
Totale Denunce	**294.007**	**100,0**
– *di cui pagate (totalmente o parzialmente)*	111.575	38,0
– *di cui aperte*	170.625	58,0
– *di cui senza seguito*	11.807	4,0

PARTITE CTT

LESIONI DEL TERZO TRASPORTATO E DANNI A COSE DEL TRASPORTATO

Stato delle partite di danno	Numero di partite	Distribuzione %
Totale Denunce	**151.978**	**100,0**
– *di cui pagate (totalmente o parzialmente)*	53.837	35,4
– *di cui aperte*	92.682	61,0
– *di cui senza seguito*	5.459	3,6

I risultati dimostrano che mentre nel caso dei danni al veicolo o alle cose trasportate (partite CID) dopo 11 mesi risultano essere liquidati totalmente o parzialmente circa il 74% delle partite di danno, nel caso siano presenti lesioni fisiche, sia per le partite CID che per quelle CTT, tale percentuale si dimezza e dopo 11 mesi rimangono ancora da definire – e quindi sono ancora aperte – circa il 60% delle partite di danno.

ANALISI DI LUNGO PERIODO DEI PREZZI R.C. AUTO

Al fine di quantificare l'andamento dei prezzi dell'assicurazione r.c. auto si possono analizzare le variazioni nel tempo dei due indici più comunemente utilizzati a livello internazionale:

- **il prezzo medio della copertura r.c. auto** (si tratta di un indice di Paasche a pesi variabili che a livello internazionale viene utilizzato nella contabilità nazionale per deflazionare i consumi, c.d. deflatore);
- **l'indice ISTAT per l'assicurazione mezzi di trasporto** (si tratta di un indice di Laspeyres a pesi fissi, coerente con i criteri fissati da Eurostat per le rilevazioni mensili dei prezzi al consumo).

Il prezzo medio della copertura r.c. auto

In un regime di assicurazione obbligatoria, l'incremento annuale dei premi incassati dalle compagnie misura l'aumento della spesa complessivamente effettuata dagli assicurati per fruire della copertura. Per calcolare il prezzo medio pagato per la singola copertura occorre, ovviamente, tener conto del fatto che il numero di veicoli assicurati varia nel tempo. Dividendo il volume dei premi per il numero dei veicoli si ha il prezzo medio della copertura per veicolo.

Dal punto di vista metodologico usare la variazione del prezzo medio della copertura per veicolo per calcolare la crescita dei prezzi significa utilizzare la metodologia del calcolo dei deflatori della spesa nella contabilità nazionale (indice di Paasche). Va notato che il deflatore è a pesi variabili, vale a dire tiene conto della esatta composizione della spesa e del prezzo effettivamente pagato dall'assicurato. In particolare, il deflatore tiene conto:

- della effettiva classe di merito dell'assicurato: perciò se un assicurato nell'anno di rilevazione è in una classe di bonus malus inferiore a quella dell'anno precedente (eventualità che si realizza in oltre il 90% dei casi) il deflatore misura una riduzione (o minor aumento) della spesa;
- degli sconti praticati rispetto al prezzo pubblicato (tariffa): perciò se durante l'anno di rilevazione un assicurato ottiene uno sconto che non aveva avuto l'anno precedente, il deflatore misura una riduzione (o minor aumento) della spesa;
- di eventuali passaggi degli assicurati da una compagnia all'altra, motivati da premi più convenienti.

Nella tavola 1 sono riportati i dati rilevanti per il calcolo del prezzo medio della copertura per veicolo.

Il prezzo medio della copertura r.c. auto è diminuito dell'1,5% nel 2005 e dello 0,8% nel 2006. Il calo si è intensificato nel 2007, quando la riduzione è stata pari al 2,7%. Dal 2003 il prezzo medio è diminuito in termini nominali del 4,4%. In termini reali, ossia al netto dell'inflazione misurata con l'indice generale ISTAT dei prezzi al consumo (pari nel periodo all'8,3%), il prezzo medio è diminuito del 13%.

Va precisato che i premi contabilizzati, desunti dalle statistiche ISVAP, si riferiscono a tutti i veicoli assicurati (autovetture, motoveicoli, ciclomotori). Il numero di veicoli circolanti è desunto dalle statistiche dell'ACI, unica fonte disponibile che consente di avere una serie storica di lungo periodo. Il dato dell'ACI è stato, peraltro, corretto aggiungendo una stima dei ciclomotori e delle macchine agricole circolanti che non sono inclusi nella loro rilevazione al fine di renderli omogenei con i premi. Occorre sottolineare che la differenza tra il numero di veicoli e il numero dei contratti effettivamente stipulati è riconducibile alla presenza di veicoli non assicurati (sia perché il proprietario

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		PER MEMORIA 4. Indice ISTAT Assicurazione R.C.A.		PER MEMORIA 5. 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 (%)
1994	8.663	100,0	6,1	39.755	100,0	3,0	100,0	2,9	100,0	8,5	100,0	4,1
1995	9.316	107,5	7,5	40.573	102,1	2,1	105,3	5,3	110,2	10,2	105,3	5,3
1996	9.770	112,8	4,9	40.453	101,8	-0,3	110,9	5,3	120,2	9,1	109,5	4,0
1997	10.655	123,0	9,1	40.870	102,8	1,0	119,6	7,8	131,2	9,2	111,7	2,0
1998	11.745	135,6	10,2	42.650	107,3	4,4	126,4	5,7	149,1	13,6	113,9	2,0
1999	13.226	152,7	12,6	43.563	109,6	2,1	139,4	10,3	174,0	16,7	115,8	1,7
2000	14.196	163,9	7,3	44.680	112,4	2,6	145,8	4,6	190,8	9,6	118,7	2,5
2001	15.315	176,8	7,9	46.480	116,9	4,0	151,2	3,7	211,3	10,7	122,0	2,7
2002	16.628	191,9	8,6	47.763	120,1	2,8	159,7	5,6	235,8	11,6	125,0	2,5
2003	17.622	203,4	6,0	49.101	123,5	2,8	164,7	3,1	247,7	5,0	128,4	2,7
2004	18.062	208,5	2,5	50.100	126,0	2,0	165,4	0,4	250,0	0,9	131,3	2,2
2005	18.171	209,8	0,6	51.152	128,7	2,1	163,0	-1,5	254,3	1,7	133,8	1,9
2006	18.387	212,3	1,2	52.175	131,2	2,0	161,7	-0,8	260,1	2,3	136,6	2,1
2007	18.203	210,1	-1,0	53.073	133,5	1,7	157,4	-2,7	264,0	1,5	139,1	1,8

(*) Elaborazione ANIA su dati ACI

non assicura un veicolo che non circola sulla pubblica via, sia perché, contravvenendo all'obbligo di assicurazione, il proprietario circola con un veicolo non assicurato). Non sembra tuttavia esservi evidenza di un aumento dei veicoli non assicurati negli ultimi anni. In particolare, il numero delle targhe in copertura risultante negli archivi delle targhe assicurate dell'Associazione (banca dati SITA) è cresciuto mediamente del 3% all'anno nel periodo 2003-2007. In ogni caso, un eventuale aumento dei veicoli non assicurati ha un effetto relativamente contenuto sulla stima della variazione annuale del prezzo medio: se, per esempio, nel 2007 si fosse registrato un aumento della quota di veicoli non assicurati del 5 per mille (un aumento molto forte, pari in unità a oltre 265.000 veicoli) la diminuzione del prezzo medio sarebbe stata pari a -2,2%, invece del -2,7% riportato nella tavola 1.

Il tasso di crescita del parco circolante risultante nelle statistiche dell'ACI nel 2007 (+1,7%) è coerente con quello desumibile da fonti diverse, come dettagliatamente spiegato di seguito e come riportato nella tavola 2. Qualunque sia la fonte utilizzata, il numero di veicoli assicurati è aumentato nel 2007. In particolare:

– **BANCA DATI SITA**: questo archivio è relativo al sistema informatico delle targhe che è istituito presso l'ANIA e contiene le targhe in copertura assicurativa per le quali viene emessa la quietanza di premio, registrando anche l'informazione di avvenuto incasso. Non vengono però rilevati i ciclomotori non targati e quelli con vecchia tipologia di targa, così come le macchine

agricole. Alimentano la banca dati circa il 92% delle imprese operanti nel ramo r.c. auto, e la sua attendibilità è cresciuta negli ultimi anni, anche in seguito all'entrata in vigore del nuovo sistema di indennizzo diretto, perché è utilizzata dalle imprese per la verifica della copertura assicurativa dei veicoli in caso di sinistro. Secondo questa fonte il numero di quietanze relative a coperture assicurative emesse nel 2007 risultava in crescita dell'1,5% rispetto all'anno precedente; tale incremento si riduce allo 0,9% se vengono considerate solamente quelle per cui è stato incassato il premio.

– **ACI**: seguendo la definizione statistica internazionale, lo "stock" di veicoli di un paese è pari al numero di veicoli che risultano al Pubblico Registro Automobilistico, pur sottolineando che può esserci qualche scostamento tra il cosiddetto circolante teorico (iscritto al PRA) e quello effettivamente circolante su strada. Va considerato che vi sono alcuni veicoli che, pur essendo in circolazione, non sono iscritti al PRA: si tratta dei veicoli iscritti in altri Registri quali quello del Ministero della Difesa (targhe EI), della Croce Rossa Internazionale, del Ministero degli Esteri (targhe CD). Inoltre non vengono considerati tra i mezzi circolanti ciclomotori e macchine agricole. Secondo questa fonte il numero dei veicoli circolanti iscritti al PRA al 31 dicembre 2007 risultava in crescita dell'1,7% rispetto all'anno precedente. Occorre ribadire che questo tasso di crescita non tiene conto che esistono veicoli che, pur essendo iscritti al pubblico registro, non si assicurano; è stato però già argomentato che questa circostanza dovrebbe avere un effetto contenuto sulla stima della variazione annuale.

– **ELABORAZIONE ANIA SU DATI ACI**: sulla base dei dati ACI, l'ANIA effettua una stima del parco veicolare complessivo includendo i ciclomotori e le macchine agricole. Occorre precisare tuttavia che la differenza tra le stime non è imputabile interamente alla correzione apportata. Infatti dal 2004 l'ACI ha variato la metodologia di rilevazione, considerando anche le radiazioni d'ufficio "ex art.96" del Codice della Strada per i veicoli che non hanno pagato la tassa automobilistica per almeno tre anni consecutivi. Dal momento che non sono state comunque aggiornate le serie storiche precedenti (nel 2004 tale operazione ha riguardato circa 1,9 milioni di veicoli), per non presentare punti di discontinuità, l'ANIA ha continuato a calcolare il valore non depurato, basandosi comunque sulle effettive variazioni registrate nelle iscrizioni al PRA di anno in anno. In base a questa elaborazione, il numero dei veicoli è aumentato nel 2007 dell'1,7% rispetto al 2006.

– **STATISTICA ANNUALE ASSOCIATIVA:** la rilevazione è su base campionaria e, mediamente, le imprese che partecipano hanno nel complesso una quota di mercato pari al 75% (il dato riportato nella tavola 2 è stato stimato per l'intero mercato). Si rilevano i "veicoli anno" (sulla base dei giorni di effettiva copertura assicurativa durante l'anno considerato) e il calcolo viene effettuato da elaborazioni associative sulla base delle informazioni che le

compagnie inviano polizza per polizza. Può verificarsi una differenza tra il numero dei veicoli anno e quelli circolanti se il numero delle nuove immatricolazioni e delle radiazioni non è costante negli anni. Infatti, un veicolo immatricolato alla fine dell'anno sarà conteggiato come "veicolo anno" solo pro rata, mentre varrà 1 per le statistiche del parco. Inoltre, è possibile che durante la fase di validazione dei dati inviati dalle compagnie una minima parte di questi non entri nell'elaborazione in quanto errati: ciò può determinare uno sottostima dei veicoli anno. In base a questa statistica, il numero dei veicoli è aumentato nel 2007 dell'1,6% rispetto al 2006.

– **RILEVAZIONE ANIA PER IL 2007:** sulla base di una richiesta specifica dell'Associazione per il 2007 (e per avere un raffronto anche per il 2006), le imprese hanno fornito il numero complessivo dei "veicoli anno", calcolato internamente anche ai fini delle comunicazioni che le imprese stesse debbono inviare alla Vigilanza. Alla rilevazione ha partecipato circa il 98% del mercato. Secondo questa fonte i "veicoli anno" sarebbero aumentati dello 0,8% nel 2007.

TAVOLA 2
CONSISTENZA DEL PARCO CIRCOLANTE

		2006	2007	Var. %
SITA:	Targhe in copertura in riferimento alla data di scadenza del contratto (comprensivo di quietanze di premio)	43.828.060	44.467.588	1,5%
SITA:	Targhe in copertura amministrativa (solo posizioni con incassi di premio effettuati)	37.698.230	38.038.620	0,9%
ACI:	Consistenza Parco Veicolare	46.329.144	47.131.346	1,7%
	Elaborazione ANIA su dati ACI	52.175.142	53.072.554	1,7%
ANIA:	Statistica annuale associativa RCA	39.846.288	40.492.569	1,6%
ANIA:	Rilevazione "ad hoc"	43.209.179	43.551.380	0,8%

L'indice ISTAT per l'assicurazione mezzi di trasporto

Il metodo di rilevazione dei prezzi utilizzato dall'ISTAT per le "assicurazioni dei mezzi di trasporto" è inserito nel sistema della rilevazione nazionale dei prezzi al consumo ed è metodologicamente coerente con i criteri fissati in sede europea da Eurostat. In particolare, la rilevazione è effettuata dagli Uffici comunali di statistica dei comuni capoluoghi di provincia presso un campione di punti di vendita (agenzie), autonomamente selezionato, dove vengono rilevate le tariffe applicate a un numero limitato di profili di rischio (attualmente pari a 7). Dal punto di vista metodologico, ciascuno dei sette profili è rappresentativo di uno strato della popolazione; i profili vengono poi ponderati in funzione della rappresentatività dello strato.

La rilevazione dei prezzi al consumo è quindi metodologicamente diversa dal calcolo del deflatore della spesa (ossia, il metodo illustrato al punto precedente) in quanto i "pesi" sono fissi nel tempo (c.d. indice di Laspeyres). Il numero indice del prezzo al consumo per la r.c. auto che ottiene l'Istituto sulla base di questa rilevazione rientra poi nell'indice generale di tutti i beni e servizi (paniere) rappresentativi di quelli destinati al consumo dalle famiglie attraverso un sistema di ponderazione. Il peso dell'assicurazione dei mezzi di trasporto incide nel paniere del 2008 per l'1,21%; questo peso, conformemente a un regolamento comunitario fissato a livello europeo da Eurostat, è ottenuto ogni anno sulla base di un calcolo dell'ISTAT che valuta per un campione di famiglie i premi pagati nell'anno per la r.c. auto al netto dei rimborsi ottenuti dalle famiglie e pagati dalle imprese di assicurazione. Il complesso delle famiglie italiane viene considerato come un'unica famiglia che sostiene un'unica spesa (il premio dell'assicurazione) e riceve un unico rimborso.

La popolazione è composta da milioni di profili in quanto ciascuna impresa utilizza numerosi fattori di personalizzazione tra cui: età, sesso, luogo di residenza dell'assicurato; numero dei sinistri provocati negli ultimi anni; caratteristiche del veicolo, quali tipo di alimentazione, anno di immatricolazione, rapporto peso/potenza. Inoltre, occorre ponderare le informazioni raccolte presso singole imprese nei diversi comuni capoluogo. Si comprende quindi la criticità della scelta dei profili e del meccanismo di ponderazione, tra profili, imprese e comuni capoluogo. La questione non è specifica per l'assicurazione auto, ma è qui molto più rilevante in quanto la legge impone l'obbligo a tariffare ogni possibile profilo su tutto il territorio nazionale, anche in particolari aree o settori tariffari ove l'impresa non sottoscrive alcun rischio.

In termini pratici, la rilevazione ISTAT basata sui profili tariffari non tiene conto:

1) della **variazione delle classi di bonus malus**. L'indice ISTAT non può tenere conto, perché basata sui pesi fissi, del fatto che la distribuzione degli assicurati tende a "scivolare" verso le classi migliori, come risultato del disegno delle regole di passaggio da una classe all'altra. Infatti, ogni anno oltre il 90% degli assicurati non provoca incidenti e l'anno successivo usufruisce di una classe migliore, mentre in genere chi provoca sinistri peggiora di due classi di merito. In altri paesi chi provoca un sinistro ha una penalizzazione in termini di classe bonus malus molto più forte: ad esempio, nel Regno Unito si torna alla classe di ingresso. Se, per ipotesi, si adottasse un sistema analogo in Italia, le variazioni della distribuzione degli assicurati fra classi di bonus malus sarebbero meno rilevanti e, a parità di costi complessivi dei risarcimenti, il prezzo medio della copertura per veicolo sarebbe meno discosto dall'indice a pesi fissi.

2) degli **sconti**. L'indice ISTAT rileva le tariffe pubblicate dalle imprese di assicurazione. Le imprese possono da sempre riconoscere degli sconti su tali tariffe; il fenomeno è però divenuto più rilevante negli anni recenti, in

connessione con il ritorno, nel 2002-03, a condizioni di redditività, dopo oltre un decennio di forti perdite. In particolare, è comune che le imprese diano agli agenti la possibilità di effettuare degli sconti nei limiti di un prefissato "monte sconti"([1]).

Per quanto è stato argomentato sopra, è ragionevole attendersi che le variazioni dell'indice ISTAT per le "assicurazioni dei mezzi di trasporto" siano state negli anni recenti superiori a quelle del prezzo medio della copertura (si confrontino, rispettivamente, le colonne 4. e 3. della tavola 1).

Un fenomeno del genere si verifica anche in altri settori, ma trova giustificazione nei diversi obiettivi che si propongono i due indici, a pesi fissi e a pesi variabili. L'indice a pesi fissi misura la spesa aggiuntiva che il consumatore sosterrebbe qualora volesse acquistare lo stesso paniere di beni del periodo precedente. È giusto, quindi, che esso non tenga conto del fatto che se aumenta il prezzo di un determinato bene il consumatore tenderà a spostarsi su beni succedanei. L'indice a pesi variabili tiene invece conto di tali reazioni del consumatore. Nel caso dell'assicurazione, il bene acquistato, in via generale, è sempre lo stesso di anno in anno e il prezzo diminuisce, o aumenta di meno, per il solo fatto che è trascorso del tempo, se non si sono verificati incidenti. Per illustrare questo concetto si pensi al fatto che la rilevazione ISTAT confronta, ad esempio, la tariffa applicata a un 40enne nell'anno di rilevazione e in quello precedente; quindi, per definizione, la rilevazione non misura la variazione di prezzo effettivamente intervenuta per un determinato assicurato, in quanto a nessun assicurato potranno essere state effettivamente applicate le tariffe rilevate in due anni successivi.

Che il problema sia rilevante lo dimostra il fatto che l'indice ISTAT cresce più rapidamente non solo del prezzo medio della copertura, ma anche dell'intera raccolta premi, malgrado la circostanza che ogni anno le quantità vendute (ossia il numero di polizze) siano crescenti, a un ritmo generalmente compreso fra il 2% e 3%. Il divario è rilevante sia negli anni recenti sia, soprattutto, in prospettiva storica ([2]): la tavola 1 mostra che dal 1994 a oggi l'indice ISTAT è cresciuto del 264,0%, assai più della raccolta premi (+210,1%), oltre che del prezzo medio della copertura (+157,4%).

([1]) Il problema degli sconti, ovviamente, non è specifico delle assicurazioni, ma è probabilmente più rilevante in questo settore. Infatti, recandosi al supermercato, il rilevatore dell'ISTAT può verificare l'esistenza e l'ammontare di uno sconto semplicemente osservando il cartellino del prezzo del bene; lo stesso non può verificarsi per le polizze r.c. auto, in quanto lo sconto si forma nella negoziazione tra assicurato e agente.

([2]) Va osservato che prima del 2003 l'ISTAT calcolava medie semplici e non ponderate dei diversi profili. Ciò induceva una ulteriore rilevante distorsione che contribuisce a spiegare valori particolarmente discordanti rispetto alla variazione annua del prezzo medio della copertura (tavola 1).

Sempre dalla tavola 1, redatta sulla base delle rilevazioni ISTAT sulle tariffe pubblicate dalle imprese (prezzi di listino), si può osservare che dal 2004 l'aumento dell'indice della r.c. auto è stato inferiore a quello dei prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale. Ciò vuol dire che da quattro anni l'assicurazione r.c. auto contribuisce a "raffreddare" l'andamento dell'inflazione.

Nel 2007 è aumentato notevolmente il divario tra la variazione dell'indice ISTAT e quella del prezzo medio. Tale divario è salito a 4,2 (2,7+1,5) punti percentuali a fronte di un valore medio di 2,2 punti nel quadriennio 2003-2006. Il fenomeno sembra attribuibile essenzialmente alle tre misure previste dai cosiddetti decreti Bersani.

Gli effetti sui prezzi di alcune delle misure contenute nei c.d. decreti Bersani

Queste misure hanno ridotto in misura consistente gli incassi delle compagnie e, dunque, il prezzo medio per polizza pagato dagli assicurati. Non hanno avuto – né potevano avere – alcun effetto riduttivo sui livelli tariffari e, dunque, sull'indice a pesi fissi misurato dall'ISTAT.

Per quanto riguarda **l'effetto bonus malus** ci si riferisce in particolare a due norme contenute nel d.l. n. 7/2007, convertito nella legge n. 40/2007 (c.d. decreto Bersani II):

- la norma che prevede l'obbligo per le imprese di applicare la medesima classe di merito assegnata a un veicolo già assicurato nel caso di un 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 norma che ritarda l'attribuzione della classe di malus sino al momento del pagamento del sinistro e non quando esso è riservato.

Queste due norme hanno fatto sì che nel corso del 2007, un elevato numero di assicurati abbiano usufruito di una classe di merito più favorevole di quella che avrebbero avuto altrimenti. Per questi soggetti il decreto ha comportato un risparmio sul prezzo della copertura r.c. auto, che contribuisce a spiegare il calo della raccolta premi delle compagnie.

Inoltre, un effetto addizionale dovrebbe derivare dall'applicazione del regolamento ISVAP sull'attestato di rischio, che fornisce le regole di attuazione della norma del decreto Bersani II che prevede come il passaggio a una classe più sfavorevole possa avvenire solo per i responsabili "principali" accertati, escludendo così i responsabili in concorso minore o in concorso al 50%.

Per quanto riguarda **gli sconti** va ricordato che il d.l. 4 luglio 2006, n. 233, convertito nella legge n. 248/2006 (c.d. decreto Bersani I), nel vietare clausole di

esclusiva tra agenti e compagnie di assicurazione nel ramo r.c. auto, ha anche previsto l'impossibilità di imporre sconti massimi agli agenti. Ciò può avere accresciuto il divario fra prezzi effettivi e tariffe.

È importante osservare che, per la loro natura, nessuna di queste misure poteva avere un effetto riduttivo dei livelli tariffari ed è quindi evidente che gli eventuali vantaggi apportati ai consumatori dai decreti Bersani non possano essere misurati utilizzando l'indice ISTAT a pesi fissi basato sui profili tariffari.

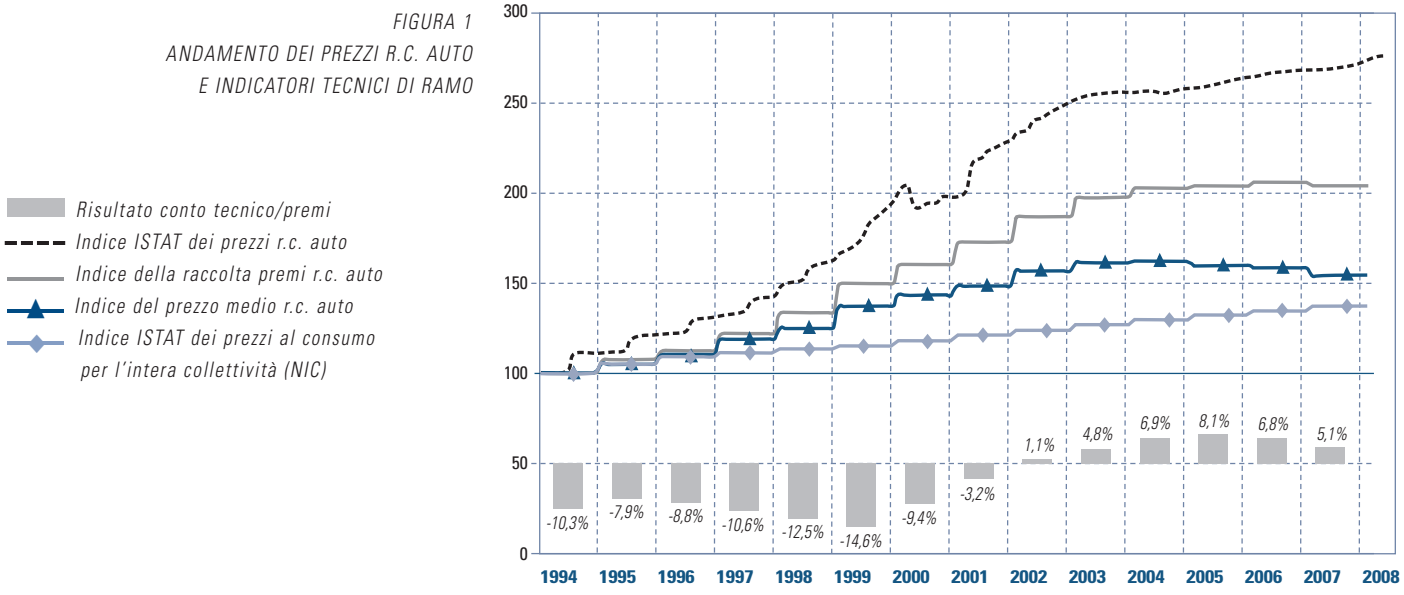
Alla luce di queste considerazioni si possono formulare le seguenti considerazioni:

1) Le tre misure previste dal decreto Bersani (abolizione degli sconti massimi, classe di bonus immutata per ulteriori veicoli acquistati e attribuzione della classe di malus al momento del pagamento) possono aver contribuito nel 2007 a una riduzione del prezzo effettivamente pagato dagli assicurati. Questa eventualità è indirettamente confermata dal fatto che nel 2007 è aumentato notevolmente il divario tra la variazione dell'indice ISTAT (+1,5%) e quella del prezzo medio per la copertura r.c. auto (-2,7%). Tale divario è salito infatti a 4,2 punti percentuali, a fronte di un valore medio di 2,2 punti nel quadriennio 2003-2006.
2) A maggio 2008 il tasso di crescita nei dodici mesi dell'indice ISTAT per l'assicurazione mezzi di trasporto è stato pari al 2,56%, valore inferiore al 3,57% registrato dall'indice generale. Applicando il divario tra l'andamento dell'indice ISTAT e quello del prezzo medio per la copertura registrato nel 2007 (4,2 punti percentuali) ai dati di maggio, si potrebbe stimare una riduzione del prezzo medio effettivo dell'1,5% rispetto a maggio 2007. È però probabile che il calo del prezzo medio a maggio sia stato assai più rilevante, in quanto l'impatto delle tre citate misure dovrebbe essere crescente nel tempo. Inoltre, dovrebbe aver iniziato a produrre effetti l'applicazione del regolamento ISVAP sull'attestato di rischio che fornisce le regole di attuazione della norma che prevede come il passaggio a una classe più sfavorevole possa avvenire solo per i responsabili "principali" accertati, escludendo così i responsabili in concorso minore o in concorso al 50%.

Occorre però anche aggiungere che nel medio termine l'andamento dei prezzi della r.c. auto non può che riflettere quello dei costi dei risarcimenti. Come si evince dalla figura 1 l'utile delle compagnie è una parte molto piccola del premio incassato. Nella media del periodo 2002-2007, il saldo tecnico del ramo r.c. auto è stato pari allo 0,3%, un valore che sale al 5,6% se si tiene conto degli utili da investimento. In altri termini, per ogni 100 euro di premi incassati, detratti i costi dei risarcimenti e le spese di gestione e tenendo conto dei proventi degli investimenti, alle compagnie è risultato in media un utile di 5 euro, ancora al lordo delle imposte dirette, IRES e IRAP. Per avere un termine di paragone può essere utile ricordare che a fronte dei medesimi 100 euro

incassati dalle compagnie, l'assicurato ne paga altri 23 allo Stato, a titolo di oneri fiscali e parafiscali (un livello assai più elevato di quello medio europeo). Se poi si risale a prima del 2002, si trovano sistematicamente risultati negativi. Ad esempio, nel 1999 il risultato tecnico, inclusivo degli utili da investimento, era negativo e pari al 14,6% dei premi. Proprio per questo motivo, i prezzi della r.c. auto, comunque misurati, erano in forte crescita. Solo nel 2002-2003 la crescita dei prezzi è riuscita a sopravanzare quella dei costi dei risarcimenti e le imprese sono tornate all'utile. Da allora, come si è detto, la r.c. auto ha contribuito a calmierare l'inflazione complessiva, anche per effetto di una serie di provvedimenti che furono concordati con le associazioni dei consumatori.

FIGURA 1
ANDAMENTO DEI PREZZI R.C. AUTO E INDICATORI TECNICI DI RAMO



CALCOLO DEI FORFAIT 2008 NELLA CONVENZIONE FRA GLI ASSICURATORI PER IL RISARCIMENTO DIRETTO (CARD)

Nel corso dei lavori per la definizione dei forfait per l'anno 2008, il Comitato Tecnico ha approfondito gli effetti gestionali dell'applicazione del nuovo sistema di risarcimento diretto, esaminando le possibili problematiche legate all'unicità del forfait per tutte le diverse tipologie di veicoli.

Si ricorda infatti che per l'anno 2007 il modello di regolazione dei rapporti economici tra le imprese nel sistema di risarcimento diretto prevedeva l'applicazione di un unico costo medio forfetario che ogni impresa responsabile del sinistro era tenuta a corrispondere all'impresa che aveva gestito la liquidazione nei confronti del proprio assicurato che aveva subìto il danno.

Vi sono però alcune tipologie di veicoli – in particolare i ciclomotori e i motocicli – che sono caratterizzati da un'alta incidenza dei danni fisici e da un costo medio degli stessi superiore a quello medio generale e che registrano quindi uno squilibrio tra quanto viene liquidato mediamente dall'impresa gestionaria e quanto viene risarcito sulla base del forfait. Di conseguenza, in sede di definizione del nuovo forfait per l'anno 2008 è stata valutata la possibilità e l'opportunità di modificare questo meccanismo.

Secondo l'interpretazione del Comitato Tecnico, l'art. 13 del D.P.R. n. 254 del 2006 non permetteva di distinguere i forfait per le diverse tipologie di veicoli, mentre consentiva l'adozione di due forfait separati per risarcire i danni a cose e le lesioni al conducente. Questa seconda soluzione, avrebbe permesso di contenere gli incrementi di costo nella gestione del settore dei motocicli, anche se dal punto di vista tecnico non avrebbe potuto risolvere integralmente il problema, in quanto i danni subiti dai motociclisti sono non solo più frequenti ma anche più gravi di quelli subiti dagli automobilisti.

Ritenendo di non poter procedere altrimenti e nonostante le sollecitazioni del settore assicurativo a rinvenire una soluzione definitiva al problema, il Comitato Tecnico ha, quindi, stabilito che tutti i sinistri accaduti dopo il 1° gennaio 2008 sarebbero stati rimborsati attraverso:

- un forfait per danni al veicolo e a cose trasportate, differenziato in 3 macroaree territoriali;
- un forfait per le lesioni di lieve entità del conducente, con l'applicazione di un plafond, una franchigia e uno scoperto.

Il metodo adottato presenta notevoli rischi applicativi, in quanto disincentiva il controllo efficiente dei costi dei danni alla persona e può determinare un aumento del numero delle richieste di risarcimento per lesioni personali di lievissima entità di dubbia esistenza.

È presumibile, peraltro, che tale sistema di forfetizzazione possa essere ulteriormente perfezionato, anche a seguito della segnalazione indirizzata al Governo nel mese di giugno 2008 dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, in cui si delineano le possibili misure da porre in essere per la soluzione dei principali problemi concorrenziali registrati nei diversi settori economici (AS453 recante "Considerazioni e proposte per una regolazione proconcorrenziale dei mercati a sostegno della crescita economica").

Per quanto riguarda l'esperienza maturata nella prima fase di operatività dell'indennizzo diretto, il Garante ritiene infatti necessario un intervento di revisione dell'attuale sistema di compensazioni forfetarie tra imprese che consenta un'adeguata differenziazione anche in funzione della tipologia di veicolo.

Forfait per danni al veicolo e alle cose trasportate (CID)

L'art. 13 del D.P.R. n. 254 del 2006 stabilisce che i valori dei forfait debbano essere calcolati annualmente sulla base dei dati forniti dalla stanza di compensazione riguardanti i risarcimenti effettivamente corrisposti nell'esercizio precedente per i sinistri rientranti nell'ambito di applicazione del sistema di risarcimento diretto.

Per la definizione del forfait per danni al veicolo e alle cose trasportate si è tenuto quindi conto delle statistiche fornite dal gestore della stanza di compensazione (CONSAP) riguardanti tale tipologia di sinistri e liquidati durante il 2007. Tuttavia tali informazioni sono state integrate con quelle provenienti dalla banca dati sinistri dell'ISVAP, in quanto i dati della CONSAP comprendevano solo i sinistri pagati nell'anno stesso di accadimento e non consideravano quindi gli incrementi di costo che si verificano normalmente per i pagamenti effettuati successivamente al primo anno. Il valore che è stato stimato era pari a € 1.356. Nell'ipotesi dell'uniforme distribuzione dei pagamenti nel corso di ogni anno, tale valore è stato poi rivalutato sulla base della variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI) dell'ISTAT a ottobre 2007 (dato disponibile alla data di definizione del forfait 2008 e pari al 2,27%) e quindi a dicembre 2007 e infine a giugno 2008 sulla base dell'inflazione programmata per i rispettivi anni (+2,00% e 1,70%). In definitiva, si è stimato che il costo medio dei danni al veicolo assicurato e alle cose trasportate per tutto il territorio nazionale è pari a € 1.415.

Dal momento che i dati della CONSAP, a causa di un limitato periodo di osservazione (febbraio – ottobre 2007) non sono risultati per alcune province statisticamente rappresentativi, si è preferito riconfermare per il 2008 i coefficienti di distinzione territoriale definiti nel 2007. I valori del forfait ottenuti per le tre aree territoriali sono riportati nella tavola 1:

TAVOLA 1
VALORI DEL FORFAIT DISTINTI PER AREE TERRITORIALI
Valori in euro

	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3
Costo medio danni a veicolo e cose al 30/06/2008	1.415	1.415	1.415
Coefficiente per zone territoriali	*1,18*	*0,97*	*0,83*
Costo medio danni a veicolo e cose per zone territoriali al 30/06/2008	**1.670**	**1.373**	**1.175**

Forfait per lesioni di lieve entità del conducente

Soprattutto in questo caso le statistiche della CONSAP, riferite a un periodo molto limitato, non possono ancora essere di aiuto nella definizione dei forfait, dal momento che per la definizione dei danni alla persona occorre un

periodo temporale senz'altro superiore a un solo anno. Per la stima del **costo medio dei danni di lieve entità** (invalidità permanente inferiore o uguale al 9%) **alla persona del conducente** è stato preso quindi 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. Dal momento che, analogamente a quanto accade per il forfait per risarcire le lesioni ai terzi trasportati, il meccanismo fissato dalla legge prevede un plafond (pari a € 5.000) entro il quale a fronte dell'importo del danno viene riconosciuto alla compagnia gestionaria il forfait (decurtato della franchigia di € 500), mentre per importi superiori al plafond è riconosciuto l'intero massimale maggiorato dell'eccedenza tra il risarcimento e il plafond, si è proceduto a stimare quale fosse l'importo medio dei danni fisici del conducente entro tale valore limite. Il valore del costo medio dei sinistri con tale tipologia di danni alla persona è risultato pari a € 3.117. Tale valore è stato poi rivalutato sulla base della variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI) dell'ISTAT a ottobre 2007 (dato disponibile alla data di definizione del forfait 2008 e pari a 2,27%) e quindi a dicembre 2007 e infine a giugno 2008 sulla base dell'inflazione programmata per i rispettivi anni (+2,00% e 1,70%). In definitiva si è stimato che il costo medio dei danni di lieve entità del conducente è pari a € 3.253 (il forfait per il 2008 è stato arrotondato 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. In definitiva per gli importi superiori al plafond l'impresa gestionaria risarcisce integralmente il danno fisico del conducente non responsabile e riceve indietro dall'impresa debitrice un rimborso pari a:

rimborso = Forfait + (risarcimento – € 5.000)
– min. (€ 20.000, 10% del risarcimento)

Forfait per la convenzione terzi trasportati (CTT)

Anche nel caso della definizione del forfait per la convenzione terzi trasportati non è stato possibile ricorrere alle statistiche della CONSAP, in quanto i dati delle liquidazioni erano riferiti a un periodo molto breve. Si è preferito dunque, in attesa di statistiche più significative da parte della stanza di compensazione, prendere come base per la valutazione del forfait per il 2008, il valore già definito per l'anno precedente, rivalutato a giugno 2008 secondo la metodologia già descritta per il forfait CID. Il forfait per il risarcimento dei danni alla persona del terzo trasportato era stato fissato per il 2007 a € 3.250. Sulla base quindi dell'inflazione programmata per il 2008, il costo medio dei risarcimenti ai terzi trasportati è stato stimato pari a € 3.305 (poi arrotondato

a € 3.300). Così come per le lesioni del conducente, 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. Anche per i rimborsi dei sinistri al terzo trasportato, per i risarcimenti superiori al plafond, vale la seguente formula:

rimborso = Forfait + (risarcimento – € 5.000)
– min. (€ 20.000, 10% del risarcimento)

LA FONDAZIONE ANIA PER LA SICUREZZA STRADALE

Il fenomeno dell'incidentalità stradale

Secondo il rapporto annuale dell'ISTAT e dell'ACI, nel 2006 gli incidenti stradali hanno provocato 5.669 morti e 332.955 feriti. Rispetto all'anno precedente, il numero dei morti è sceso del 2,6% e quello dei feriti dello 0,6%. Il tasso di mortalità (2,4 morti ogni 100 incidenti) è rimasto costante rispetto al 2005.

Considerando il periodo 2001-2006 i feriti sono diminuiti del 10,8% (da 373.286 a 332.955), mentre le vittime sono diminuite del 20,1%, passando da 7.096 morti nel 2001 a 5.669 nel 2006. Nel periodo considerato il tasso di mortalità è sceso lievemente, passando da 2,7 morti ogni 100 incidenti del 2001 a 2,4 nel 2006.

Secondo i dati forniti da Eurostat nel periodo 2001-2006 la diminuzione dei morti per incidente stradale è stata del 38,2% in Francia, del 27,0% in Germania e del 25,6% in Spagna. Solo il Regno Unito ha avuto una riduzione (pari all'8,3%) inferiore a quella dell'Italia, ma va considerato che il numero delle vittime è più basso: 3.598 nel 2001 e 3.298 nel 2006.

Inoltre, l'Italia con 95 morti ogni milione di abitanti registra un tasso di mortalità per incidente stradale praticamente doppio rispetto a paesi come Olanda, Gran Bretagna, Svezia che si attestano a circa 50 decessi ogni milione di abitanti e, comunque, più alto della Germania (65) e della Francia (85).

Quasi la metà delle vittime di incidenti stradali notturni si concentra il venerdì e il sabato.

Il numero di giovani deceduti in incidenti stradali è molto elevato. Nella classe di età tra i 18 e i 34 anni si registrano 1.985 morti (il 35% del totale), di cui 587 tra i giovani di età compresa tra 25 e 29 anni.

Il 76,5% del totale degli incidenti avviene nelle strade urbane; si registra un preoccupante aumento di vittime, soprattutto tra i pedoni: 758 vittime nel 2006, con un incremento del 7,8% rispetto al 2005.

Secondo i dati della Polizia Stradale emerge che gli italiani sono sempre più indisciplinati al volante. Nel 2007 le infrazioni al Codice della Strada rilevate sono state oltre 2,5 milioni, il 7,6% in più rispetto al 2006; le patenti ritirate sono state 76.472 (+8,1%).

L'infrazione più ricorrente è l'eccesso di velocità: nel 2007 è stata contestata a 1.057.237 automobilisti (+3,9% rispetto al 2006), mentre altri 65.901 conducenti (+3,2%) sono stati sanzionati per "velocità pericolosa". Sempre nel 2007 la Polizia Stradale ha elevato 116.375 multe per mancato uso delle cinture di sicurezza (+10,0%), 46.850 per mancato utilizzo dell'auricolare (+16,1%) e 7.573 per mancato uso del casco (+61,5%). Infine, in crescita anche le infrazioni per guida in stato di ebbrezza, 31.362 pari a un aumento del 26,4% rispetto al 2006 e per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti: 2.515 (+29,6%).

Secondo i dati più aggiornati rilevati dalla Polizia Stradale, riferiti però unicamente ad autostrade e a strade extraurbane, nel 2007 si è registrata una riduzione delle vittime rispetto al 2006 (rispettivamente, da 1.889 a 1.682 morti e da 66.057 a 63.763 feriti).

La strategia della Fondazione Ania

La sensibile riduzione del numero dei morti, sebbene apprezzabile, non è sufficiente per il raggiungimento dell'obiettivo del dimezzamento delle vittime entro il 2010. Permanendo l'attuale trend è presumibile che si arrivi nel 2010 a una riduzione delle vittime intorno al 30%.

Dai dati riportati emergono delle priorità su cui concentrare le azioni di sicurezza stradale: il controllo della velocità, la guida in stato d'ebbrezza, la guida distratta, la protezione degli utenti deboli (pedoni e due ruote), l'individuazione e la messa in sicurezza dei tratti stradali più pericolosi.

La Fondazione ANIA ha focalizzato la propria attività su tali aspetti attraverso azioni di sicurezza rivolte al soggetto, al mezzo, alla strada e lo ha fatto in partenariato con le principali Istituzioni nazionali competenti: Ministero dell'Interno, Ministero dell'Istruzione, Ministero delle Infrastrutture e Ministero dei Trasporti.

La formazione

Gli interventi d'inasprimento delle sanzioni susseguitisi negli ultimi anni, quantunque necessari, non sono sufficienti. Accanto a questo bisogna investire in cultura della sicurezza stradale e in formazione alla guida. Per questo, la

Fondazione ANIA ha realizzato progetti di educazione stradale rivolti ai bambini con i principali network a loro vicini, *Walt Disney* e *Cartoon Network*, cercando di formarli alle regole della strada, sia perché saranno i guidatori di domani sia perché attraverso di loro si può arrivare agli adulti.

Proseguendo su questa strategia ci si è rivolti agli adolescenti e si è elaborato il progetto *"patentino online"*, una piattaforma di e-learning per la preparazione all'esame per il conseguimento del patentino. Tale piattaforma è stata messa, gratuitamente, a disposizione di tutte le scuole d'Italia.

Le due ruote sono un tema particolarmente sensibile ed è per questo che è nato l'"*ANIA Campus*", un'area attrezzata per prove di guida sicura sulle due ruote rivolte ai ragazzi delle scuole medie superiori. In questo modo, si vogliono sensibilizzare le Istituzioni affinché percepiscano l'importanza di introdurre l'obbligatorietà della prova pratica, oltre a quella teorica, per il conseguimento del patentino.

Ci si è poi rivolti ai giovani neopatentati. La Fondazione ANIA ha realizzato un simulatore di guida che forma i giovani neopatentati e consente, tramite un collegamento a internet o grazie a un CD, di seguire dei percorsi stradali virtuali. Nel 2007, i migliori trecento ragazzi che hanno seguito questa modalità di apprendimento hanno vinto un corso di guida sicura. Nel 2008 i corsi messi a disposizione saranno quattrocento. Anche in questo caso il progetto nasce dalla convinzione che la prova pratica prevista dalla legge per il conseguimento della patente di guida sia anacronistica e non in linea con la densità di circolazione sulle nostre strade. Invece, il percorso didattico proposto dai corsi di guida sicura ha delle caratteristiche pedagogiche in linea con le esigenze della mobilità moderna.

La Fondazione ANIA ha realizzato un *protocollo di intesa con Assogomma-Federpneus* per sollecitare l'attenzione dei guidatori sull'importanza della manutenzione dello pneumatico. Inoltre, si stanno allestendo sul *"Blog della Fondazione"* delle aree dedicate alla manutenzione di base del veicolo che vogliono informare sui rischi derivanti dall'usura o dalla superficialità nel controllo meccanico del mezzo.

Le infrastrutture

La Fondazione ANIA già dallo scorso anno affronta, con il progetto *"Black Point"*, il problema della rete infrastrutturale.

Con questo progetto la Fondazione ANIA ha voluto dare voce agli utenti della strada. È stato reso operativo un portale (www.smaniadisicurezza.it). Sono stati attivati un indirizzo e-mail, un numero verde, un numero per gli sms e per gli mms e un recapito postale a cui i cittadini possono segnalare i punti particolarmente pericolosi della rete stradale. In base alle segnala-

zioni ricevute, la Fondazione prima verifica e poi sensibilizza gli enti preposti affinché rimuovano gli elementi di rischio per la circolazione sulla strada. La Fondazione ANIA provvede a monitorare l'attività degli Enti competenti e ne dà informazione a tutti coloro che hanno effettuato la segnalazione.

Inoltre, il portale è provvisto di una banca dati consultabile in cui sono indicati i Black Point e di un sistema cartografico in grado di segnalare i percorsi più sicuri. L'ulteriore sviluppo del progetto ha portato all'interfaccia con i navigatori satellitari. Servendosi di questa tecnologia si può allertare il guidatore mentre si sta avvicinando a un Black Point segnalato.

L'alcol: progetto "Guido con Prudenza"

La Fondazione ANIA, già dal 2004, ha realizzato il progetto *"Guido con Prudenza"* che ha tra gli scopi la diffusione del "guidatore designato" e la conoscenza degli effetti dell'alcol alla guida. Durante il periodo estivo e le festività natalizie, presso le più importanti discoteche italiane, vengono allestiti degli spazi dove i ragazzi possono, all'uscita dalla discoteca e prima di mettersi alla guida, testare il proprio livello alcolemico. Inoltre, i ragazzi e le ragazze che all'inizio della serata si assumono l'impegno di portare i loro amici a casa in sicurezza vengono identificati, come "guidatore designato". Se mantengono la promessa alla fine della serata vengono premiati. Il progetto è realizzato in collaborazione con la Polizia Stradale, che rafforza, in contemporanea, i controlli e premia, con un biglietto per la discoteca, i guidatori trovati sobri.

TAVOLA 1
GUIDO CON PRUDENZA – I RISULTATI DELLE CAMPAGNE DAL 2004 AL 2007

Pattuglie impiegate	2.248
Posti di controllo	1.612
Veicoli controllati	72.481
Persone controllate	83.445
Totale patenti ritirate	**8.997**
CONTROLLI CON PRECURSORI ALCOL	
Conducenti controllati	60.374
Conducenti positivi	6.657
INGRESSI GRATIS	13.681

La sicurezza della persona

Nel 2006 sono decedute 1.277 donne per incidente stradale: il 10,2% in più rispetto al 2005. La condotta di guida delle donne peggiora. In più le donne sono esposte al rischio di aggressione personale. Per questi motivi la Fondazione ANIA ha deciso di lanciare il progetto *"Scatola rosa"*, un dispositivo satellitare di piccole dimensioni che consente il collegamento 24 ore su 24 con una centrale operativa e rileva, in tempo reale, un eventuale incidente. In caso di guasto meccanico o di aggressione la guidatrice può chiedere soccorso immediato premendo un apposito pulsante in auto o su un telecomando elettronico, installato nel proprio veicolo. Il dispositivo consente alla centrale, in caso di allarme, di localizzare il veicolo per poter fornire immediate indicazioni alle Forze dell'Ordine oppure richiedere il pronto intervento meccanico o il soccorso sanitario.

L'iniziativa è in linea con le raccomandazioni dell'Unione Europea, che da tempo chiede ai Paesi membri l'utilizzo della tecnologia sui veicoli per migliorare la sicurezza sulle strade.

TAVOLA 2
INFORTUNI MORTALI SUL LAVORO (ANNO 2006)

	Morti	Distrib. %
Infortuni mortali stradali	626	48,1
di cui in itinere	255	19,6
Altre cause	676	51,9
Totale	**1.302**	**100,0**

Fonte: Inail

Gli infortuni stradali

Quasi la metà dei morti sul lavoro è riconducibile a incidenti stradali. Si tratta sia di incidenti in itinere (1) (ossia incidenti che avvengono sul percorso casa-lavoro e che il d.lgs. 32 del 2000 ha posto a carico dell'INAIL), sia di incidenti occorsi a persone, dipendenti o autonomi, che utilizzano il veicolo per finalità di lavoro.

In particolare, 626 dei 1.302 infortuni mortali denunciati all'INAIL nel 2006 derivano da infortuni stradali (2). In termini percentuali, si tratta del 48,1% del totale.

Per questa ragione, la Fondazione ANIA è intervenuta sulla formazione degli operatori del *Trasporto pesante*. Il numero di incidenti che i mezzi pesanti provocano è basso rispetto al totale, ma le conseguenze sono spesso gravi. Il tema è stato affrontato in due modi.

Il primo ha previsto dei corsi di formazione ai camionisti che non riguardano soltanto le tecniche di guida, ma anche aspetti, considerati marginali, che invece sono essenziali per una corretta condotta di guida: l'alimentazione, la postura, le visite oculistiche periodiche. Questa attività ha portato in tre anni di sperimentazione a risultati importanti.

Il secondo intende migliorare il monitoraggio statistico e ha spinto la Fondazione ANIA a installare, nel 2007, mille scatole nere sui camion; altrettante saranno installate nel 2008.

Questi dispositivi satellitari, oltre a consentire una fedele ricostruzione della dinamica dei sinistri, possono rappresentare un deterrente per condotte di guida non idonee. Forniscono, inoltre, degli importanti dati statistici che consentono di ottenere informazioni sulle modalità di guida, sulla velocità e sulle strade percorse dagli autotrasportatori.

(1) Nell'ordinamento previdenziale italiano l'infortunio in itinere non ha avuto una specifica tutela legislativa fino all'emanazione dell'art. 12 del d.lgs. n. 38/2000, con l'eccezione del lavoro marittimo (art. 6 del Testo unico di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124).

(2) Per infortunio stradale si intende quello avvenuto sulla pubblica via e causato da circolazione stradale, indipendentemente dal fatto che si tratti o meno di infortunio in itinere. In questo concetto viene compreso sia l'incidente capitato all'autotrasportatore nell'esercizio della sua attività, sia l'investimento del pedone da parte di un autoveicolo quando riguarda un lavoratore che si sta recando al lavoro e quindi va considerato in itinere. Non viene invece considerato infortunio stradale il caso di incidente fra autoveicoli o causato da autoveicoli all'interno di un cantiere di lavoro, in quanto lo stesso non può considerarsi né incidente stradale in senso stretto, né incidente legato a particolare rischio da circolazione di autoveicoli.

ATTUAZIONE DELLA V DIRETTIVA AUTO – D.LGS. N. 198/2007

Il 24 novembre 2007 è entrato in vigore il d.lgs. 6 novembre 2007, n. 198 che ha modificato varie norme del Codice delle assicurazioni, in attuazione della V Direttiva comunitaria sull'assicurazione r.c. auto (2005/14/CE), nel rispetto dei criteri di delega fissati dalla Legge comunitaria 2006 (l. 6 febbraio 2007, n. 13). Il provvedimento reca numerose novità e chiarimenti in materia di assicurazione r.c. auto, fra cui:

- l'equiparazione delle targhe provvisorie dei veicoli alle targhe definitive a fini assicurativi;
- la temporanea assicurabilità dei veicoli d'importazione da parte degli assicuratori del paese di destinazione;
- l'estensione delle ipotesi di intervento del Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada;
- l'estensione delle funzioni del Centro di Informazione Italiano presso l'ISVAP;
- il rilascio dell'attestato di rischio, relativo all'ultima annualità assicurativa completa, anche in corso di vigenza del contratto r.c. auto.

Si rammentano inoltre i seguenti ulteriori profili di rilievo recati dalla Direttiva:

- la precisazione dei limiti di ammissibilità dei controlli non sistematici delle coperture assicurative alle frontiere dei paesi dell'Unione Europea;
- l'estensione, nell'ambito dei paesi appartenenti alla UE, a tutte le vittime dei sinistri della circolazione stradale del diritto di azione diretta verso l'assicuratore del responsabile civile del sinistro (prima riconosciuto dalla IV Direttiva solo alle vittime di sinistri trans-frontalieri);
- l'accoglimento delle disposizioni che conferiscono, fra l'altro, al danneggiato il diritto di citare in giudizio l'assicuratore del responsabile nello Stato membro in cui il danneggiato stesso ha il suo domicilio (Regolamento CE n. 44 /2001 del Consiglio Europeo).

Fra le modifiche di maggior spessore, peraltro, è da segnalare l'aumento dei massimali minimi obbligatori per la copertura r.c. auto.

A tal fine, il decreto legislativo n. 198 ha sostituito integralmente l'articolo 128 del Codice delle assicurazioni, che nella nuova formulazione prevede i seguenti massimali:

- *nel caso di danni alla persona* è fissato un importo minimo di copertura r.c. auto nella misura di *5 milioni di euro per sinistro,* indipendentemente dal numero delle vittime;
- *nel caso di danni alle cose* è fissato un importo minimo di copertura r.c. auto nella misura di *1 milione di euro per sinistro*, indipendentemente dal numero delle vittime;

- per l'adeguamento degli attuali massimali minimi di legge ai nuovi e maggiori valori previsti dal legislatore europeo, è confermato un *duplice termine di adempimento*: quello intermedio dell'*11 dicembre 2009*, entro il quale dovranno divenire obbligatori massimali pari almeno alla metà dei nuovi importi minimi fissati dalla V Direttiva e quello finale dell'*11 giugno 2012* entro il quale dovranno essere obbligatoriamente previsti i nuovi massimali nella loro interezza;
- ogni cinque anni, a partire dall'11 giugno 2012, sarà stabilita con provvedimento del Ministro dello sviluppo economico *l'indicizzazione automatica dei nuovi massimali obbligatori*, secondo la variazione percentuale dell'indice europeo dei prezzi al consumo.

In tema di massimali minimi di legge, inoltre, il decreto citato stabilisce che dalla data di applicazione dei nuovi massimali è abrogato il D.P.R. 19 aprile 1993 il quale ha fissato a suo tempo gli importi di copertura minima obbligatoria tuttora vigenti. Il decreto n. 198, peraltro, non prevede che l'adeguamento dei massimali (sia l'adeguamento intermedio sia quello definitivo) venga disposto con atto normativo (previsto solo per le indicizzazioni quinquennali successive all'11 giugno 2012), né prevede norme di raccordo con la disciplina del 1993. Si desume, quindi, che tale adeguamento dovrà avvenire in modo automatico, in forza delle disposizioni direttamente recate dal decreto stesso.

Di conseguenza:

- fino e non oltre il 10 dicembre 2009 incluso, deve ritenersi ancora in vigore il D.P.R. 19 aprile 1993, e quindi ancora legittimi gli attuali massimali minimi unici, differenziati solo per tipologia di veicolo;
- dall'11 dicembre 2009, il D.P.R. 19 aprile 1993 viene abrogato e i contratti r.c. auto di qualunque tipologia di veicolo e dei natanti dovranno prevedere due massimali minimi distinti: vale a dire un massimale destinato esclusivamente al risarcimento dei danni alle persone pari a 2,5 milioni di euro per sinistro, indipendentemente dal numero delle vittime più un massimale destinato esclusivamente per danni alle cose pari a 500.000 euro per sinistro, indipendentemente dal numero delle vittime;
- dal 12 giugno 2012 i contratti r.c. auto dovranno contemplare almeno un massimale per danni alle persone pari a 5 milioni di euro per sinistro, indipendentemente dal numero delle vittime e un massimale per danni alle cose pari a 1 milione di euro per sinistro, indipendentemente dal numero delle vittime.

In difetto di una specifica previsione che circoscriva l'applicazione dei nuovi massimali alle stipulazioni di contratti r.c. auto e ai rinnovi contrattuali effettuati a partire dalle date previste, ne deriva che tutti i contratti r.c. auto dovranno essere adeguati ai nuovi massimali alle date previste, compresi quelli stipulati anteriormente a tali date.

PREVENTIVATORE UNICO R.C. AUTO (ART. 136 CAP)

L'articolo 136, comma 3bis, del Codice delle assicurazioni, introdotto dalla legge n. 40/2007 di conversione del c.d. decreto Bersani II (d.l. n. 7/2007), stabilisce che "*Il Ministero dello sviluppo economico* (MiSE) *utilizza il sistema tariffario completo in tutte le sue estensioni organizzato dall'ISVAP, sulla base dei dati forniti dalle imprese di assicurazione, per realizzare un servizio informativo, anche tramite il proprio sito internet, che consente al consumatore di comparare le tariffe applicate dalle diverse imprese di assicurazione relativamente al proprio profilo individuale*".

In attuazione di tale norma, con lettera al mercato dell'11 aprile 2008 l'ISVAP ha indicato alle imprese le linee operative del progetto *"Preventivatore Unico R.C. Auto"*, il cui obiettivo è quello di mettere a disposizione dei consumatori uno strumento di comparazione diretta e contestuale dei premi relativi a tutti i "prodotti" r.c. auto offerti da tutte le imprese operanti in Italia, a fini pro competitivi.

L'Istituto di Vigilanza, fra l'altro, ha sottolineato che la forte interazione con le imprese di assicurazione rappresenta un fattore chiave di successo dell'iniziativa, anche rispetto ai ristretti tempi di attivazione del Preventivatore Unico, che dovrebbe essere operativo già entro ottobre 2008; al riguardo, l'ANIA ha rinnovato la disponibilità delle imprese a collaborare per la realizzazione del progetto.

Coerentemente con tali premesse, nel maggio scorso sono state avviate una serie di attività congiunte, tuttora in corso, da parte di un gruppo "pilota" di imprese, di rappresentanti ANIA e dell'apposito gruppo di lavoro "Preventivatore" costituito in ISVAP, secondo l'impegnativo "timing" operativo illustrato dall'Istituto.

Il progetto, infatti, presenta evidenti complessità, sia sotto il profilo tecnico sia sotto il profilo informatico, in quanto dovrà permettere all'utente di ottenere informazioni sul premio r.c. auto di tutte le imprese – che utilizzano parametri di tariffazione numerosi e differenti fra di loro e differenti condizioni di assicurazione – attraverso una sola interrogazione sul sito internet dell'ISVAP o sul sito del MiSE, sostitutiva delle distinte interrogazioni sui siti delle singole imprese.

A tale scopo, l'utente dovrà inserire in un "portale unico di preventivazione", messo a disposizione sui siti delle Autorità suindicate, i dati relativi al proprio profilo di rischio necessari per ottenere le risposte da parte di ciascuna impresa (ad esempio: dati anagrafici del proprietario del veicolo e del conducente, dati tecnici del veicolo).

Il "motore unico di preventivazione" inoltrerà la richiesta al portale di preventivazione di ciascuna impresa, che elaborerà il preventivo sulla base dei propri parametri tariffari e delle proprie condizioni di assicurazione. Il sistema di preventivazione di ogni singola impresa fornirà il proprio preventivo al

sistema unico di preventivazione, che dovrà "assemblare" le risposte ricevute e predisporre un elenco con l'indicazione del nominativo di ciascuna impresa e "a latere" l'indicazione del rispettivo premio r.c. auto e di un codice identificativo del relativo preventivo ("report di output").

I preventivi saranno presentati a partire dal minor premio r.c. auto, in senso crescente.

Attraverso il codice identificativo associato dal Preventivatore Unico al binomio impresa/premio, l'utente successivamente potrà rivolgersi all'impresa che lo interessa per ottenere il preventivo r.c. auto completo di tutte le informazioni previste dalla normativa attuale.

Sul sito dell'ISVAP e del Ministero dello Sviluppo Economico gli utenti troveranno informazioni ed "help" in linea relativi alle funzionalità e alle caratteristiche del Preventivatore Unico, nonché ai principali profili delle coperture assicurative r.c. auto (fra l'altro sarà richiamata l'attenzione sulla necessità di leggere attentamente le clausole di esclusioni e limitazioni di garanzia, con eventuali possibili rivalse da parte dell'impresa).

A tale riguardo, i premi r.c. auto forniti da tale preventivatore avranno le seguenti caratteristiche: 1) saranno riferiti esclusivamente ai contratti di nuova stipulazione con una determinata impresa ("nuovi affari"), mentre per conoscere con esattezza l'eventuale premio r.c. auto di rinnovo del contratto in corso con la propria impresa, il contraente dovrà richiedere il preventivo direttamente sul sito internet di quest'ultima 2) rappresenteranno i "prezzi massimi" indicati dalle imprese per un certo profilo di rischio: non potranno tener conto infatti di eventuali sconti che spesso le imprese concedono.

L'informazione sul prezzo della polizza r.c. auto, inoltre, seppur necessaria ai fini di un orientamento di massima dell'utenza nella scelta del servizio assicurativo, non è sicuramente sufficiente per un confronto completo fra prodotti concorrenti, che possono differenziarsi sotto vari profili, poiché le imprese hanno strutture dei premi e delle condizioni di assicurazione molto differenziate.

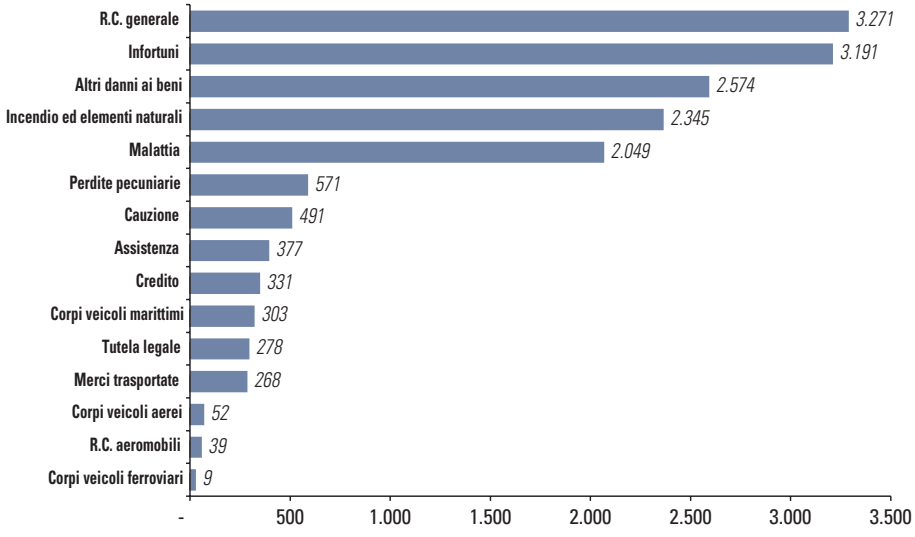
Sarebbe opportuno e utile, quindi, che nel Preventivatore Unico i dati di "output" attualmente previsti, indicazione dell'impresa e del relativo premio r.c. auto, fossero integrati da alcune sintetiche informazioni sulle principali caratteristiche dell'offerta di ciascuna impresa.

Anche per quanto concerne il contenuto del "report di output" del preventivatore, l'analisi congiunta attualmente in corso presso l'ISVAP è orientata all'individuazione di una soluzione di equilibrio, nel caso specifico, fra l'esigenza di sinteticità dell'informazione relativa alle offerte r.c. auto e quella che tale informativa consenta all'utente una reale confrontabilità delle offerte stesse, differenti non solo economicamente (prezzo), ma anche qualitativamente (condizioni di assicurazione).

Nel 2007 la crescita dei premi è stata inferiore ai valori registrati a partire dal 2000. La ragione principale di questo sviluppo contenuto è la contrazione dei premi per i rami trasporti, diretta conseguenza di un mercato "soft". L'incidenza dei premi degli altri rami danni sul totale danni continua a crescere, anche se in misura contenuta. Il miglioramento di quasi tre punti percentuali del loss ratio di competenza ha comportato un saldo tecnico in crescita e un aumento dell'incidenza del risultato del conto tecnico complessivo rispetto ai premi (dal 2,6% nel 2006 al 5,4% nel 2007).

I RAMI DANNI DIVERSI DAL SETTORE AUTO

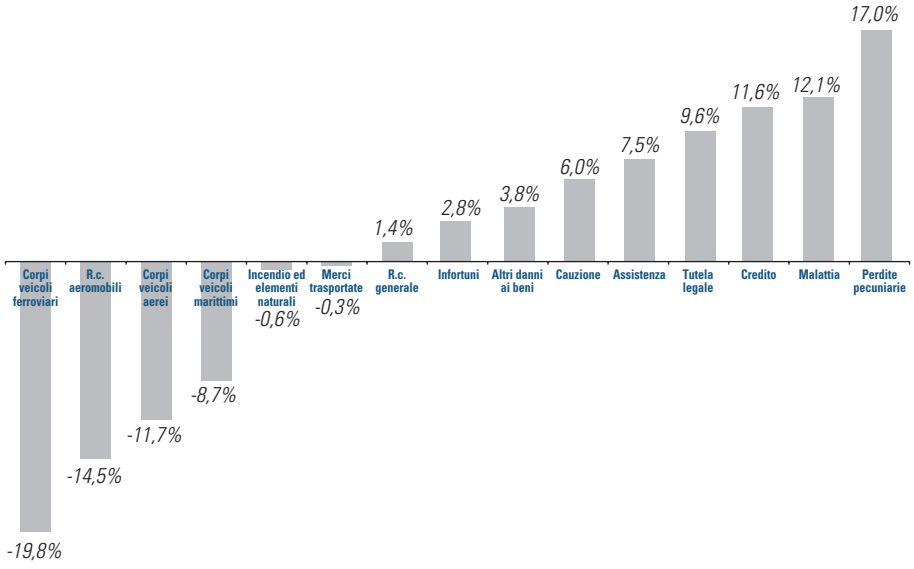
I **premi del lavoro diretto italiano**, raccolti nei rami danni diversi dal settore auto (ossia escludendo i rami corpi veicoli terrestri, r.c. auto e r.c. veicoli marittimi) sono stati nel 2007 pari a 16.149 milioni di euro, in aumento del 3,8% rispetto al 2006. Si tratta del tasso di crescita più contenuto nell'attuale decennio. Questo andamento si spiega principalmente con la riduzione registrata per i premi del settore trasporti, diretta conseguenza di un mercato "soft" che comporta un contenimento dei prezzi unitari. In particolare, i rami che hanno registrato un calo rispetto all'anno precedente sono stati i corpi veicoli ferroviari (-19,8%), la r.c. aeromobili (-14,5%), i corpi veicoli aerei (-11,7%), i corpi veicoli marittimi (-8,7%) e le merci trasportate (-0,3%); hanno registrato tassi di crescita ben al di sopra della media le perdite pecuniarie (+17,0%), il ramo malattia (+12,1%), il credito (+11,6%), la tutela legale (+9,6%), l'assistenza (+8,1%) e la cauzione (+6,0%). L'incidenza dei premi delle altre assicurazioni danni sul totale danni è in lieve crescita, passando dal 41,9% nel 2006 al 42,9% nel 2007.



PREMI DEL LAVORO DIRETTO PER RAMO DI ATTIVITÀ – 2007
Valori in milioni di euro

Le altre assicurazioni danni

TASSO DI CRESCITA DEI PREMI DEL LAVORO DIRETTO PER RAMO DI ATTIVITÀ – 2007

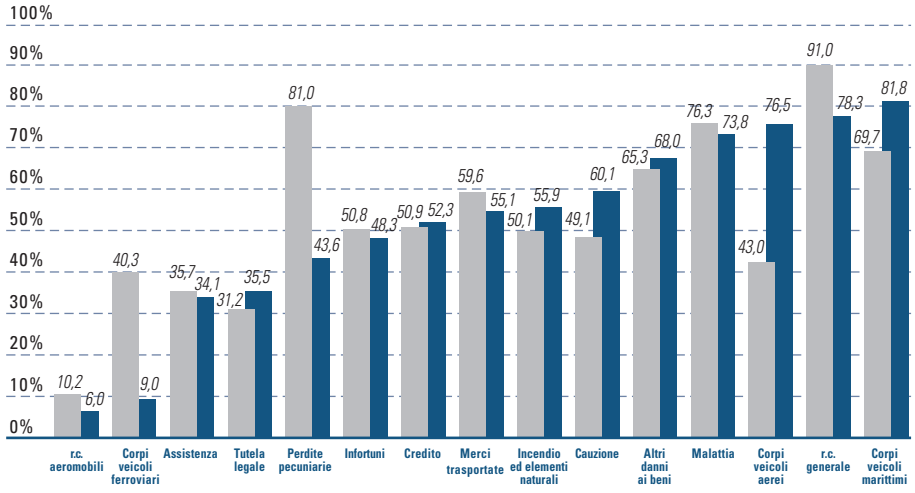


Il **costo dei sinistri di competenza**, definito come somma degli importi pagati e riservati per i sinistri accaduti nell'esercizio di bilancio, è stato pari a 10.142 milioni di euro (10.000 nel 2006), con un aumento dell'1,4% rispetto all'anno

ALTRI RAMI DANNI (*)
Valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Premi contabilizzati	10.976	11.771	12.807	13.505	14.180	14.957	15.563	16.149
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	333	404	353	402	474	484	497	496
Oneri relativi ai sinistri (-):	7.925	8.130	8.714	8.872	8.914	9.140	9.788	9.770
- sinistri di competenza (-)	8.065	8.076	8.663	9.114	8.979	9.439	10.000	10.142
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	140	-54	-51	242	64	298	212	372
Saldo delle altre partite tecniche	-213	-209	-263	-283	-318	-314	-434	-385
Spese di gestione (-)	3.255	3.458	3.701	3.919	4.130	4.409	4.619	5.021
- provvigioni	2.226	2.340	2.545	2.723	2.858	3.084	3.259	3.508
- altre spese di acquisizione	412	468	471	497	521	548	580	622
- altre spese di amministrazione	617	650	685	699	751	777	780	891
Saldo tecnico del lavoro diretto	**-750**	**-430**	**-223**	**28**	**343**	**610**	**225**	**477**
Utile investimenti	695	683	529	695	784	829	806	905
Risultato del conto tecnico diretto	**-56**	**253**	**305**	**723**	**1.128**	**1.439**	**1.031**	**1.382**
Saldo della riassicurazione	516	135	-130	-346	-758	-811	-632	-537
Risultato del conto tecnico complessivo	**460**	**388**	**175**	**377**	**370**	**628**	**398**	**845**
Variazione % annua dei premi	5,7%	7,2%	8,8%	5,4%	5,0%	5,5%	4,1%	3,8%
Combined ratio	**104,1%**	**100,9%**	**98,9%**	**96,7%**	**94,2%**	**92,6%**	**94,6%**	**93,5%**
- Expense ratio	29,7%	29,4%	28,9%	29,0%	29,1%	29,5%	29,7%	31,1%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	20,3%	19,9%	19,9%	20,2%	20,2%	20,6%	20,9%	21,7%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	3,8%	4,0%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	3,9%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	5,6%	5,5%	5,3%	5,2%	5,3%	5,2%	5,0%	5,5%
- Loss ratio:	74,5%	71,5%	70,0%	67,7%	65,0%	63,2%	65,0%	62,4%
- Loss ratio di competenza	75,8%	71,0%	69,6%	69,6%	65,5%	65,2%	66,4%	64,8%
- Suff./Insuff sinistri es. preced./Premi competenza	1,3%	-0,5%	-0,4%	1,8%	0,5%	2,1%	1,4%	2,4%
Saldo tecnico/Premi di competenza	**-7,1%**	**-3,8%**	**-1,8%**	**0,2%**	**2,5%**	**4,2%**	**1,5%**	**3,1%**
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	**-0,5%**	**2,2%**	**2,5%**	**5,5%**	**8,2%**	**9,9%**	**6,8%**	**8,8%**
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	**4,3%**	**3,4%**	**1,4%**	**2,9%**	**2,7%**	**4,3%**	**2,6%**	**5,4%**
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni	*39,4%*	*39,3%*	*39,5%*	*39,5%*	*40,0%*	*41,2%*	*41,9%*	*42,9%*

(*) Sono esclusi i rami corpi veicoli terrestri, r.c.. auto, r.c. autoveicoli marittimi, lacustri e fluviali



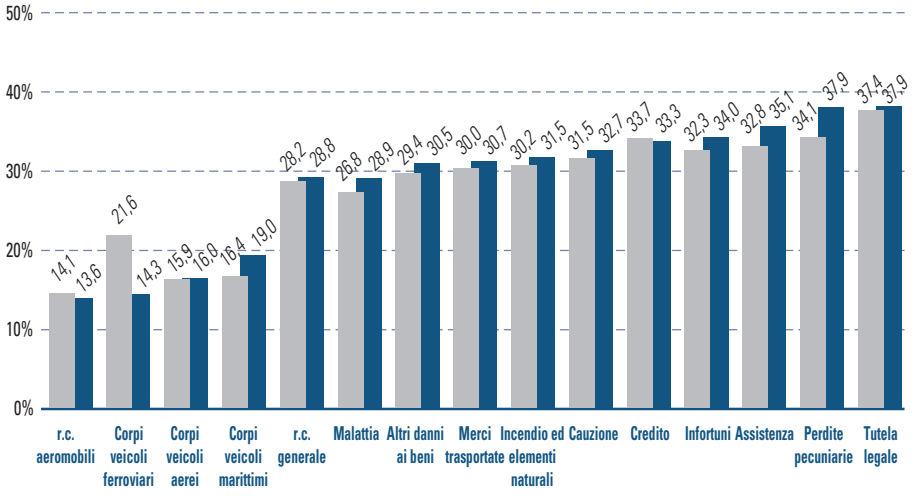
LOSS RATIO DI ESERCIZIO PER RAMO DI ATTIVITÀ

2006 *2007*

precedente. Dal momento che la crescita del costo dei sinistri è risultata inferiore a quella registrata dai premi, il loss ratio di competenza risulta in miglioramento, passando dal 66,4% nel 2006 al 64,8% nel 2007.

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 9.770 milioni di euro, lo 0,2% in meno rispetto al 2006. Il rapporto tra tali oneri per sinistri e i premi di competenza è stato pari al 62,4%, in diminuzione rispetto al 65,0% nel 2006. I rami che più di altri hanno contribuito al miglioramento di questo indicatore il cui peso, in termini di premi, è più elevato rispetto agli altri, sono stati il ramo infortuni, per il quale il loss ratio passa dal 50,8% nel 2006 a 48,3% nel 2007, il ramo malattia (dal 76,3% al 73,8%) e il ramo r.c. generale (dal 91,0% al 78,3%).

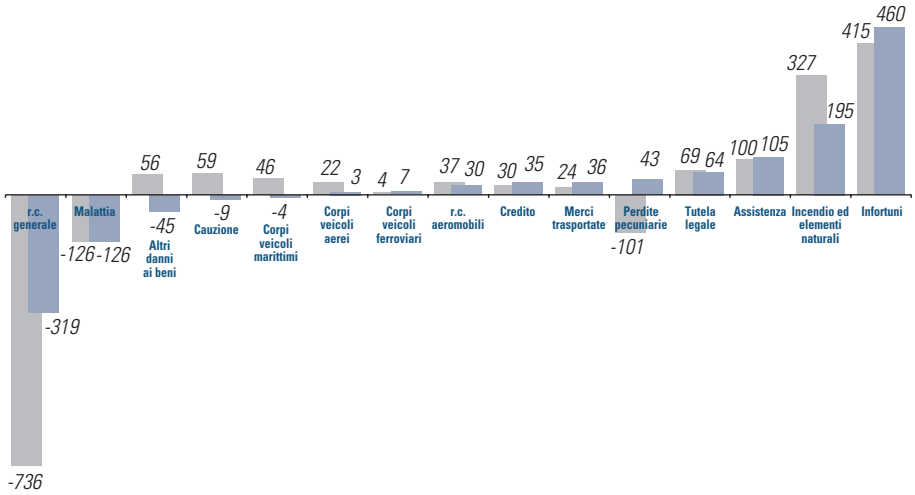
Le **spese di gestione** sono state pari a 5.021 milioni di euro (4.619 nel 2006) e comprendono le spese di amministrazione attinenti alla gestione tecnica e gli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi e per l'or-



EXPENSE RATIO PER RAMO DI ATTIVITÀ
INCIDENZA % SUI PREMI

2006 *2007*

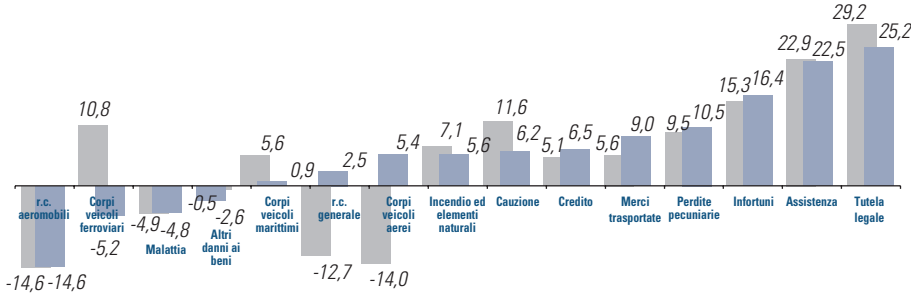
SALDO TECNICO DEL LAVORO DIRETTO PER RAMO DI ATTIVITÀ
Valori in milioni di euro



ganizzazione e il funzionamento della rete distributiva. L'incidenza delle spese sui premi è stata del 31,1%, valore in lieve aumento rispetto al 29,7% del 2006. È stata in particolare la componente provvigionale a crescere mediamente di più delle altre spese, passando da un'incidenza del 20,9% nel 2006 al 21,7% nel 2007. I rami che presentano l'expense ratio più alto sono la tutela legale e le perdite pecuniarie (37,9%); valori più contenuti e inferiori al 20%, si registrano nei rami r.c. aeromobili (13,6%), corpi veicoli ferroviari (14,3%), corpi veicoli aerei (16,0%) e corpi veicoli marittimi (19,0%).

Il **saldo tecnico del lavoro diretto** è stato positivo per 477 milioni di euro (225 nel 2006). Il miglioramento registrato dal saldo tecnico è imputabile al minor carico dell'onere per sinistri precedentemente commentato; in particolare, hanno registrato un saldo tecnico positivo i seguenti rami: infortuni (460 milioni di euro nel 2007 contro 415 milioni nel 2006); incendio (195 milioni di euro contro 327 nel 2006); assistenza (105 milioni di euro contro 100 nel 2006). Si sono registrati saldi negativi in valore assoluto più elevati nel ramo r.c. generale (-319 milioni di euro) e nel ramo malattia (-126 milioni di euro).

INCIDENZA % DEL RISULTATO DEL CONTO TECNICO COMPLESSIVO SUI PREMI DI COMPETENZA PER RAMO DI ATTIVITÀ



Considerato che gli **utili degli investimenti** sono stati pari a 905 milioni di euro (806 nel 2006), il **risultato del conto tecnico** è stato positivo per 1.382 milioni di euro (1.031 nel 2006).

Tenuto conto del saldo della riassicurazione, il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 845 milioni di euro (398 nel 2006), con un'incidenza sui premi del 5,4% (2,6% nel 2006). In particolare, il ramo r.c. generale ha evidenziato per la prima volta un'utile tecnico complessivo positivo e pari a 80 milioni di euro (-404 nel 2006), con un'incidenza sui premi pari al 2,5%. Incidenze superiori al 10% si registrano per i seguenti rami: perdite pecuniarie (10,5%), infortuni (16,4%), assistenza (22,5%) e tutela legale (25,2%). Valori negativi di tale incidenza si registrano invece nel ramo altri danni ai beni (-2,6%), malattia (-4,9%), corpi veicoli ferroviari (-5,2%) e r.c. aeromobili (-14,6%).

LA DIFFUSIONE DELL'ASSICURAZIONE SANITARIA TRA LE FAMIGLIE ITALIANE NEL 2006

Come nelle edizioni precedenti, il questionario somministrato alle famiglie italiane dalla Banca d'Italia in occasione della rilevazione del 2006 dell'indagine sui bilanci delle famiglie contiene una sezione dedicata al comportamento assicurativo. La sezione comprende la richiesta ai capifamiglia inclusi nel campione di dichiarare se uno o più membri del nucleo familiare sia in possesso di un'assicurazione sanitaria (intesa come polizza malattia e infortuni) e quanto si sia speso nell'anno per i premi.

FIGURA 1
QUESTIONARIO: ASSICURAZIONI SANITARIE

Assicurazioni sanitarie (infortuni e malattie)

F06. Nel 2006 Lei, o qualcuno nella Sua famiglia, aveva un'assicurazione sanitaria privata (per infortuni e malattie)? **ASS4**

– Si 1
– No ..... 2 → ***Dom. F10***

F07. Nel 2006 quante polizze sanitarie erano presenti nella famiglia? |.....| **NASS4**

(Int.re! Compilare una colonna per ogni polizza!)

	1° Polizza		2° Polizza		3° Polizza		4° Polizza	
ASS4C11 ... 19 .. ASS4C51 ... 59 **F08.** Nel 2006, quali persone della Sua famiglia erano assicurate con questa polizza? (Indicare il N° d'ordine del/i componente/i la famiglia – Sez. A – Struttura della famiglia)	|....| |....| |....| |....| |....|	|....| |....| |....| |....|	|....| |....| |....| |....| |....|	|....| |....| |....| |....|	|....| |....| |....| |....| |....|	|....| |....| |....| |....|	|....| |....| |....| |....| |....|	|....| |....| |....| |....|
ASS4S1 ... 5 **F09.** Quale importo è stato pagato dalla Sua famiglia nel 2006, per questa polizza?	€ |....|....|·|....|....|....|		€ |....|....|·|....|....|....|		€ |....|....|·|....|....|....|		€ |....|....|·|....|....|....|	

Fonte: Banca d'Italia

FIGURA 2
DIFFUSIONE PER AREA DI PROVENIENZA

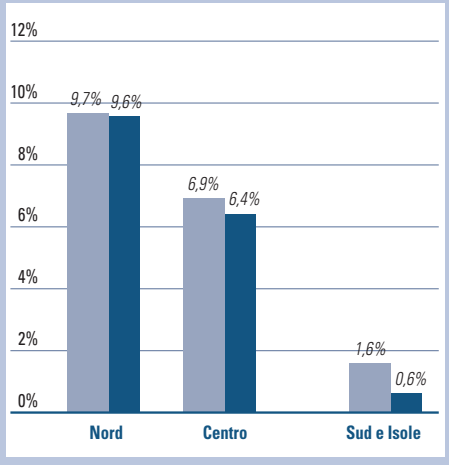


FIGURA 3
DIFFUSIONE PER CONDIZIONE PROFESSIONALE

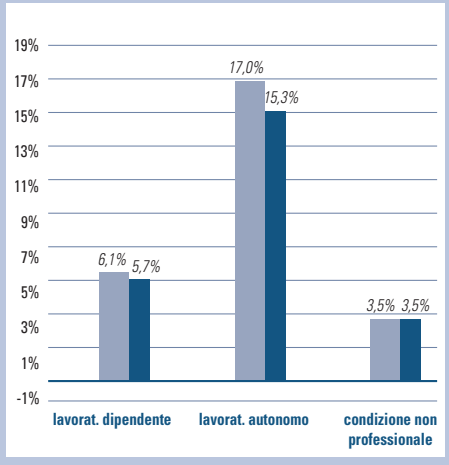
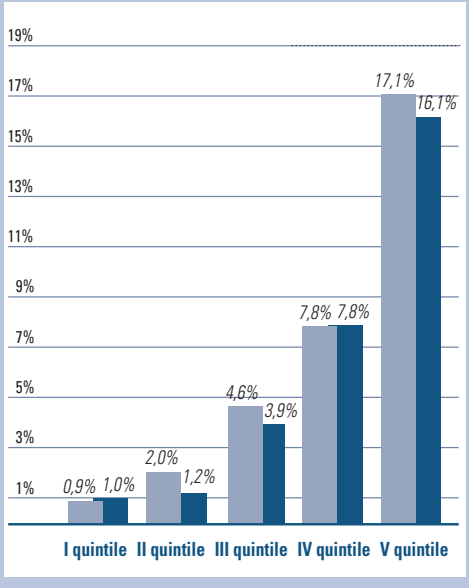


FIGURA 4
DIFFUSIONE PER QUINTILE DI REDDITO DEL CAPOFAMIGLIA



In base alla rilevazione del 2006, si stima che siano in possesso di almeno una polizza malattia e/o infortuni circa 1,45 milioni di famiglie, il 6,1% del totale delle famiglie residenti in Italia (circa 22,6 milioni). I dati del 2004, portavano a una stima della diffusione di polizze malattia e infortuni leggermente superiore.

Le polizze sanitarie sono risultate più diffuse nel Nord, dove il 9,6% dei nuclei residenti hanno almeno un familiare assicurato; è pari al 6,4% (6,9% nel 2004) la quota di famiglie assicurate residenti al Centro. Nel Sud, la quota delle famiglie assicurate è pari allo 0,6%.

Il 15,3% dei lavoratori autonomi sono risultati in possesso di una polizza sanitaria privata, contro il 5,7% dei lavoratori dipendenti e il 3,5% dei capifamiglia in condizione non professionale. Rimane comunque forte l'incentivo dei lavoratori autonomi ad affiancare una copertura privata a quella garantita dal Servizio Sanitario Nazionale.

La relazione tra la diffusione delle polizze sanitarie e il livello del reddito del capofamiglia è, non sorprendentemente, crescente. Nel 2006 appena l'1% dei nuclei famigliari all'interno del primo 20% della distribuzione dei redditi deteneva una polizza sanitaria, contro il 16,1% delle famiglie più ricche. Rispetto al 2004 si è registrata una lieve flessione della diffusione delle coperture private nel II, III e V quintile della distribuzione del reddito, mentre è rimasta praticamente invariata nei restanti due quintili.

I FONDI SANITARI INTEGRATIVI

Con la Legge finanziaria per il 2008 è stata modificata la disciplina fiscale dei Fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e delle forme di assistenza di origine contrattuale. Con il decreto del Ministero della salute, emanato il 19 marzo 2008, si sono stabiliti gli ambiti di intervento di tali fondi. L'obiettivo è portare a compimento il c.d. "secondo pilastro" del nostro sistema sanitario e di assistenza sociale, in considerazione del fatto che in Italia, una larghissima parte della spesa privata (circa l'83%) è, ancora, direttamente a carico delle famiglie mentre il ruolo delle assicurazioni e delle casse assistenziali è marginale.

Il decreto stabilisce che gli ambiti di intervento dei fondi integrativi del SSN riguardano:

- le prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli essenziali di assistenza (c.d. LEA, prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, cioè il ticket), incluse le medicine non convenzionali, le cure termali e l'assistenza odontoiatrica;
- le compartecipazioni alle spese per prestazioni socio-sanitarie erogate dal SSN;
- le prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria;
- le prestazioni socio-sanitarie e le prestazioni sociali finalizzate prioritariamente a garantire la permanenza a domicilio, ovvero in strutture idonee, delle persone anziane o disabili e le prestazioni riabilitative a favore di soggetti temporaneamente inabilitati (per quanto non garantito dal sistema pubblico).

Inoltre, il decreto delinea anche gli ambiti di intervento di enti, casse e società di mutuo soccorso, che comprendono il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie definite secondo i propri statuti e regolamenti, quali ricoveri, visite, accertamenti sanitari privati. In particolare, il decreto precisa che, per continuare a fruire dei benefici fiscali a partire dal 2010, detti soggetti dovranno attestare che almeno il 20% delle prestazioni riguardi, congiuntamente o disgiuntamente, prestazioni socio-sanitarie/socio-assistenziali per le persone non autosufficienti e assistenza odontoiatrica. Un successivo decreto ministeriale dovrà indicare i criteri e le modalità di calcolo necessari a definire la citata misura del 20%, le procedure di controllo e l'eventuale aggiornamento.

L'ultimo articolo del decreto istituisce presso il Ministero della salute l'Anagrafe dei fondi sanitari, demandando a un successivo decreto la definizione delle procedure e modalità di funzionamento della stessa anagrafe.

IL PROGETTO BLACK BOX

Nel 2008 l'ANIA ha avviato un progetto sperimentale, in collaborazione con la Fondazione ANIA per la sicurezza stradale, di durata triennale, che prevede l'installazione di 1.000 black box su mezzi pesanti adibiti al trasporto di merci. La black box o "scatola nera" è un sistema che consente di raccogliere, memorizzare, elaborare e trasferire dati provenienti da sensori di bordo.

Il progetto ha un duplice obiettivo. Da un lato, assolve alla funzione anticrimine per la protezione del carico, grazie al servizio di telesorveglianza che consentirà interventi rapidi in caso di furto o rapina, incrementando le probabilità di recupero del carico e del mezzo, e che potrà anche costituire un deterrente nei casi di simulazione di reato o di comportamenti poco virtuosi. Dall'altro consente la creazione di una banca dati finalizzata a registrare:

- sotto il profilo della sicurezza stradale, i comportamenti dei mezzi pesanti oggetto di sperimentazione e, tra l'altro, i chilometri percorsi, i tempi di movimento, il numero di eventuali incidenti, la velocità dei mezzi;
- nell'ottica della protezione delle merci trasportate, i dati relativi agli allarmi derivanti dalle aperture non autorizzate di porte e portelloni della cabina di guida o del vano carico nonché dallo sgancio non autorizzato del rimorchio o semirimorchio.

L'analisi dei dati renderà possibile ricostruire gli eventi e ottenere una serie di indicazioni statistiche utili, sia per una migliore definizione del grado di pericolosità di tali mezzi sulla strada sia per una più efficace azione preventiva a tutela del mezzo e dei beni trasportati.

La sperimentazione verrà differenziata in base a diversi parametri, con riguardo alla portata del mezzo, alla tipologia (ad esempio cisterne o autocarri frigoriferi) e al segmento distributivo (consegne urbane, trasporti nazionali, comunitari ed extra UE).

È tra l'altro ipotizzabile, in prospettiva, una sempre maggior diffusione di tali sistemi considerato che a livello nazionale (nell'ambito del Comitato Elettrotecnico Italiano) è ormai in fase avanzata la definizione di una normativa tecnica specifica per le scatole nere, che permetterà agli operatori del settore di far riferimento, per la prima volta, a criteri tecnici oggettivi per la valutazione delle prestazioni e dell'efficacia di tali dispositivi.

IL PROGETTO SIGRA

Il progetto SIGRA, Sistema Integrato per la Gestione del Rischio Alluvionale, ha come obiettivo la realizzazione di un avanzato apparato informatico che, basandosi sulla mappatura del rischio idrogeologico per l'intero territorio nazionale, sia 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, è stato realizzato da un pool di società nazionali sotto il coordinamento dell'ANIA. La realizzazione del sistema, data la sua complessità, ha comportato uno sviluppo articolato in diverse fasi, che ha occupato quattro anni ed è terminato nel novembre 2007.

Il progetto integra competenze di tipo ingegneristico, statistico e assicurativo, necessarie per lo sviluppo dei modelli di simulazione e alla costruzione di un'unica base dati di riferimento contenente le informazioni storiche, idrografiche, idrogeologiche e territoriali necessarie per una corretta mappatura dei rischi.

Il SIGRA si basa su una rappresentazione del territorio nazionale e delle caratteristiche orografiche e idrogeologiche specifiche di ogni sua zona. In particolare, il SIGRA prende in esame i dati storico-statistici relativi agli eventi alluvionali, le loro estensioni spazio-temporali e le conseguenze subite in termini di danni alle cose ed effettua una classificazione dei beni a rischio in funzione delle loro caratteristiche di vulnerabilità alle alluvioni. L'insieme delle funzionalità disponibili consente alle imprese di assicurazione di valutare con precisione il livello del rischio alluvionale per un determinato indirizzo civico o punto geografico. Il sistema è in grado di valutare la frequenza dell'evento dannoso da alluvione e il livello ponderato di danno.

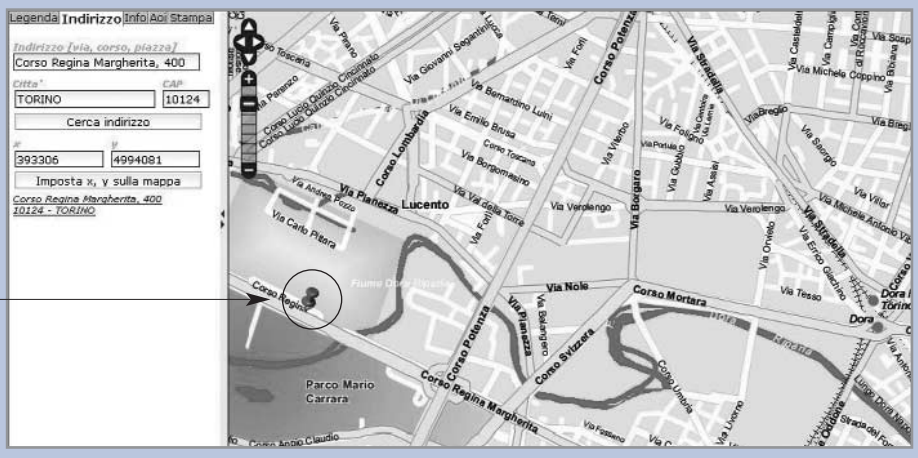
Le mappe sono visibili con diverse modalità, dette "strati cartografici", che possono essere sovrapposti fra loro, permettendo così di valutare anche visivamente i differenti livelli di rischio. I dati SIGRA possono essere importati nel sistema informativo di impresa per facilitare le varie elaborazioni.

Durante lo sviluppo del sistema si è inoltre provveduto a:

- introdurre la mappatura digitale dell'intero territorio italiano, avendo cura di omogeneizzare i diversi dati raccolti;
- elaborare una metodologia statistica di realizzazione dei diversi scenari alluvionali;
- determinare, in funzione delle caratteristiche simili di vulnerabilità, una classificazioni dei beni e dei fabbricati.

Tutte queste informazioni e algoritmi costituiscono la cosiddetta "Banca Dati di Riferimento", cuore del sistema, che alimenta i sistemi operanti presso le imprese associate e denominati: "SIGRA Utente".

Questa figura (mappa n. 1) rappresenta una porzione della pianta della città di Torino. L'indicatore è posizionato all'indirizzo digitato dall'operatore. Le coordinate geografiche riportate nei campi X e Y corrispondono al punto selezionato.



Questa vista (mappa n. 2) riporta la foto satellitare della medesima porzione di territorio della mappa n. 1. La parte ombreggiata indica la superficie che sarebbe interessata da un'esondazione con periodo di ritorno 500 anni (significa che un evento con dimensioni simili o superiori a quello riportato ha la probabilità di accadere ogni 500 anni).

Questa immagine (mappa n. 3) mostra i diversi livelli di massima altezza che l'acqua raggiungerebbe nel corso dell'evento ipotizzato alla mappa n. 2 (tiranti).

Le sfumature evidenziano le diverse altezze dell'acqua; a sfumatura più intensa corrisponde un'altezza maggiore di acqua.

Superata positivamente la fase di collaudo, sono state approntate una serie di sessioni formative indirizzate al personale delle imprese con l'obiettivo sia di fornire una presentazione generale delle caratteristiche disponibili nel sistema sia di favorire un rapido apprendimento delle modalità operative. Nei primi mesi del 2008, 20 imprese hanno richiesto di utilizzare il sistema e hanno registrato più di 350 addetti.

Per le sue caratteristiche, il progetto contribuisce a migliorare le attività operative delle imprese e a favorire 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, in particolare la Direttiva UE sul controllo delle acque e quella sulla gestione delle alluvioni da parte degli Stati membri.

L'ASSICURAZIONE GRANDINE: LE STATISTICHE DEL 2007

Con l'istituzione del Fondo di Solidarietà Nazionale (legge 364 del 1970) era stato introdotto per la prima volta in Italia l'intervento pubblico a favore della gestione dei rischi agricoli, con l'obiettivo di promuovere interventi di prevenzione e soccorso nelle aree colpite da calamità naturali, allo scopo di favorire la ripresa economica e produttiva delle imprese danneggiate. Tra gli interventi previsti dal Fondo, oltre a quelli "ex post" di natura compensativa dei danni e a quelli "ex ante" di difesa attiva di salvaguardia e prevenzione del danno, rientravano le polizze assicurative agevolate, gestite principalmente in forma collettiva a livello provinciale attraverso i consorzi di difesa. Questi ultimi potevano contrattare con le imprese assicurative la copertura dei rischi sulle produzioni dei loro associati. Lo Stato poi interveniva attraverso un contributo sul premio assicurativo pagato dall'agricoltore.

Con il d.lgs. n. 102 del 2004 è stato riformato il Fondo di Solidarietà Nazionale introducendo vincoli e procedure, per l'accesso al contributo pubblico, con la finalità di limitare fenomeni di selezione avversa (attraverso l'obbligo di assicurazione dell'intera produzione aziendale della singola coltura prodotta all'interno di un comune) e favorire la razionalizzazione della spesa pubblica (attraverso l'esclusione dagli interventi compensativi dei danni a prodotti ammissibili all'assicurazione agevolata). Inoltre l'entità del contributo pubblico viene determinato di anno in anno attraverso il "Piano assicurativo agricolo annuale", tenendo conto delle disponibilità di bilancio, dell'importanza socio-economica delle produzioni e del numero di potenziali assicurati, sentito il parere di una Commisione tecnica interprofessionale a cui partecipano rappresentanti di MIPAF, ISMEA, CNEL, ASNACODI e ANIA, oltre a quelli delle province autonome di Trento e Bolzano e della Cooperazione agricola.

La novità più importante recata dal nuovo decreto sul fronte degli strumenti per la gestione del rischio è stata il potenziamento degli strumenti assicurativi, attraverso l'introduzione e l'incentivazione di "polizze multigaranzia" (cosiddette polizze pluririschio e multirischio) che hanno l'obiettivo di fornire una copertura più ampia dei rischi.

In particolare, le polizze pluririschio assicurano contemporaneamente più rischi singoli a un costo inferiore rispetto a quello che si determinerebbe stipulando distintamente le coperture, in quanto si tiene conto delle mutualità derivanti dalla copertura congiunta di rischi con diversa distribuzione di probabilità.

Le polizze multirischio assicurano invece il mancato o diminuito risultato della produzione del prodotto garantito, ottenibile in una superficie dichiarata, a causa di condizioni atmosferiche avverse.

Le nuove forme di assicurazione, introdotte nel 2005, non hanno avuto una rapida diffusione. Nella campagna estiva del 2006 (anno della prima rilevazione statistica su tali polizze) solo il 3,3% dei quintali totali erano assicurati con polizze pluririschio, mentre solo poco più dell'1% era assicurato con forme multirischio (tavola 1).

TAVOLA 1 - CAMPAGNA ESTIVA GRANDINE 2006 E 2007
Tutti i prodotti assicurati in quintali

	2007				2006			
Garanzie	**Quintali Ass.ti**	**Distr. %**	**Valori Ass.ti (.000 €)**	**Distr. %**	**Quintali Ass.ti**	**Distr. %**	**Valori Ass.ti (.000 €)**	**Distr. %**
Grandine	129.727.765	75,9%	2.574.807	66,4%	132.394.042	91,8%	2.884.120	86,2%
Pluririschio	28.856.862	16,9%	988.569	25,5%	4.753.296	3,3%	183.750	5,5%
Multirischio	9.749.585	5,7%	228.967	5,9%	1.801.572	1,2%	57.299	1,7%
Altro*	2.481.506	1,5%	85.783	2,2%	5.349.150	3,7%	222.171	6,6%
TOTALE	**170.815.718**	**100,0%**	**3.878.126**	**100,0%**	**144.298.060**	**100,0%**	**3.347.340**	**100,0%**

Piante e Talee

Garanzie	2007				2006			
	Piante Ass.ti	**Distr. %**	**Valori Ass.ti (.000 €)**	**Distr. %**	**Quintali Ass.ti**	**Distr. %**	**Valori Ass.ti (.000 €)**	**Distr. %**
Grandine	131.649.340	70,7%	73.175	78,7%	78.890.836	71,4%	37.863	61,7%
Pluririschio	54.450.689	29,2%	17.834	19,2%	29.666.775	26,8%	16.344	26,7%
Altro*	63.771	0,0%	1.928	2,1%	1.989.170	1,8%	7.120	11,6%
TOTALE	**186.163.800**	**100,0%**	**92.937**	**100,0%**	**110.546.781**	**100,0%**	**61.327**	**100,0%**

Nel 2007 il Piano agricolo nazionale, oltre ad ampliare le garanzie, ha previsto che non può essere richiesta l'attivazione delle procedure di stato di calamità per tutti i prodotti assicurabili contro i rischi coperti dalle garanzie monorischio e pluririschio riportati nel piano stesso. Le nuove regole hanno stimolato un forte interesse dei produttori verso polizze che prevedono non solo la copertura per la grandine, ma anche per altri eventi quali gelo, brina, vento, siccità e fitopatie.

Nella campagna estiva del 2007 le polizze pluririschio hanno coperto circa il 17% dei quintali (tavola 1), corrispondenti a oltre il 25% dei valori assicurati. In particolare, i quintali assicurati (29 milioni nel 2007) sono circa sei volte quelli assicurati nel 2006; analogo tasso di crescita si registra per i valori assicurati.

Per le piante e le talee il ricorso a polizze pluririschio è stato pari al 30% delle piante (27% nel 2006); poiché è considerevolmente aumentato il numero di piante assicurate (+68%) anche l'aumento delle polizze multirischio è assai rilevante (83%).

TAVOLA 2 - DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLE POLIZZE PLURIRISCHIO E MULTIRISCHIO (DATI IN QUINTALI)

	2007		2006		Variazione (%) 06/07	
PLURIRISCHIO	**Quintali Ass.ti**	**Valori Ass.ti (.000 €)**	**Quintali Ass.ti**	**Valori Ass.ti (.000 €)**	**Quintali Ass.ti**	**Valori Ass.ti**
CENTRO	4.845.775	230.004.180	1.088.655	66.133.496	345,1%	247,8%
NORD EST	1.249.976	6.322.789	103.922	5.057.325	1102,8%	25,0%
NORD OVEST	17.628.636	645.702.795	2.056.462	70.705.691	757,2%	813,2%
SUD	4.523.344	83.649.568	996.702	32.003.186	353,8%	161,4%
ISOLE	609.131	22.889.316	507.555	9.850.186	20,0%	132,4%
TOTALE	**28.856.862**	**988.568.647**	**4.753.296**	**183.749.885**	**507,1%**	**438,0%**

	2007		2006		Variazione (%) 06/07	
MULTIRISCHIO	**Quintali Ass.ti**	**Valori Ass.ti (.000 €)**	**Quintali Ass.ti**	**Valori Ass.ti (.000 €)**	**Quintali Ass.ti**	**Valori Ass.ti**
CENTRO	2.140.396	43.959.123	922.740	21.498.926	132,0%	104,5%
NORD EST	46.555	1.734.400	16.330	552.230	185,1%	214,1%
NORD OVEST	5.202.128	133.609.820	640.983	27.268.573	711,6%	390,0%
SUD	2.239.778	43.045.912	204.364	6.994.861	996,0%	515,4%
ISOLE	120.728	6.617.432	17.155	984.050	603,7%	572,5%
TOTALE	**9.749.585**	**228.966.687**	**1.801.572**	**57.298.639**	**441,2%**	**299,6%**

Anche le polizze multirischio sulle rese in quintali hanno registrato nel 2007 un forte sviluppo. Circa il 6% dei quintali e dei valori assicurati sono rientrati in questa forma di assicurazione (nel 2006 le due quote superavano appena l'1%). Pertanto il ricorso a queste polizze si è quintuplicato.

Se si analizza la distribuzione sul territorio di tali forme assicurative (tavola 2), limitando l'analisi ai soli prodotti in quintali, si osserva che nel 2007, per le polizze pluririschio, oltre il 60% dei quintali assicurati (corrispondenti al 65% dei valori assicurati) era concentrato nel Nord Est dell'Italia, mentre il Nord Ovest e il Centro si ripartivano la quota rimanente dei quintali; in termini di valori assicurati il Centro Italia è però di gran lunga prevalente rispetto al Nord Ovest. Analoga distribuzione territoriale si riscontra per le polizze multirischio.

L'ASSICURAZIONE DELL'IMPIANTISTICA RIFERITA ALLE ENERGIE ALTERNATIVE

Anche nel nostro Paese, in conseguenza del preoccupante deficit energetico, si è assistito negli ultimi anni a un accentuato interesse verso le c.d. fonti energetiche rinnovabili.

Grazie agli importanti incentivi di natura fiscale previsti dalla Finanziaria 2006 (il c.d. Conto Energia la cui caratteristica fondamentale consiste nel remunerare l'energia prodotta dall'impianto collegato in rete a un prezzo superiore a quello di mercato, riconoscendo il guadagno in bolletta) e alla possibilità di accedere – già nella fase di progettazione – ai finanziamenti erogati dagli istituti di credito per la realizzazione delle nuove tecnologie, sono stati installati numerosi impianti di produzione di energia eco-compatibile (impianti fotovoltaici, eolici, biogas, biomasse e biocarburanti) relativamente ai diversi settori produttivi (agricoltura, industria, edilizia civile, residenziale, pubblica e privata).

In particolare, il 2007 ha registrato un vero "boom" degli impianti fotovoltaici: il numero di installazioni (circa 12.000, sia a terra sia su tetto) è stato superiore rispetto a quelle effettuate nei 25 anni precedenti.

In riferimento a queste nuove realtà produttive e ai rischi a essa correlati, il mercato assicurativo ha studiato e offerto proposte assicurative sia per la fase di installazione (utilizzando le già collaudate polizze CAR ed EAR) sia per la fase operativa e gestionale. Per quest'ultima sono, infatti, presenti polizze "*all risk*" con una duplice funzione, di copertura dei danni materiali e diretti e dei c.d. danni indiretti.

Nella prima categoria rientrano i danni agli impianti derivanti da eventi atmosferici (grandine, vento, fulmini, uragani, trombe d'aria e sovraccarico del ghiaccio), incendio e scoppio, danni a terzi, guasti elettrici/elettronici, meccanici, furti e atti dolosi vandalici. Nel secondo ambito vengono indennizzati i danni indiretti, quelli cioè conseguenti alla mancata produzione di energia dovuta al fermo degli impianti, incluso anche il mancato riconoscimento del contributo in "Conto Energia", da parte del Gestore dei Servizi Elettrici.

La polizza (qualora riferita al rischio abitazione può essere emessa a secondo rischio sulla eventuale polizza casa già stipulata) può essere sottoscritta sia dalle aziende esercenti sia dalle banche finanziatrici e dalle società di installazione e consente, oltre alla ottimizzazione di costi e coperture, anche una gestione più snella ed efficiente degli impianti, in termini di controllo dei rischi e gestione amministrativa.

Il nuovo strumento assicurativo può offrire un significativo valore aggiunto soprattutto per gli impianti di dimensioni medio-piccole.

L'INDUSTRIA ASSICURATIVA E L'IMPATTO AMBIENTALE

La tutela dell'ambiente, la protezione delle persone e dei loro beni rispetto ai fenomeni atmosferici, lo studio dei cambiamenti climatici, lo sviluppo sostenibile sono argomenti oggetto di intervento da parte delle imprese di assicurazione, a livello mondiale. L'intervento assume forme e modalità diverse, e riguarda sia la *governance* che il *core business* delle imprese di assicurazione.

Per il primo aspetto, molte imprese stanno incrementando la propria efficienza interna cercando di limitare l'impatto che un settore produttivo come quello assicurativo comunque lascia sull'ambiente, attivandosi con metodi diversi. Ad esempio, alcune imprese cercano di riciclare le carcasse delle macchine rubate o incidentate, altre si sono poste l'obiettivo di ridurre le proprie emissioni di anidride carbonica e di aiutare il riforestamento in alcune parti del mondo per bilanciare l'inquinamento prodotto dai propri cicli produttivi.

Nel ruolo di investitore istituzionale, molte compagnie seguono politiche di investimento responsabile, incoraggiando e premiando aziende che adottano misure idonee a ridurre il proprio impatto ambientale. Il settore assicurativo, in qualità di parte sociale, sponsorizza anche studi sui fenomeni naturali e sulle misure di prevenzione per mitigare i vari rischi e incentiva la creazione di strumenti di *risk mapping*. Per quanto riguarda la sostenibilità socio-economica, alcune imprese di assicurazione si occupano di micro-assicurazione, che è un'iniziativa molto simile al micro-credito.

Per quanto riguarda il *core business* dell'impresa di assicurazione, che consiste nel fornire coperture assicurative, esistono prodotti (nei rami *property*) che proteggono gli assicurati dai danni che possono essere cagionati alle loro proprietà dalle catastrofi naturali; esistono altri prodotti che tutelano il patrimonio dell'imprenditore (rami di responsabilità civile) nel caso dovesse essere responsabile per un danno da inquinamento. Sono, inoltre, oggetto di studio le nuove tipologie di rischi che gli assicuratori chiamano *man made*, per i quali è difficile prevedere l'impatto.

Per quanto concerne, in particolare, i prodotti relativi al danno all'ambiente occorre tenere presente che nel nostro Paese i riferimenti normativi sono il Testo Unico sull'ambiente (d.lgs. n.152/06) e la responsabilità extra-contrattuale disciplinata nel Codice Civile (art. 2043). In estrema sintesi, la normativa vigente, improntata ai principi dello sviluppo sostenibile, della prevenzione, della precauzione e della responsabilità, afferma che un soggetto è responsabile e ha conseguentemente degli obblighi se accidentalmente o con colpa o addirittura con dolo, dovesse inquinare o far correre il rischio concreto di inquinare.

Nel caso di evento inquinante, sussiste l'obbligo di pagare, bonificare, ripristinare lo stato dei luoghi come erano prima della contaminazione. La norma precisa che il responsabile (ai sensi dell'art. 5 del d.lgs. 152/06, che sancisce il principio del "chi inquina paga") che abbia posto in essere un'attività inquinante, idonea a deteriorare la condizione delle risorse ambientali, è tenuto quanto meno a correggere e a ridurre le conseguenze negative che siano state causate dalla propria condotta, a proprie spese, fatta salva la possibilità di interventi pubblici mirati a promuovere il risanamento dell'ambiente, anche mediante l'adozione di nuove tecnologie, sempre che non sia possibile l'integrale ripristino dello *status quo ante*. Esiste un obbligo di denuncia alle autorità competenti, quindi di autodenuncia dell'accadimento o del probabile accadimento di un evento inquinante, e la presentazione di un piano per contenere i danni e per bonificare il sito, nonché un obbligo di riparazione dei danni arrecati a specie e habitat protetti. Naturalmente, esiste anche la responsabilità nei confronti di terzi per eventuali danni a persone, a cose e a flora e fauna non protetti. Va considerato che un evento inquinante potrebbe essere causato anche da una ordinaria operazione di carico/scarico di materiali (ad esempio, lo sversamento di gasolio su un terreno), oppure da una conduttura che perde fluidi reflui di produzione industriale. Si tratta quindi di ipotesi non rare, che rappresentano un rischio effettivo che andrebbe tenuto presente nei piani assicurativi delle aziende.

Per quanto riguarda i dati sulle coperture assicurative relative ai danni all'ambiente, viene stimato un volume premi delle polizze per danni da inquinamento attorno ai 40 milioni di euro all'anno, equamente divisi tra compagnie

che aderiscono al Pool r.c inquinamento, che è un consorzio di co-riassicurazione, e alcune imprese internazionali che operano in Italia. Si tratta di un valore piuttosto basso nel confronto internazionale.

L'ASSICURAZIONE R.C. SANITARIA: LE STATISTICHE DEL 2006

Nell'ultimo decennio, la giurisprudenza, anche a seguito di una maggior consapevolezza dei propri diritti da parte dei malati in seguito a errori medici o a disservizi della struttura sanitaria, pubblica o privata, ha riconosciuto la responsabilità del medico e/o della struttura sanitaria-ospedaliera in tutti quei casi in cui la terapia sia stata inadeguata o quando il medico abbia omesso le cure appropriate o commesso un errore terapeutico. Nello stesso periodo si è andato anche allargando il danno risarcibile alle vittime (patrimoniale, morale, biologico ed esistenziale), riconoscendo il diritto al rimborso anche ai familiari del malato. In termini assicurativi tutto questo si è tramutato in un crescente numero di sinistri denunciati (figura 1) e risarciti dalle compagnie di assicurazione e di un costo medio dei sinistri sempre più elevato.

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 assicurative, quella riguardante le strutture sanitarie (rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile medica della struttura sia pubblica sia privata), e 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).

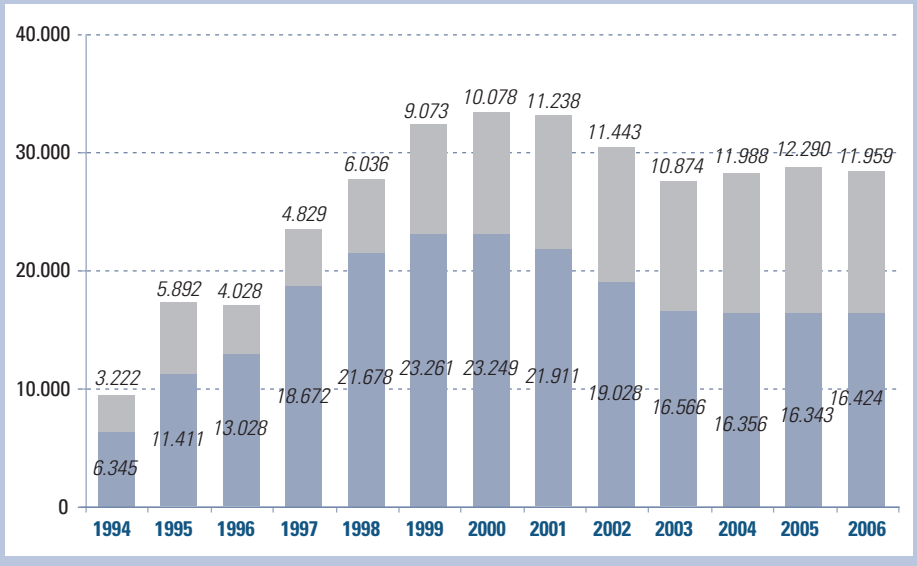


FIGURA 1
NUMERO DEI SINISTRI DENUNCIATI

TAVOLA 1
*INCIDENZA % DELL'IMPORTO LIQUIDATO SUL COSTO COMPLESSIVO DEI SINISTRI AL 31/12/2006 PER ANNO DI PROTOCOLLAZIONE**

Anno di protocollazione*	r.c. Strutture Sanitarie	r.c. Professionale Medici
(1)	*(2)*	*(3)*
1996	84,0%	68,3%
1997	81,1%	80,1%
1998	78,7%	66,6%
1999	66,3%	56,1%
2000	59,9%	42,1%
2001	46,0%	39,1%
2002	41,0%	28,1%
2003	33,1%	25,6%
2004	25,6%	15,8%
2005	18,5%	9,8%
2006	5,7%	3,6%

** 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*

Dal 1996 al 2006, il numero dei sinistri denunciati alle compagnie di assicurazione ha subìto un incremento del 66% (da oltre 17.000 denunce nel 1996 a circa 28.400 nel 2006). Ma se si analizza più a fondo questo dato si evidenzia che sono stati i sinistri denunciati relativamente alla copertura dei singoli professionisti medici a registrare l'aumento più sostenuto, passando da 4.028 denunce del 1996 a 11.959 nel 2006 (+197%). Per quanto riguarda invece la copertura delle strutture sanitarie l'incremento registrato è stato più contenuto e pari al 26% (da 13.028 denunce nel 1996 a 16.424 nel 2006).

Occorre fare particolare attenzione, invece, alla valutazione del costo dei risarcimenti. Infatti per questa tipologia di sinistri i tempi di liquidazione sono, nella maggior parte dei casi, estremamente lunghi soprattutto a causa dei contenziosi giudiziari che nascono in merito al riconoscimento della responsabilità e alla quantificazione del danno subìto. Questo fa sì che inizialmente l'impresa non possieda tutte le informazioni necessarie per la corretta valutazione del sinistro, che spesso è destinato ad aumentare di valore nel corso del tempo. La tavola 1 riporta per ogni anno di protocollazione (ossia l'anno di apertura del sinistro presso l'impresa o l'anno di riapertura di sinistri precedentemente chiusi) l'incidenza dell'importo liquidato al costo complessivo del sinistro. Per i sinistri protocollati nel 1996 che coinvolgono le strutture sanitarie, dopo dieci anni (ossia al 31 dicembre 2006), risultava liquidato l'84% del costo complessivo dei sinistri. Tale percentuale risulta invece inferiore per quanto riguarda la r.c. professionale dei medici e pari al 68%. Se si considerano i sinistri protocollati nel 2006, la percentuale di importo liquidato nell'anno stesso di protocollazione è assai limitata e pari al 5,7% del totale per la r.c. delle strutture sanitarie, mentre è ancora più contenuta per la r.c. professionale dei medici (3,6%).

Come detto i tempi lunghi di liquidazione e le carenze informative che la compagnia deve colmare per la corretta definizione del danno fanno sì che la valutazione del risarcimento effettuata nei primi anni di sviluppo del sinistro risulti essere spesso insufficiente. La tavola 2 mostra, infatti, come il rapporto tra sinistri (pagati e riservati) e premi, ossia l'indicatore tecnico che serve a esplicitare quanta parte di premio viene utilizzata dalle imprese per pagare i risarcimenti, tende a crescere significativamente nel tempo. In particolare, i dati riguardano il totale del settore della responsabilità civile medica (r.c. professionisti e r.c. strutture sanitarie).

I dati per le generazioni dei sinistri più "mature", ossia quelle riguardanti i sinistri protocollati dal 1996 al 1999, mostrano come anche dopo 7-10 anni (ossia alla fine dell'anno 2006) il rapporto sinistri a premi continui a peggiorare rispetto alle valutazioni fatte 4-6 anni dopo la protocollazione. Ad esempio, l'indicatore tecnico al 31 dicembre 2006 per la generazione 1997 è pari al 293%, valore di molto superiore al 223% stimato al 31 dicembre 2002 quando erano già passati cinque

TAVOLA 2
*RAPPORTO "SINISTRI/PREMI" AL 31 DICEMBRE 2006 PER ANNO DI PROTOCOLLAZIONE**

Anno di protocollazione	al 31 dicembre 2002	al 31 dicembre 2004	al 31 dicembre 2005	al 31 dicembre 2006
(1)	*(2)*	*(3)*	*(4)*	*(5)*
1996	187%	198%	195%	191%
1997	223%	320%	300%	293%
1998	168%	340%	313%	288%
1999	179%	262%	266%	249%
2000	151%	216%	219%	208%
2001	154%	218%	218%	200%
2002	149%	232%	229%	199%
2003		196%	199%	171%
2004		145%	170%	154%
2005			173%	162%
2006				158%

** 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*

anni dalla protocollazione. Se si analizza invece la generazione del 2002, anno per il quale si dispone del rapporto sinistri a premi valutato sia nell'anno di protocollazione sia quattro anni dopo, si nota come il rapporto sinistri a premi viene rivisto in peggioramento di ben 50 punti percentuali passando dal 149% al 199%.

Al 31 dicembre 2006, tuttavia, il rapporto sinistri a premi per tutte le generazioni disponibili sembra essere leggermente migliorato rispetto alle valutazioni fatte l'anno precedente (ossia al 31 dicembre 2005). Questo potrebbe essere un'indicazione o di una più cauta riservazione fatta nell'anno precedente o di maggiori informazioni sui sinistri che hanno permesso di definire meglio i sinistri ancora da pagare.

Se si vuole fare un confronto omogeneo tra le diverse generazioni di sinistri occorre sempre tenere presente che tale analisi deve essere condotta a parità di anni di sviluppo che intercorrono tra l'anno di apertura e quello di osservazione. È possibile cioè, a titolo esemplificativo, confrontare le generazioni di protocollazione 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006 al 31 dicembre dello stesso anno di apertura (ossia con un solo anno di antidurata); tale confronto evidenzia che il 2006 chiude il primo anno con un rapporto tra sinistri e premi pari al 158%, inferiore a quello della generazione del 2005 (173%), ma superiore a quelli delle altre due generazioni valutate alla stessa epoca (149% per il 2002 e 145% per il 2004).

LE TIPOLOGIE DI RISCHIO SOTTOSCRITTE NEL RAMO CAUZIONI

I contratti assicurativi sottoscritti nel ramo cauzioni assolvono a una funzione che ha notevoli punti di contatto con la fidejussione bancaria, in quanto con la stipula di questi contratti, il contraente (che costituisce un soggetto obbli-

gato nei confronti di un terzo) in caso di sinistro (ossia in caso di un inadempimento) viene sollevato dal pagamento dall'assicuratore che però ha un diritto di rivalsa o di surrogazione verso lo stesso contraente. Sono escluse le garanzie di natura puramente fiduciaria, prestate cioè a fronte di operazioni finanziarie non riconducibili a contratti tipicamente disciplinati.

Le tipologie di rischio di questo ramo sono costantemente aggiornate a seconda delle esigenze del mercato e dei settori di attività. A questo scopo è stata avviata una statistica associativa che ha l'obiettivo di analizzare semestralmente la raccolta premi del ramo cauzioni (oltre che della nuova produzione emessa) dettagliatamente per le tipologie di rischio che sono assicurate nel nostro Paese.

Alla rilevazione hanno aderito imprese cui fa capo quasi il 90% della raccolta premi in Italia (comprese le rappresentanze di imprese UE) e i dati di seguito riportati (tavola 1) sono una stima per la totalità del mercato.

TAVOLA 1
PREMI CONTABILIZZATI A DICEMBRE 2007 PER IL RAMO CAUZIONI (MIGLIAIA EURO)

Tipologie di rischio	Premi lordi contabilizzati	*di cui :* Premi Nuova Produzione*	Distrib. % Premi lordi contabilizzati	Distrib. % Premi Nuova Produzione	Incidenza % Nuova produzione su Premi Contabilizzati
(1)	*(2)*	*(3)*	*(4)*	*(5)*	*(6)*
Agea-Regolamenti CEE	11.106	7.012	2,1%	2,3%	63,1%
Altre garanzie	29.031	14.274	5,4%	4,7%	49,2%
Appalti	205.761	108.158	38,3%	35,4%	52,6%
Assimilate agli appalti	111.063	51.907	20,7%	17,0%	46,7%
Contributi	39.368	16.928	7,3%	5,5%	43,0%
Doganali	16.332	8.206	3,0%	2,7%	50,2%
Garanzie di pagamento	12.924	7.471	2,4%	2,4%	57,8%
Gestione rifiuti	41.438	30.267	7,7%	9,9%	73,0%
Imposte	70.739	61.424	13,2%	20,1%	86,8%
Totale complessivo	**537.759**	**305.647**	**100,0%**	**100,0%**	**56,8%**

** Per alcune imprese non è stato possibile distinguere la nuova produzione vera e propria rispetto a nuove emissioni per variazione di contratti già in essere in portafoglio*

Nel 2007 a fronte di 538 milioni di euro di premi contabilizzati ne risultano emessi per nuovi contratti il 56,8%, pari a oltre 305 milioni di euro.

Non disponendo di dati dettagliati per il 2006 non si possono commentare trend di crescita, ma sulla base della nuova produzione, che è quella che dovrebbe meglio indicare come si sta muovendo il mercato, si evince che

circa la metà del portafoglio cauzioni è concentrato in due tipologie di rischio principali: gli "appalti" (in prevalenza pubblici) e "assimilate agli appalti" che insieme costituiscono il 52% della nuova produzione del 2007.

La nuova produzione relativa alle garanzie per rimborso di "imposte" (cauzioni previste da specifiche leggi, che un soggetto è tenuto a costituire a favore degli uffici dell'Amministrazione Finanziaria) è stata pari al 20% del totale; quella per la "gestione rifiuti" (si garantisce ai beneficiari – Ministero dell'Ambiente o Regioni/Province/Comuni – l'osservanza dei previsti adempimenti e il risarcimento di eventuali spese per il ripristino ambientale per trasporto, per stoccaggio, smaltimento in ambito nazionale e spedizioni transfrontaliere, per l'iscrizione all'apposito Albo Nazionale) è stata pari al 10%.

Della rimanente parte della nuova produzione, il 5,5% è rappresentato dai "contributi" (a garanzia dell'esatta destinazione dei fondi erogati da Organismi Europei, Amministrazioni Statali, Regionali o di altri Enti Locali per la realizzazione di progetti specifici) malgrado le recenti difficoltà registrate nella gestione dei contributi statali ex legge 488/92 e simili. Tra il 2% e il 3% del totale si attestano i nuovi premi delle garanzie "Agea-Regolamenti CEE" (le prime aventi per oggetto la restituzione dei fondi concessi dall'UE sotto forma di aiuti, contributi e premi nei mercati agricoli – le seconde sono garanzie prestate in relazione a quanto previsto dai regolamenti CEE n. 222/77 del 13 dicembre 1976 e n. 223/77 del 22 dicembre 1976 relativi al regime del transito comunitario delle merci, al fine di garantire la riscossione dei dazi e degli altri tributi che uno Stato membro ha diritto di esigere per le merci che attraversano il suo territorio) e "Doganali" (Cauzioni per il pagamento periodico differito dei dazi doganali, per temporanee importazioni, per altre operazioni doganali).

I premi indiretti raccolti in Italia dai soli riassicuratori professionali sono diminuiti nel 2007 del 6%; anche se positivo, diminuisce il risultato d'esercizio principalmente a causa di un calo dei proventi da investimento.

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	6.181	22,4%	5,5%
2007*	4.350	-29,6%	4,2%

(*) 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	1.506	-8,6%	24,4%
2007*	1.410	-6,4%	32,4%

(*) Stima ANIA

La raccolta dei premi indiretti complessivi, italiani ed esteri, pari a 4.350 milioni di euro, è diminuita del 29,6% rispetto al 2006; occorre tuttavia sottolineare che i premi contabilizzati nel 2006 (pari a 6.181 milioni di euro) risentivano della decisione di una primaria impresa italiana che, a seguito di una ristrutturazione aziendale, non ha differito all'esercizio 2007 le partite di natura tecnica relative alle accettazioni e retrocessioni del lavoro indiretto per l'anno 2006. In altri termini, nel bilancio 2006 sono state contabilmente allocate le voci di natura tecnica (e quindi anche i premi) che si riferiscono all'attivita riassicurativa contabilizzata per competenza sia del 2006 sia, per effetto del differimento, del 2005. Dei 4.350 milioni di euro di premi del lavoro indiretto contabilizzati dal mercato italiano nel 2007, 2.426 milioni di euro sono relativi ai rami danni mentre i restanti 1.925 milioni di euro sono stati contabilizzati nei rami vita.

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 1.410 milioni di euro, sono diminuiti del 6,4% rispetto al 2006. L'incidenza dei premi di queste imprese sul complesso del lavoro indiretto è in linea con quella degli ultimi anni considerando che, come descritto precedentemente, l'incidenza per il 2006 è stata influenzata da una procedura di contabilizzazione dei premi indiretti complessivi non omogenea con gli altri esercizi.

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 2006.

Nonostante il sensibile calo registrato nel 2006 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 203 milioni di euro, in linea con l'anno precedente. L'incidenza sui premi del risultato del conto tecnico è risultata in aumento, passando dal 17,7% nel 2005 al 20,1% nel 2006. Il miglioramento dei risultati è stato possibile grazie alla riduzione dell'onere per sinistri, essendo stato il 2006 un anno caratterizzato, almeno per il nostro Paese, da un basso numero di sinistri di importo elevato.

Il risultato dell'esercizio è stato positivo per 46 milioni di euro (163 nel 2005); la diminuzione è dovuta all'andamento negativo dei proventi del conto non tecnico. L'incidenza del risultato di esercizio sui premi è diminuita notevolmente, passando dal 14,3% nel 2005 al 4,6% nel 2006

RIASSICURATORI PROFESSIONALI
Valori in milioni di euro

CONTO ECONOMICO*	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Conto tecnico							
Premi indiretti	1.447	1.356	1.638	1.390	1.429	1.139	1.008
Variazione riserve premi (-)	230	196	197	88	72	73	47
Utile investimenti	219	176	201	277	210	226	193
Oneri relativi ai sinistri (-)	1.083	934	1.146	998	983	767	668
Spese di gestione (-)	425	404	445	364	373	309	271
Saldo altri proventi ed oneri	-11	-12	-2	-8	-15	-14	-12
Risultato	**-83**	**-14**	**49**	**209**	**196**	**202**	**203**
Conto non tecnico							
Proventi	32	21	25	44	29	24	-30
Saldo altri proventi ed oneri	-20	-22	-6	-16	-10	8	-57
Risultato attività ordinaria	-71	-15	68	237	215	234	116
Risultato attività straordinaria	109	-1	12	54	-10	13	-2
Imposte (-)	3	0	20	34	36	84	68
Risultato dell'esercizio	**35**	**-16**	**60**	**257**	**169**	**163**	**46**

(*) Voci tecniche al netto delle retrocessioni

STATO PATRIMONIALE
Valori in milioni di euro

STATO PATRIMONIALE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Passivo							
Patrimonio netto	457	449	558	708	582	635	494
Riserve tecniche	5.471	5.874	5.837	5.766	5.819	5.707	5.679
Fondi e depositi da retrocessionari	431	465	424	425	413	243	240
Debiti ed altre passività	1.044	1.094	1.246	1.127	1.180	1.307	1.196
Totale	**7.403**	**7.883**	**8.065**	**8.026**	**7.994**	**7.891**	**7.609**
Attivo							
Attivi immateriali	294	267	261	271	191	154	123
Investimenti	5.109	5.469	5.483	5.429	5.644	5.645	5.598
Riserve tecniche retrocessionari	1.196	1.260	1.190	1.136	1.086	1.005	1.024
Crediti	590	632	795	820	789	839	609
Altri elementi dell'attivo	214	255	336	370	285	248	255
Totale	**7.403**	**7.883**	**8.065**	**8.026**	**7.994**	**7.891**	**7.609**

IL MERCATO EUROPEO DELLA RIASSICURAZIONE

I rinnovi dei contratti di riassicurazione del primo trimestre dell'anno in corso mostrano una riduzione dei premi, che comunque rimangono su livelli storicamente elevati, in parte spiegabile con la tendenza delle compagnie di assicurazione a cedere una quantità inferiore di rischi e a passare da contratti di tipo proporzionale a coperture non proporzionali. Secondo Guy Carpenter i prezzi dei rinnovi del gennaio 2008 sono scesi rispetto al 2007 in media di circa il 9%. In assenza di importanti catastrofi naturali la tendenza al ribasso potrebbe continuare anche l'anno prossimo.

TAVOLA 1
VARIAZIONE DEI PREZZI DELLA RIASSICURAZIONE

	2007/2008	2006/2007
Stati Uniti	-10/-15%	0/+45%
Europa occ.	-5/-10%	-10/-20%
Regno Unito	0/-5%	0/-5%
Germania	-10/-20%	-5/-10%
Francia	-5/-10%	-5/-10%
Italia	-5/-30%	-10/-20%

Fonte: Benfield

TAVOLA 2
PERFORMANCE MEDIANA
DELLE IMPRESE DI RIASSICURAZIONE QUOTATE

	2005	2006	2007
TOTALE			
Combined ratio (%)	112,0	85,9	87,9
Roe (%)	0,5	18,1	17,9
NORD AMERICA			
Combined ratio (%)	117,2	84,2	83,6
Roe (%)	-5,7	18,8	18,1
EUROPA/ASIA			
Combined ratio (%)	108,4	91,6	96,4
Roe (%)	7,7	17,0	15,2

Fonte: Fitch Ratings

Dopo la forte crescita del periodo 2006/7, con aumenti fino al 45%, i prezzi dei contratti property sottoscritti negli Stati Uniti sono diminuiti nel 2007 e per i primi rinnovi del 2008 fino al 10%, secondo le stime di Benfield (tavola 1). In Europa i ribassi in questo settore vanno dal 5% al 10%. Gli unici rialzi si registrano in Germania, per quegli assicuratori che hanno subito danni rilevanti a causa dell'uragano Kyrill.

Il 2007, a livello mondiale, si è chiuso con risultati finanziari particolarmente buoni per il settore della riassicurazione. Secondo le stime di Fitch, il ROE mediano del settore, calcolato sulle 32 imprese quotate, è stato del 17,9%, in linea con quello del 2006 (tavola 2). La profittabilità dei riassicuratori americani è stata in generale più alta di quella degli europei; secondo Fitch questo è dovuto alla loro maggiore esposizione ai danni catastrofali, che sono stati molto ridotti sia nel 2007 sia nel 2006.

Willis Re nota, però, come una parte consistente dell'elevata profittabilità sia dovuta ai rendimenti degli investimenti, a un soddisfacente livello di riserve e a un numero di sinistri particolarmente basso, condizioni che difficilmente si ripeteranno nell'anno in corso. In particolare, la crisi finanziaria ha ridotto drasticamente i rendimenti degli investimenti finanziari, mentre le pressioni competitive sul mercato della riassicurazione potrebbero portare a una erosione delle riserve. Inoltre, l'elevato numero di sinistri avvenuti nei primi mesi del 2008 ha già cominciato a influenzare negativamente i risultati tecnici.

La crisi finanziaria globale ha comunque avuto finora sul settore della riassicurazione un impatto inferiore a quello temuto, anche se si segnala il peggioramento della situazione finanziaria di un numero limitato di grandi operatori. Secondo Benfield, gli attivi legati ai mutui subprime non costituirebbero più dello 0,4% del totale degli investimenti dei riassicuratori europei. Potenziali problemi potrebbero emergere dal lato delle coperture offerte, in special modo per quanto riguarda l'assicurazione Directors & Officers. Guy Carpenter stima che le perdite in questo mercato potrebbero raggiungere, a fine 2009, i 3 miliardi di dollari, anche se a questo stadio, visto il costante aumento dei procedimenti intentati verso i manager degli istituti finanziari, è prematuro stimare l'impatto sulla profittabilità del settore.

Secondo Fitch, la performance del settore dovrebbe peggiorare nel 2008, sia in termini di risultati tecnici che di rendimento del capitale. I premi dovrebbero ridursi del 2% a causa delle forti pressioni competitive che compenserebbero l'aumento del capitale assicurato. Fitch ipotizza un livello di danni assicurati compreso tra i 20 e 40 miliardi di dollari, in linea con quanto avvenuto nell'ultimo decennio, di cui circa il 40% sarebbe a carico dei riassicuratori. Questo produrrebbe un combined ratio per il settore compreso tra il 94% e il 98%, di cui una frazione compresa tra il 3,8% e il 7,4% dovuta a catastrofi naturali.

IL RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA SULLA RIASSICURAZIONE

Con il d.lgs. n.56 del 2008 è stata recepita in Italia la direttiva 2005/68/CE in materia di riassicurazione. La nuova normativa è entrata in vigore il 23 aprile 2008, ma molte delle disposizioni ivi previste diverranno pienamente applicabili solo con l'emanazione dei previsti regolamenti attuativi. Attraverso il recepimento della direttiva viene istituito un sistema di vigilanza prudenziale per la riassicurazione, coerente con il quadro giuridico delineato dalle vigenti direttive sull'assicurazione diretta, di cui vengono ripresi i principi dell'autorizzazione unica e del controllo del paese d'origine.

La disciplina riguarda i riassicuratori professionali e le imprese c.d. *captives*, ma alcune disposizioni trovano applicazione anche nei confronti delle attività riassicurative delle imprese che esercitano l'assicurazione diretta, in particolare in tema di "*riserve tecniche del lavoro italiano*", "*attivi a copertura delle riserve tecniche*" e "*margine di solvibilità*".

Il Codice delle assicurazioni viene integrato con la previsione di nuove disposizioni che richiedono – all'impresa di assicurazione che eserciti congiuntamente l'attività di riassicurazione – di:

- costituire per il lavoro indiretto (art. 37-bis) riserve tecniche alla fine di ciascun esercizio, al lordo delle retrocessioni, in relazione agli impegni assunti, indicando i criteri di calcolo delle riserve stesse;
- applicare agli attivi a copertura delle riserve tecniche del lavoro indiretto (art. 42-bis) la stessa disciplina prevista per il lavoro diretto;
- attuare, quando le operazioni/ accettazioni in riassicurazione rappresentino una parte significativa del volume globale della loro attività, ciò che la direttiva dispone in tema di:
  - investimenti a copertura delle riserve tecniche del lavoro indiretto (art. 42-ter);
  - costituzione e calcolo del margine di solvibilità per le accettazioni in riassicurazione (art. 44-bis per le imprese di assicurazione vita);
  - quota di garanzia del margine di solvibilità (art. 46, comma 3-bis, per le imprese danni).

La direttiva definisce le condizioni minime necessarie per ottenere l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di riassicurazione (forma giuridica, programma di attività e fondo minimo di garanzia), lasciando agli stati membri l'esercizio di numerose opzioni su aspetti specifici. Al riguardo si segnalano alcune delle decisioni del legislatore italiano nelle materie sulle quali era possibile esercitare un'opzione:

- viene consentito – in linea con le scelte operate nei principali mercati europei – lo stabilimento nel proprio territorio di società c.d. veicolo, ossia

imprese, aventi o meno personalità giuridica, diverse da un'impresa di assicurazione o di riassicurazione esistente che assumano i rischi ceduti da imprese di assicurazione o di riassicurazione e che finanzino le proprie esposizioni tramite l'emissione di titoli o altri strumenti finanziari. Per tali società è prevista l'emanazione, con un successivo decreto ministeriale, della normativa secondaria che ne dovrà disciplinare le condizioni di accesso e di esercizio;

– è previsto l'obbligo di costituzione delle riserve di perequazione per i rischi di calamità naturale e per i danni derivanti dall'energia nucleare, considerata la natura dei rischi assunti dal riassicuratore, spesso di natura catastrofale; sarà un regolamento del Ministero dello Sviluppo Economico e del Ministero dell'Economia e delle Finanze a determinare poi le modalità di costituzione delle predette riserve;
– resta esclusa la previsione di norme più dettagliate per la determinazione delle riserve tecniche per la riassicurazione vita, ritenendo il legislatore italiano che sia sufficiente l'applicazione delle disposizioni della direttiva 91/674/CEE;
– viene deciso, in tema di attivi a copertura delle riserve tecniche, di non applicare i limiti quantitativi previsti dalla direttiva in aggiunta a quelli generali di tipo qualitativo (liquidità, sicurezza, redditività e diversificazione).

La disciplina specifica per l'accesso e per l'esercizio dell'attività di riassicurazione è conforme alla direttiva in termini di:

– limiti minimi di capitale sociale di cui l'impresa di riassicurazione deve disporre ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività riassicurativa;
– mantenimento del regime autorizzativo dell'ISVAP per l'accesso all'attività riassicurativa in regime di stabilimento per le sole imprese di riassicurazione aventi la sede legale in uno Stato terzo;
– divieto all'impresa che intenda svolgere l'attività riassicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi di avvalersi di sedi secondarie, di agenzie o altra presenza permanente nel territorio.

In materia di vigilanza sono previste nuove norme per ottemperare ai principi ispiratori della direttiva e per disciplinare la collaborazione tra le Autorità di controllo in tema di consultazioni, scambio di informazioni e poteri di indagine.

I LAVORATORI DIPENDENTI E IL COSTO DEL LAVORO

Alla fine del 2007 i dipendenti del settore assicurativo erano, nel complesso, **46.278**. Questo dato è ottenuto come somma di:

- **41.121 amministrativi** che includono 36.567 dipendenti d'impresa e, per la prima volta nel 2007, 4.554 dipendenti di enti controllati da imprese di assicurazione. In particolare i 36.567 amministrativi comprendono 1.206 dirigenti;
- **5.157 produttori**. Il dato nel 2007 include per la prima volta, circa 2.000 produttori in più rispetto al 2006 a seguito di una importante ristrutturazione societaria.

Il costo complessivo è stato pari a 3.249 milioni di euro, di cui 2.972 relativo al totale del personale amministrativo e 277 relativo ai produttori.

Al fine di analizzare le variazioni nell'anno del costo per il personale, complessivo e unitario, sono stati utilizzati i dati del 2007 omogenei con le informazioni disponibili nel 2006. Inoltre, è stato ipotizzato che i produttori segnalati per la prima volta nel 2007 presentino nell'anno un costo medio uguale a quello del restante personale del comparto.

Il costo complessivo per il personale amministrativo è aumentato del 7,0% nel 2007; quello per addetto è aumentato del 7,6%, anche per effetto di una diminuzione dello 0,6% del numero degli amministrativi (calcolato nella media dell'anno come semisomma dei valori di fine anno). In particolare, il costo medio per addetto amministrativo è salito da 68.800 nel 2006 a 74.000 nel 2007.

Il costo degli addetti alla produzione è aumentato del 9,7%. In presenza di un aumento del 4,1% del numero dei produttori (calcolato nella media dell'anno come semisomma dei valori di fine anno), il costo unitario è aumentato del 5,5%.

Nel complesso il costo del personale è aumentato, sempre a campione omogeneo, del 7,2%; il costo unitario del 7,4%.

NUMERO DIPENDENTI

ANNO	AMMINISTRATIVI	PRODUTTORI	TOTALE
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
2007	36.567	3.156	39.723
2007 (*)	*41.121*	*5.157*	*46.278*

(*) Per la prima volta nel 2007 il totale include 4.554 dipendenti di enti controllati da imprese di assicurazione e circa 2.000 produttori che a seguito di un'importante ristrutturazione societaria sono stati segnalati nella statistica associativa

COSTO DEL PERSONALE
Valori in milioni di euro

ANNO	AMMINISTRATIVI	PRODUTTORI	TOTALE
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
2007	2.711	169	2.880
2007 (*)	*2.972*	*277*	*3.249*

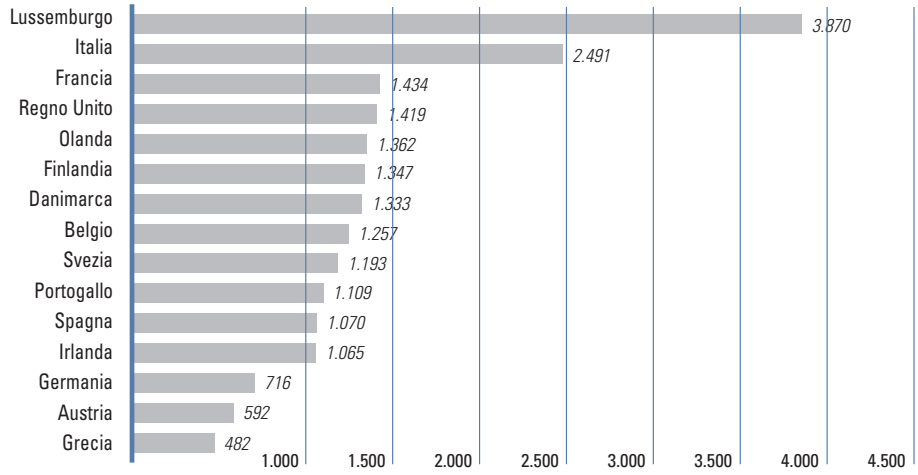
(*) Per la prima volta nel 2007 il costo del personale include 4.554 dipendenti di enti controllati da imprese di assicurazione e circa 2.000 produttori che a seguito di un'importante ristrutturazione societaria sono stati segnalati nella statistica associativa

VARIAZIONE % DEL COSTO DEL PERSONALE

ANNO	AMMINISTRATIVI	PRODUTTORI	TOTALE
2003	7,0	-1,7	6,6
2004	4,9	12,2	5,2
2005	3,3	10,1	3,6
2006	3,1	8,5	3,4
2007	7,0	9,7	7,2

VARIAZIONE % DEL COSTO UNITARIO DEL PERSONALE

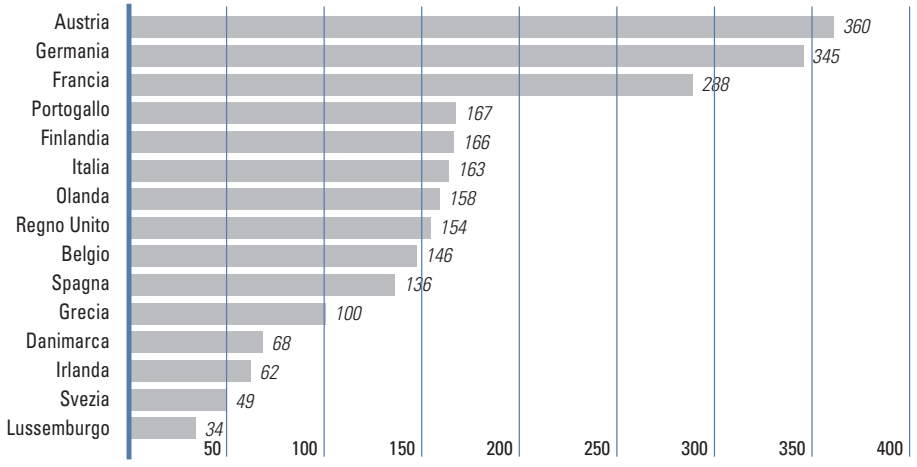
ANNO	AMMINISTRATIVI	PRODUTTORI	TOTALE
2004	4,5	15,3	5,2
2005	2,3	9,3	2,8
2006	4,1	3,0	3,7
2007	7,6	5,5	7,4



PREMI PER DIPENDENTE NEI PAESI UE15 – 2006

Valori in migliaia di euro

Fonte: CEA



DIPENDENTI PER IMPRESA NEI PAESI UE15 – 2006

Fonte: CEA

LA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA, LA FORMAZIONE, IL DIALOGO SOCIALE, LE PARI OPPORTUNITÀ

CCNL dipendenti

Il 17 settembre 2007 è stato rinnovato il CCNL disciplinante i rapporti fra le imprese di assicurazione e il personale dipendente non dirigente. Le Parti hanno rinnovato sia la sezione economica che quella normativa del CCNL. Per la parte normativa è stata ribadita la scadenza quadriennale, sotto il profilo economico, gli incrementi riguardano il biennio 2006-2007 e il biennio 2008-2009.

Gli aumenti economici complessivi per tutti i dipendenti sono pari al 10,90% nel quadriennio. Nel mese di ottobre 2007, è stata inoltre corrisposta una somma *una tantum* a tutti i dipendenti amministrativi nella misura di 200 euro lordi riparametrati.

Per quanto riguarda i dipendenti addetti al *call center*, è stato previsto un ulteriore aumento, rispettivamente del 5,8% per gli addetti della Sezione Prima (*back office*) e dell'8,2% per gli addetti della Sezione Seconda (vendita). Anche a questi dipendenti, nel mese di ottobre 2007, è stata corrisposta una somma *una tantum* nella misura di 130 euro lordi. Tali ulteriori incrementi sono stati riconosciuti anche a fronte della possibilità di adibire gli addetti alle vendite del *call center* anche ad attività di *outbound*.

Si segnala, inoltre, l'aumento del buono pasto fissato a livello nazionale, non assorbibile in sede aziendale.

Sotto il profilo normativo, il CCNL approfondisce, portando alcune modifiche/precisazioni, le seguenti materie:

- area contrattuale;
- regolamentazione e utilizzo del *call center*;
- responsabilità sociale d'impresa;
- formazione obbligatoria e strumenti flessibili di accesso al lavoro;
- agibilità sindacali.

Rinnovo CCNL dirigenti

Il 15 ottobre 2007 è stato rinnovato il CCNL per i dirigenti delle imprese assicuratrici scaduto, per la parte normativa, nel 1999 e, per la parte economica, nel 2003. Anche in questo caso la validità del CCNL è quadriennale con scadenza al 31.12.2010.

Con riferimento alla parte economica, per i dirigenti in servizio alla data di sottoscrizione del contratto, sono previsti adeguamenti delle tabelle stipendiali all'andamento dell'inflazione secondo le regole del Protocollo del '93.

Per la parte normativa, invece, si prevede un nuovo modello economico che definisce, per i dirigenti assunti o nominati a partire dalla data di sottoscrizione del CCNL, un trattamento economico minimo complessivo al di sopra del quale la retribuzione viene concordata direttamente tra azienda e dirigente. Ai dirigenti interessati dal nuovo modello non si applicherà più il meccanismo automatico degli scatti di anzianità di servizio.

Si prevede poi una differente parametrazione delle mensilità di preavviso e della indennità supplementare che può essere stabilita dal collegio arbitrale adito dal dirigente in caso di risoluzione del rapporto di lavoro a iniziativa dell'impresa.

Tale riparametrazione prevede:

- una maggiore tutela per i dirigenti più esposti alle conseguenze negative della risoluzione del rapporto di lavoro e con minore facilità a ricollocarsi sul mercato;

– una minore tutela per i dirigenti che hanno raggiunto i requisiti pensionistici con età compresa tra i 62 e i 64 anni.

Al dirigente che alla data di sottoscrizione del nuovo CCNL abbia compiuto il 60° anno di età, continuerà a trovare applicazione, ove più favorevole, la normativa precedente.

Con riferimento all'assistenza sanitaria, sono stati rivisti i massimali per i rimborsi e codificati alcuni casi di ultrattività.

È stata inoltre introdotta la tutela nei casi di non autosufficienza (c.d. *Long Term Care*) che prevede la corresponsione di una prestazione pari a 1.000 euro mensili al dirigente riconosciuto non autosufficiente.

È stato stabilito infine un prolungamento del periodo di conservazione del posto di lavoro in caso il dirigente sia affetto da patologie particolarmente gravi.

La formazione e le istituzioni

È stata avviata l'attuazione dell'Accordo Quadro del 17 aprile 2007 di concerto fra tutte le Parti e gli attori sociali sottoscrittori inclusa l'ANIA. L'Accordo ha come finalità principale quella di implementare un sistema nazionale integrato di Formazione Continua.

In particolare, è stato avviato il rafforzamento del ruolo tecnico/operativo dell'Osservatorio Nazionale sulla Formazione Continua anche attraverso l'attivazione di tavoli tematici *ad hoc.*

Il 24 gennaio 2008 l'ANIA ha sottoscritto un Accordo promosso dalla Regione Emilia Romagna al quale hanno aderito tutte le Parti Sociali datoriali e sindacali; tale accordo riproduce nel contesto regionale i principi ispiratori dell'Accordo Quadro Nazionale succitato.

Sempre in attuazione del predetto Accordo, è entrato in fase operativa il Tavolo Unico Nazionale sugli standard professionali, di certificazione delle competenze e formativi con una prima verifica sui settori turismo e metalmeccanico.

L'ANIA partecipa infine alla programmazione del Fondo Sociale Europeo 2007/2013.

Formazione Continua – For.Te.-Fondir-Fondo FBA

For.Te. e Fondir hanno proseguito nell'attività di finanziamento dei Piani Formativi individuali, aziendali e settoriali.

Parallelamente alla consueta modalità di pubblicazione degli Avvisi, Fondir ha avviato la sperimentazione di una bacheca di Formazione Continua, ossia di un catalogo in cui sono raccolte le iniziative di alta formazione rivolte a dirigenti delle imprese iscritte al Fondo e finanziabili attraverso la modalità del *voucher*.

Al riguardo, a partire dal 12 marzo 2007, le università e gli organismi di formazione, in possesso dei requisiti di accreditamento specificamente indicati, hanno iniziato a inserire *on-line* le proprie iniziative formative.

Un'importante novità è rappresentata dalla creazione, nel mese di marzo 2008, di un nuovo fondo interprofessionale, il Fondo Banche e Assicurazioni (FBA) nel quale andranno a confluire le risorse dei comparti bancario e assicurativo presenti in For.Te. e che rappresenterà pertanto il fondo di riferimento per la Formazione Continua dei dipendenti non dirigenti dei due settori.

Apprendistato professionalizzante

Il 22 maggio è stato sottoscritto con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del CCNL un verbale di riunione per la condivisione dei profili formativi per l'apprendistato professionalizzante nel settore assicurativo. Tale condivisione, una volta che le Regioni avranno recepito i profili, consentirà alle imprese di avvalersi di un utile strumento per agevolare l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro.

Protocollo sulla Responsabilità Sociale d'Impresa (RSI)

Il mondo imprenditoriale assicurativo persegue da tempo l'obiettivo di interagire nel mercato con particolare attenzione ai temi sociali.

Al riguardo, è stato sottoscritto, in occasione del rinnovo del CCNL, un Protocollo sulla RSI, con il quale le Parti si impegnano a conciliare i valori dell'etica e del *business* in tutti i processi aziendali.

Nel protocollo si afferma in particolare:

- la centralità dei lavoratori e l'obiettivo della loro valorizzazione strategica per lo sviluppo e la crescita dell'impresa;
- l'importanza di sviluppare iniziative volte a garantire l'efficacia degli interventi di prevenzione e tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- il valore della formazione professionale e della Formazione Continua anche attraverso il riconoscimento del ruolo e delle competenze di ENBIFA (Ente Bilaterale Nazionale per la Formazione nel Settore Assicurativo) e l'utilizzo dei finanziamenti erogati dai Fondi paritetici interprofessionali.

Con il Protocollo viene infine istituito un Osservatorio Nazionale Paritetico con finalità di monitoraggio e di scambio delle *best practice*s di settore.

ENBIFA – Pari Opportunità

L'ENBIFA continua nel percorso di approfondimento della tematica del dialogo sociale. Recentemente sono stati approvati cinque nuovi progetti di cui due sul tema dello sviluppo del dialogo sociale, uno in materia di tutela dei non autosufficienti (Long Term Care) e uno sull'evoluzione delle professionalità nel settore assicurativo.

La Commissione Mista Nazionale per le Pari Opportunità sta predisponendo un progetto che si propone di analizzare le *best practices* esistenti in materia di Pari Opportunità nel comparto assicurativo e in altri comparti del terziario. Le risultanze di questa analisi, una volta condivise con le Parti Sociali, verranno presentate in un *workshop*. Alle imprese che avranno operato positivamente sulla materia verrà riconosciuta una certificazione di eccellenza.

LA RIDUZIONE DEL CUNEO FISCALE

La riduzione del cuneo fiscale, cioè del divario tra il costo del lavoro sostenuto dall'impresa e la retribuzione netta del lavoratore, realizzata dall'art. 1, comma 266, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge finanziaria 2007) mediante un abbattimento della base imponibile ai fini IRAP in funzione del costo del lavoro, escludeva dal beneficio le banche, gli altri enti finanziari, le imprese di assicurazione e le imprese operanti nei settori delle c.d. *public utilities.* Di conseguenza la stessa Legge finanziaria (vd. art. 1, comma 267) stabiliva che le deduzioni in esame "*spettano, subordinatamente all'autorizzazione delle competenti autorità europee...*" e la relazione tecnica alla legge specificava che, "*in considerazione delle limitazioni di tipo settoriale previste dalla norma..., le nuove deduzioni costituiscono aiuto di Stato da sottoporre all'obbligo di notifica ai competenti organi comunitari*".

L'ANIA, nella convinzione che l'esclusione dal beneficio in argomento di importanti comparti produttivi, come banche e assicurazioni, fosse incompatibile con le regole del mercato unico e ritenendo non eludibile da parte del Governo italiano l'obbligo di notificare alla Commissione europea le misure adottate che non potevano essere poste in esecuzione prima che la Commissione stessa le avesse autorizzate, ha formalmente presentato un esposto alla Commissione europea – cui ha fatto seguito quello dell'ABI – nel quale sono state rappresentate le argomentazioni dell'Associazione a sostegno.

Il Governo italiano ha quindi provveduto a notificare formalmente la misura legislativa alla Commissione europea la quale ha sollecitato il Governo stesso a estendere la riduzione del cuneo a banche, società finanziarie e assicurazioni e a razionalizzare la determinazione della base imponibile ai fini IRAP.

In ottemperanza a detta richiesta, il Governo italiano ha emanato il d.l. 28 maggio 2007, n. 67, con il quale è stata soppressa la previsione della Legge finanziaria 2007 che subordinava la spettanza del beneficio "*all'autorizzazione delle competenti autorità europee*"; solo nella Relazione di accompagnamento al disegno di legge di conversione di tale decreto si è precisato 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 tale impegno è stata data concretezza con l'art. 15-bis del d.l. 2 luglio 2007, n. 81 (c.d. extragettito), convertito dalla legge 3 agosto 2007, n. 127, il quale ha rimosso l'esclusione dalla riduzione del cuneo fiscale delle banche, delle società finanziarie e delle assicurazioni.

L'estensione del beneficio al settore bancario e assicurativo ha riguardato in particolare la deduzione:

- di 5.000 euro, su base annua, per ogni lavoratore dipendente a tempo indeterminato impiegato nel periodo d'imposta; tale deduzione è ragguagliata ai giorni di durata del rapporto di lavoro nel corso del periodo d'imposta;
- dei contributi previdenziali e assistenziali relativi ai lavoratori dipendenti a tempo indeterminato. Si tratta dei contributi della specie a carico del datore di lavoro.

Alle banche e alle assicurazioni, tuttavia, non è stata estesa la deduzione di 10.000 euro, prevista per ogni dipendente assunto a tempo indeterminato nel Mezzogiorno impiegato nel periodo d'imposta nelle regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.

Per quanto riguarda le banche e le assicurazioni l'art. 15-bis, comma 3, del d.l. n. 81 stabilisce che le disposizioni per effetto delle quali le agevolazioni in parola sono state estese anche a tali soggetti " ... *si applicano con la decorrenza prevista dal comma 267* ..." della Legge finanziaria 2007 e quindi: dal mese di febbraio 2007 nella misura del 50 per cento e per il loro intero ammontare a decorrere dal successivo mese di luglio.

Il risparmio di imposta di competenza, conseguito da banche e assicurazioni è stato stimato dalla relazione tecnica del provvedimento in: 252 milioni di euro per il 2007; 370 milioni di euro per il 2008 e 380 milioni di euro per il 2009.

La perdita di gettito trova copertura solo in parte a carico di tali settori, per i quali viene disposto l'aumento dallo 0,13% allo 0,46% del contributo per il

sostegno della maternità e della paternità, da applicare sulle retribuzioni dei lavoratori dipendenti, previsto dall'art. 79 del d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151. L'impatto di questa misura sull'aggregato di banche e assicurazioni è alquanto contenuto: 28 milioni di euro per l'anno 2007, 58 milioni di euro per l'anno 2008 e 60 milioni di euro a decorrere dal 2009 (per le imprese di assicurazione, rispettivamente: 2,55; 5,27; 5,45 milioni di euro, considerato il rapporto di 1 a 10 del monte retribuzione delle imprese di assicurazione rispetto a quello delle banche).

A seguito della riduzione dell'aliquota ordinaria IRAP (dal 4,25 al 3,90 per cento) introdotta dalla Legge finanziaria 2008, con decorrenza dal periodo d'imposta 2008, le predette deduzioni di 5.000 e 10.000 euro sono fissate con la medesima decorrenza a 4.600 e 9.200 euro.

Il FONDO UNICO NAZIONALE LONG TERM CARE (LTC)

Durante l'esercizio 2007 il Fondo Unico Nazionale LTC (di seguito fondo) è divenuto pienamente operativo. Il fondo, al fine di garantire un equilibrio attuariale di lungo periodo, ha attualmente stanziato 25 euro annui per testa assicurata quale premio per la copertura LTC. La prestazione ottenuta tramite gara, dall'impresa di assicurazione aggiudicataria, consiste in una rendita vitalizia annua anticipata (rivalutabile in base ai rendimenti ottenuti da una gestione speciale) pagabile all'assicurato dal momento in cui diventi non autosufficiente finché rimane in tale stato. L'importo iniziale di tale rendita è pari a 12.253 euro annui. Il rischio è frazionato fra varie imprese coassicuratrici. Il fondo tuttavia versa con cadenza trimestrale tutti i contributi incassati dalle imprese/enti aderenti e l'impresa aggiudicataria si impegna a riconoscere sulle giacenze, definite come differenza tra i contributi versati e i premi di competenza del periodo, un tasso di interesse desunto dalla curva dei tassi in euro in relazione alla durata residua del contratto. Alla fine del quinquennio l'impresa aggiudicataria verserà al fondo le giacenze maggiorate dagli interessi maturati più un'eventuale partecipazione agli utili da "sotto sinistralità". Resta inteso che l'impresa aggiudicataria continuerà a erogare la prestazione per tutti i sinistri manifestatisi durante la validità del contratto anche dopo la scadenza del contratto stesso e finché l'affiliato/beneficiario permarrà nello stato di non autosufficienza. Per motivi tecnico-amministrativi è stata separata la gestione del periodo di copertura successivo alla data di stipula della polizza assicurativa, fatto convenzionalmente partire dal 1° luglio 2007, da quello pregresso, che va dal 1° gennaio 2004 al 30 giugno 2007, comunque coperto alle stesse condizioni e caratterizzato da una clausola di partecipazione agli utili più favorevole al Fondo.

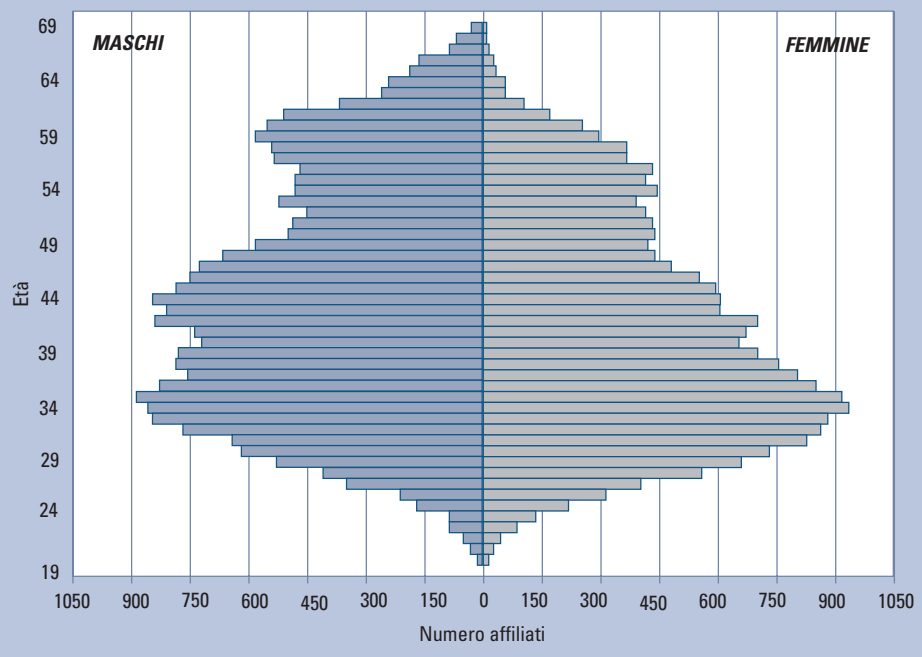
Gli affiliati/beneficiari e le prestazioni attivate

Al 31 dicembre 2007 gli affiliati risultano essere 44.115. Nella tabella di seguito si riportano alcune statistiche di composizione del portafoglio.

SESSO	%	STATUS	%
Maschi	54,1	Attivi	93,9
Femmine	45,9	Pensionati	6,1

L'età media si attesta attorno ai 44 anni (45 anni per i maschi e 42 anni per le femmine). Alla data di redazione del bilancio sono pervenute in totale 14 richieste di prestazione di cui 10 accolte e 3 valutate di una gravità non sufficiente a far scattare la prestazione garantita, di cui una in fase di ulteriori accertamenti, e 1 in corso di valutazione. Di quelle accolte 8 sono ancora in pagamento, mentre in 2 casi i pagamenti sono terminati a causa del decesso dell'assistito. I pagamenti sono stati eseguiti tenendo conto della data di manifestazione della non autosufficienza anche se antecedente alla data di denuncia.

Di seguito si riporta una rappresentazione grafica della distribuzione per sesso della popolazione del fondo per singole età:



Nel comparto vita si conferma in diminuzione la raccolta effettuata attraverso gli sportelli bancari. A tale risultato si allinea anche quello degli agenti che, per la prima volta dopo anni di crescita, ha registrato una flessione. Nel ramo danni il canale di distribuzione prevalente rimane quello degli agenti; cresce costantemente la quota di mercato relativa alla vendita telefonica e via internet. 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 2007, tutti i canali di distribuzione dei prodotti vita subiscono un rallentamento, a eccezione dei broker che però hanno un peso contenuto (tavola 1).

Il canale bancario, pur rimanendo quello prevalente in termini di raccolta premi (circa il 58% nel 2007), continua a registrare una flessione: da -8,0% nel 2006 a -13,3% nel 2007. Rimane comunque positiva la variazione dei premi calcolata sugli ultimi cinque anni (+2,7%).

Dopo anni di costante crescita, nel 2007 si è registrata una riduzione dell'attività agenziale (-6,2% rispetto al 2006); aumenta invece la loro incidenza percentuale sul totale della raccolta vita che da 19,9% nel 2006 passa a 21,1% nel 2007. Una contrazione si registra anche per il canale promotori finanziari (-11,3% rispetto all'anno precedente), dopo la crescita del 5,8% del 2006.

TAVOLA 1 - ANALISI DEI CANALI DISTRIBUTIVI NEL PERIODO 2003-2007

RAMI VITA

CANALI	Premi lordi contabilizzati (valori in milioni di euro)					Quota di mercato %					Media	Var. % annua					Var. % media
	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2004	2005	2006	2007	(2003-2007)	2003	2004	2005	2006	2007	(2003-2007)
Sportelli bancari	36.980	38.479	44.523	40.957	35.496	58,9	58,6	60,6	59,0	57,8	***59,0***	18,9	4,1	15,7	-8,0	-13,3	***2,7***
Agenti	11.529	12.176	13.372	13.830	12.969	18,3	18,6	18,2	19,9	21,1	***19,2***	6,1	5,6	9,8	3,4	-6,2	***3,6***
Vendita diretta	6.815	8.248	9.110	8.086	6.862	10,9	12,6	12,4	11,7	11,2	***11,8***	38,0	21,0	10,5	-11,2	-15,1	***6,8***
Promotori finanziari	6.977	6.250	5.584	5.907	5.237	11,2	9,5	7,6	8,5	8,5	***9,1***	-11,7	-10,4	-10,7	5,8	-11,3	***-7,9***
Broker	479	474	882	598	875	0,7	0,7	1,2	0,9	1,4	***1,0***	0,5	-0,9	85,8	-32,2	46,5	***12,9***
Totale	**62.780**	**65.627**	**73.471**	**69.377**	**61.440**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	***100,0***	**13,5**	**4,5**	**12,0**	**-5,6**	**-11,4**	***2,1***

Per il secondo anno consecutivo, la vendita diretta è stata in flessione: la raccolta premi passa da -11,2% nel 2006 a -15,2% nel 2007, con una conseguente lieve riduzione del peso di tale canale sull'intero mercato vita (da 11,7% nel 2006 a 11,2% nel 2007).

Gli affari intermediati dai broker, seppur contenuti in termini di volume premi (mediamente nel quinquennio 2003-2007 la loro quota di mercato è stata di appena l'1%), fanno registrate nell'ultimo anno una crescita del 46,5%.

Con riferimento alla composizione del mercato vita secondo le tipologie di prodotto (tavola 2), si rileva che le polizze di ramo I sono intermediate ancora prevalentemente dalle banche, con un peso che si riduce di circa 10 punti percentuali rispetto al 2006. Questo risultato fa sì che cresca il peso degli agenti, che in termini di quota di mercato ha raggiunto, nel 2007, quasi il 35%.

Anche tra i prodotti di ramo III si registra una maggiore concentrazione nella raccolta effettuata tramite gli sportelli bancari (78% nel 2007 rispetto a 76%

TAVOLA 2
COMPOSIZIONE % DEL MERCATO VITA
PER CANALE DISTRIBUTIVO E RAMO - ANNO 2007

RAMI	AGENTI	BROKER	SPORTELLI BANCARI	PROMOTORI FINANZIARI	VENDITA DIRETTA	TOTALE
SETTORE INDIVIDUALI						
I - Vita umana	35,3	0,3	46,9	5,1	12,4	100,0
III - Fondi di investimento	8,0	0,1	78,1	13,5	0,3	100,0
IV - Malattia	86,0	2,6	4,8	4,2	2,4	100,0
V - Capitalizzazione	30,7	0,3	33,6	2,3	33,1	100,0
VI - Fondi pensione	26,8	0,0	26,5	1,7	45,0	100,0
TOTALE INDIVIDUALI	***21,0***	***0,2***	***62,3***	***9,3***	***7,2***	***100,0***
SETTORE COLLETTIVE						
I - Vita umana	27,4	24,9	11,3	0,5	35,9	100,0
III - Fondi di investimento	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
IV - Malattia	19,3	65,9	1,5	0,0	13,4	100,0
V - Capitalizzazione	16,8	5,0	3,7	0,2	74,3	100,0
VI - Fondi pensione	21,5	0,5	9,1	0,9	68,0	100,0
TOTALE COLLETTIVE	***22,4***	***15,0***	***7,8***	***0,4***	***54,4***	***100,0***
TOTALE SETTORI						
I - Vita umana	34,5	2,7	43,6	4,6	14,6	100,0
III - Fondi di investimento	8,0	0,1	78,1	13,5	0,4	100,0
IV - Malattia	22,3	63,1	1,6	0,2	12,9	100,0
V - Capitalizzazione	23,9	2,6	19,0	1,3	53,2	100,0
VI - Fondi pensione	24,2	0,3	18,0	1,3	56,2	100,0
Piani ind. pens. (*)	44,5	0,1	12,7	36,7	6,0	100,0
TOTALE RAMI VITA	***21,1***	***1,4***	***57,8***	***8,5***	***11,2***	***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

nel 2006). Perdono invece quota i promotori finanziari che dal 15,3% nel 2006 passano al 13,5% nel 2007; è rimasta sostanzialmente invariata la quota afferente agli agenti che si mantengono intorno all'8%.

Con un'incidenza che ha superato il 50%, aumenta il peso della vendita diretta verso prodotti di ramo V. Sulla scorta di quanto osservato già nel 2006, il canale bancario si riduce ulteriormente di circa 10 punti percentuali, raggiungendo una quota inferiore al 20% della raccolta complessiva.

Anche se la vendita dei prodotti previdenziali ad adesione individuale (PIP) è concentrata sulle agenzie, nell'ultimo anno si è registrata una crescita della quota premi/contributi raccolti dai promotori finanziari che dal 29,8% nel 2006 è passata al 36,7% nel 2007. Si rileva inoltre che i premi/contributi verso fondi pensione di ramo VI – individuali e/o collettivi – continuano a essere raccolti per la maggior parte attraverso il canale vendita diretta (56,2%).

ASSICURAZIONE DANNI

Nel 2007 la raccolta tramite gli agenti è cresciuta dell'1,4%; la quota di mercato di questo canale rimane nel 2007 sullo stesso livello del 2006 (84,3%).

Per il secondo anno consecutivo l'attività dei broker registra una lieve flessione nella raccolta premi (-0,6% nel 2006 e -0,2% nel 2007); è rimasta sostanzialmente stabile la quota di mercato afferente a tale canale che, con circa il 7,5% dei premi, rappresenta la prima alternativa agli agenti per la distribuzione delle polizze danni. Questo valore è però sottostimato (si veda, al riguardo,

TAVOLA 3 - ANALISI DEI CANALI DISTRIBUTIVI NEL PERIODO DI OSSERVAZIONE 2003-2007

RAMI DANNI

CANALI	Premi lordi contabilizzati (valori in milioni di euro)					Quota di mercato %					Media	Var. % annua					Var. % media
	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2004	2005	2006	2007	(2003-2007)	2003	2004	2005	2006	2007	(2003-2007)
Agenti	29.165	30.235	30.681	31.315	31.769	85,2	85,3	84,5	84,2	84,3	***84,7***	4,6	3,7	1,5	2,1	1,4	***2,6***
Broker (*)	2.549	2.674	2.796	2.779	2.773	7,5	7,6	7,7	7,5	7,4	***7,5***	4,2	4,9	4,5	-0,6	-0,2	***2,5***
Vendita Diretta	2.048	2.113	2.251	2.438	2.429	6,0	6,0	6,2	6,6	6,4	***6,2***	17,2	3,2	6,5	8,3	-0,4	***6,8***
di cui: internet e vendita telefonica	*737*	*856*	*944*	*994*	*1.047*	*2,2*	*2,4*	*2,6*	*2,7*	*2,8*	***2,5***	*46,6*	*16,2*	*10,3*	*5,3*	*5,4*	***15,8***
Sportelli Bancari	422	360	545	624	678	1,2	1,0	1,5	1,7	1,8	***1,4***	35,2	-14,7	51,4	14,5	8,6	***16,8***
Promotori Finanziari	29	29	36	28	29	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	***0,1***	-14,7	-1,6	27,2	-22,4	2,8	***-3,2***
Totale	**34.213**	**35.411**	**36.309**	**37.184**	**37.676**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	***100,0***	**5,5**	**3,5**	**2,5**	**2,4**	**1,3**	***3,1***

(*) L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2007 in 18,5 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese

il riquadro di approfondimento). Esso infatti non tiene conto di una quota importante dei premi (stimata in 18,5 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 broker sarebbe nel 2007 pari al 25,9% (7,4% nelle statistiche ufficiali), mentre l'incidenza degli agenti sarebbe del 65,9%.

Dopo anni di crescita anche la vendita diretta ha subìto nel 2007 una riduzione della raccolta premi (-0,4%); specificatamente, alla crescita in doppia cifra registrata fino al 2005 dal canale internet e telefonico, sono seguiti poi nel 2006 e nel 2007 un incremento più modesto (appena superiore al 5%) e una contrazione dei premi raccolti direttamente in impresa (agenzie in economia). Tale risultato si è riflesso anche sulla quota di mercato di questo canale che è passata dal 6,6% nel 2006 al 6,4% nel 2007.

TAVOLA 4
COMPOSIZIONE % DEL MERCATO DANNI PER CANALE DISTRIBUTIVO E RAMO - ANNO 2007

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	90,9	2,0	1,1	0,0	1,3	2,9	1,7	0,1	100,0
Corpi di veicoli terrestri	87,9	4,5	1,1	0,0	2,4	2,4	1,5	0,3	100,0
Totale Auto	***90,4***	***2,4***	***1,1***	***0,0***	***1,5***	***2,9***	***1,6***	***0,1***	***100,0***
Infortuni	83,8	7,6	2,1	0,3	4,1	0,9	0,4	0,8	100,0
Malattia	59,5	18,6	4,9	0,5	13,5	0,1	0,0	2,9	100,0
Corpi di veicoli ferroviari	49,6	10,2	-	-	40,2	-	-	-	100,0
Corpi di veicoli aerei	24,8	53,5	-	-	21,7	-	-	-	100,0
Corpi di veicoli marittimi	19,8	71,5	0,0	-	8,6	-	-	0,1	100,0
Merci trasportate	46,0	44,7	0,0	-	8,2	0,1	0,0	1,1	100,0
Incendio ed elementi nat.	78,5	11,3	5,3	0,1	4,7	0,0	0,0	0,1	100,0
Altri danni ai beni	80,5	14,3	1,3	0,1	3,6	0,0	0,0	0,2	100,0
R.C. Aeromobili	22,2	36,8	-	-	41,0	-	-	-	100,0
R.C. Veicoli marittimi	89,6	6,5	0,2	-	2,6	0,5	0,5	0,0	100,0
R.C. Generale	82,8	11,9	0,7	0,1	4,4	0,0	0,0	0,1	100,0
Credito	77,6	15,5	0,7	-	6,1	-	-	-	100,0
Cauzione	83,4	11,0	0,7	-	4,8	-	-	0,1	100,0
Perdite pecuniarie	66,1	15,0	12,0	0,0	3,3	0,2	0,2	3,1	100,0
Tutela legale	82,7	9,5	1,8	0,0	2,2	2,6	1,0	0,3	100,0
Assistenza	80,8	5,5	2,0	0,2	3,0	3,6	1,8	3,2	100,0
Totale Non Auto	***76,2***	***14,0***	***2,7***	***0,2***	***5,6***	***0,3***	***0,2***	***0,8***	***100,0***
Totale Rami Danni	**84,3**	**7,4**	**1,8**	**0,1**	**3,3**	**1,8**	**1,0**	**0,4**	**100,0**

(*) L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2007 in 18,5 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese

Rimane limitata la quota di mercato degli sportelli bancari, che ha comunque registrato nel 2007 una leggera crescita (1,8% dei premi totali); è rimasta invariata l'incidenza dei promotori finanziari nel mercato danni che anche nel 2007 è stata pari allo 0,1%.

Nei rami auto (r.c. auto e corpi di veicoli terrestri) il canale agenziale, con oltre il 90% della raccolta, rimane quello con il maggiore volume di distribuzione; mentre la vendita diretta ha superato il 6% in termini di raccolta premi, seguita dai broker con il 2,4%.

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% e il 65% per la r.c. generale, il settore property e il ramo credito-cauzione e arriverebbe a quasi l'80% per il settore trasporti.

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 2007 pari all'84,3%), 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.

A partire dal 2005, al fine di stimare l'effettiva quota di lavoro svolta dai broker l'ANIA utilizza 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 2007 i broker operanti nei rami danni in Italia hanno gestito premi pari a € 17,8 mld su un totale di € 37,7 mld, con un'incidenza pari al 47,2%. Si tratta di un valore molto superiore a quello rilevato dall'ANIA (€ 2,8 mld, pari al 7,4% 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 47,2% nel 2007.

TAVOLA 1
VOLUME PREMI GESTITI DAI BROKER
LAVORO DIRETTO ITALIANO (MILIONI DI EURO)

Rami Danni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Premi Totali (Fonte ANIA)	27.875	29.920	32.417	34.212	35.411	36.308	37.184	37.676
Premi gestiti dai broker (ANIA)	1.792	2.201	2.446	2.550	2.674	2.786	2.779	2.772
Quota % premi dei broker (ANIA)	6,4%	7,4%	7,5%	7,5%	7,6%	7,7%	7,5%	7,4%
Premi gestiti dai broker (AIBA)	**7.095**	**8.304**	**9.694**	**11.142**	**11.720**	**14.168**	**17.092**	**17.800**
Quota % premi dei broker (AIBA)	**25,5%**	**27,8%**	**29,9%**	**32,6%**	**33,1%**	**39,0%**	**46,0%**	**47,2%**
Rapporto fra premi AIBA e ANIA	**4,0**	**3,8**	**4,0**	**4,4**	**4,4**	**5,1**	**6,2**	**6,4**

Tuttavia, secondo alcune nostre ipotesi di calcolo riportate in dettaglio di seguito, vi sono motivi per ritenere che i dati dell'AIBA siano sovrastimati di circa il 45%; ciò implicherebbe un volume premi gestito dai broker per il settore danni pari a € 9,7 mld (anziché € 17,8 mld stimato dall'AIBA). Nonostante tale sovrastima, l'importo dei premi effettivamente riconducibili ai broker sarebbe comunque molto superiore (circa 3,5 volte) a quello che, nel 2007, risultava alle imprese di assicurazione.

Questa correzione implica che l'incidenza dei broker, per il totale danni, sia stimabile in un valore pari al 25,9% (anziché al 7,4%, con una differenza di 18,5

punti percentuali); conseguentemente l'incidenza degli agenti sulla raccolta premi danni complessiva scenderebbe dall'84,3% al 65,9%. La differenza, rispetto ai dati ufficiali (circa € 8 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.

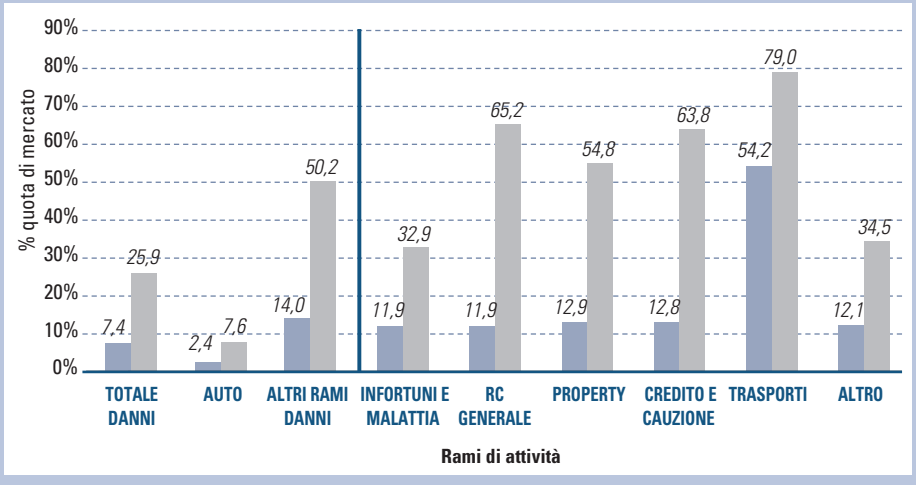


FIGURA 1 - INCIDENZA DEI BROKER PER IL SETTORE DANNI NEL 2007

Fonte ANIA
Stima ANIA su dati AIBA

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 ipotizzare 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%.

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 2007 e pari a € 1.248 mln; a tale importo è stata applicata un'aliquota media provvigionale che, sulla base di dati ANIA, è pari al 12,4% (anziché al 9% utilizzato dall'AIBA). I premi stimati derivanti da intermediazione diretta am-

monterebbero, secondo la nostra stima a € 10,1 mld (anziché € 13,9 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 *€ 1.248 mld × 12% = a un importo di fees di € 149,8 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 5,5% (che si confronta con il 2% utilizzato dall'AIBA). Ciò implica che il volume premi stimato per questo comparto di business sia pari a € 2,7 mld (ossia € 149,8 mln/5,5%), valore molto inferiore a quello riportato dall'AIBA e pari a € 7,5 mld (ossia € 149,8 mln/2%).

Secondo l'ANIA, quindi, la raccolta complessiva dei premi fatta dai broker è stimabile, nel 2007, in circa € 12,8 mld (ossia € 10,1 mld provenienti dal sistema delle provvigioni + 2,7 mld provenienti dal sistema di fees). Di questi, il 24,0% è relativo al vita (per un volume premi di € 3,1 mld) e il restante 76,0% è afferente al settore danni (per una raccolta complessiva di € 9,7 mld).

LIBRO VERDE DELLA COMMISSIONE EUROPEA SUI SERVIZI FINANZIARI AL DETTAGLIO E COMUNICAZIONE SUL MERCATO INTERNO

Il 30 aprile 2007 la Commissione ha adottato un Libro Verde sulla politica da svolgere nell'Unione Europea in materia di servizi finanziari al dettaglio.

Il Libro Verde approfondisce i problemi che si pongono in questo ambito ai consumatori e alle imprese al fine di individuare misure e iniziative atte a creare un vero mercato unico per i servizi finanziari al dettaglio, eliminando le barriere giuridiche ed economiche che ancora si oppongono al libero accesso ai mercati nazionali.

Facendo seguito al Libro Bianco sulla politica dei servizi finanziari 2005-2010 e alle inchieste settoriali sulla concorrenza, nel suo documento la Commissione europea delinea tre direttrici d'intervento a favore dei consumatori con le quali si propone:

- di accrescerne le possibilità di scelta, sviluppando la concorrenza e mettendo alla loro portata i prodotti offerti nei vari mercati dell'Unione. Tra le misure contemplate figurano il ritiro di disposizioni ritenute inefficaci o dannose e il potenziamento del risparmio a lungo termine e della previdenza integrativa;
- di stimolarne la fiducia attraverso la modernizzazione del quadro prudenziale assicurativo (con Solvency II), l'adozione di una regolamentazione uniforme sulla legge applicabile alle obbligazioni contrattuali, un migliore accesso ai sistemi di soluzione stragiudiziale delle controversie, la realizzazione di un livello di protezione equivalente in tutta l'Unione Europea;
- di curarne l'educazione finanziaria attraverso la realizzazione di appositi programmi di formazione (ad es., mediante l'adozione di linee guida), una migliore informativa precontrattuale e una consulenza più efficace basata sul profilo del consumatore e sulla maggiore o minore complessità del prodotto.

La Commissione europea, a seguito della consultazione sul Libro Verde e nel quadro della revisione iniziata nel 2006 con la sua comunicazione su un'"Agenda per i cittadini per un'Europa dei risultati", ha inoltre adottato nel novembre 2007 una comunicazione sul "Mercato Unico per l'Europa del XXI secolo".

Con questa comunicazione la Commissione ha determinato le proprie priorità e obiettivi e ha avanzato una serie di proposte politiche, in particolare verso quei settori economici in cui una più ampia integrazione arrecherebbe maggiori benefici ai consumatori e alle piccole imprese.

Tra le azioni più importanti annunciate dalla Commissione figurano iniziative in materia di diritti contrattuali dei consumatori, di ricorso collettivo, di assistenza nelle procedure di ricorso transfrontaliero e di una migliore gestione corrente del mercato unico. Si invitano gli Stati membri a inserire nelle rispet-

tive relazioni annuali sulla strategia di Lisbona informazioni sul funzionamento del mercato unico, offrendo loro la propria collaborazione per l'applicazione e il rispetto delle politiche UE.

La Commissione ha anche annunciato una nuova metodologia per monitorare sistematicamente il funzionamento dei mercati attraverso un controllo della trasparenza e della concorrenza nei settori economicamente più rilevanti e, laddove ritenuto necessario, intervenire con politiche mirate ad aumentarne l'efficienza e il rendimento. In questo contesto si inserisce l'iniziativa volta a predisporre un "quadro di valutazione del consumatore", basata su vari indicatori come prezzi, reclami, customer satisfaction, per evidenziare quei mercati che non raggiungono risultati soddisfacenti in termini economici e sociali.

Nell'area dei servizi finanziari e in particolare nel settore assicurativo, la Commissione intende fra l'altro: (i) esaminare le ragioni del mancato sviluppo dell'attività transfrontaliera nella r.c. auto, attraverso uno studio dei premi r.c. auto volto ad analizzare i fattori che determinano il prezzo finale dell'assicurazione e a identificare delle pratiche (best practices) che possano ridurne i costi; (ii) verificare le regole di interesse generale e la necessità di nominare ancora un rappresentante fiscale prima dell'inizio di un'attività in un altro Stato membro; (iii) migliorare l'alfabetizzazione finanziaria dei consumatori; (iv) valutare la praticabilità di un 28° regime; (v) studiare l'impatto dei c.d. "product tying" (prodotti in vendita abbinata) sulla mobilità dei consumatori; (vi) controllare i requisiti di trasparenza e di distribuzione dei prodotti d'investimento al dettaglio, in particolare quelli finanziari-assicurativi.

IL RAPPORTO FINALE DELLA COMMISSIONE SULL'INDAGINE SETTORIALE ASSICURATIVA

Nel giugno 2005 la Direzione Generale per la Concorrenza della Commissione europea ha promosso, sulla base dell'art. 17 del Regolamento CE n. 1/2003, un'indagine conoscitiva sul settore delle assicurazioni, relativamente all'offerta di prodotti e servizi assicurativi alle imprese (business insurance), al fine di verificare se vi fossero restrizioni alla libera concorrenza.

A seguito dell'indagine, la Commissione ha pubblicato un rapporto preliminare – che è stato posto in pubblica consultazione – evidenziando, in particolare, le problematiche relative: alla redditività del settore; alle modalità utilizzate nel mercato per la conclusione dei contratti in coassicurazione e di riassicurazione; alla remunerazione dei canali di distribuzione; alla durata dei contratti e, infine, agli effetti della cooperazione fra imprese (cooperazione orizzontale) ammessa dal Regolamento CE di esenzione per il settore assicurativo, n. 358/2003.

Il 25 settembre 2007 la Commissione ha pubblicato il rapporto definitivo nel quale sono state sostanzialmente confermate le conclusioni già emerse nel rapporto preliminare di rilievo sul piano concorrenziale.

Avuto riguardo alla valutazione della redditività del settore, la Commissione ha sottolineato l'esistenza di una certa frammentazione del mercato e la conseguente necessità di una sua maggiore integrazione. Tutto ciò dovrebbe favorire un contenimento dei costi sostenuti dalle imprese utenti dei servizi e dei prodotti assicurativi.

Relativamente alla coassicurazione, la Commissione, pur riconoscendone la piena validità e utilità, ha richiamato l'attenzione sul fatto che alcune prassi utilizzate in taluni mercati – che potrebbero comportare l'allineamento dei premi dei coassicuratori a quello stabilito dall'impresa delegataria – verrebbero a determinare una restrizione della concorrenza e quindi rientrare nel campo di applicazione dell'art. 81, par. 1, del Trattato UE.

Riguardo alla distribuzione, il rapporto ha evidenziato alcune pratiche in grado di ridurre il livello di trasparenza delle remunerazioni e i possibili conflitti d'interesse, specialmente con riferimento ai broker, che non permetterebbero agli assicurati di scegliere il proprio contratto con piena trasparenza e consapevolezza.

Per quanto concerne la durata contrattuale – ritenuta eccessivamente lunga soprattutto in alcuni paesi dell'UE – la Commissione ha preso atto, per quanto concerne l'Italia, della modifica all'art. 1899 c.c. introdotta dalle leggi c.d. Bersani, mediante la quale è stato reso possibile su base annuale il recesso dai contratti pluriennali.

Sulle forme di cooperazione fra imprese, infine, autorizzate dal predetto regolamento d'esenzione in scadenza nel 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 – la Commissione, pur non ravvedendo motivi particolari per la sua proroga, perlomeno per quanto riguarda la business insurance, si è dichiarata favorevole a proseguire le discussioni.

In questo contesto e alla luce della scadenza del predetto regolamento la Commissione sta attuando una serie di consultazioni in vista della presentazione di una relazione, entro il marzo 2009, sul funzionamento e sull'opportunità di confermare o meno il regolamento medesimo.

LA DIRETTIVA ACQUISIZIONE E INCREMENTI DI PARTECIPAZIONI

Il 21 settembre 2007 è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea la direttiva 2007/44/CE, che modifica la direttiva 92/49/CEE del

Consiglio (terza direttiva danni) e le direttive 2002/83/CE (testo unico direttive vita), 2004/39/CE (MiFID), 2005/68/CE (riassicurazione) e 2006/48/CE (banche) per quanto riguarda le regole procedurali e i criteri per la valutazione prudenziale di acquisizioni e incrementi di partecipazioni nel settore finanziario.

La direttiva mira a migliorare la certezza giuridica nonché la chiarezza e trasparenza delle regole procedurali finalizzate alla valutazione prudenziale richiesta alle Autorità di vigilanza in riferimento alle acquisizioni e agli incrementi di partecipazioni (sia nazionali sia transfrontalieri) concernenti i settori bancario, assicurativo e mobiliare.

Il provvedimento modifica considerevolmente la normativa esistente nella specifica materia – che autorizza genericamente le Autorità di vigilanza competenti a vietare dette operazioni se ritenute suscettibili di compromettere la "gestione sana e prudente" dell'impresa – prevedendo una regolamentazione uniforme per quanto concerne sia la procedura da seguire sia 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 (intendendosi per tale, ai nostri fini, quella dell'impresa di assicurazione partecipata) nel termine di sessanta giorni dalla data dell'avviso di ricevimento della notifica – 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, nel caso in cui l'acquisizione avvenga da parte di un tipo di impresa sottoposto a sua volta alla disciplina in oggetto ovvero da parte di un suo controllante. Inoltre, in caso di opposizione al progetto di acquisizione, l'Autorità competente deve motivare la decisione e comunicarla per iscritto al potenziale acquirente entro due giorni lavorativi e comunque entro il citato termine finale per la valutazione. Infine, se l'Autorità competente non si oppone entro il predetto termine, il progetto di acquisizione deve considerarsi approvato (c.d. meccanismo del silenzio-assenso).

Dall'altro, esso detta cinque criteri oggettivi di valutazione delle operazioni in esame, che concernono: la reputazione e la solidità finanziaria del potenziale acquirente; la reputazione e l'esperienza delle persone che saranno chiamate a dirigere l'impresa partecipata; la capacità di quest'ultima di continuare ad adempiere ai suoi obblighi, con specifico riferimento al rispetto dei requisiti prudenziali stabiliti dalla normativa del settore di appartenenza; l'eventualità che l'operazione favorisca il riciclaggio di denaro sporco o il finanziamento del terrorismo.

La direttiva dovrà essere attuata entro il 21 marzo 2009.

IL REGOLAMENTO SULLA LEGGE APPLICABILE ALLE OBBLIGAZIONI EXTRACONTRATTUALI (C.D. ROMA II)

Il 31 luglio 2007 è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea il regolamento n. 864/2007 dell'11 luglio 2007 sulla legge applicabile alle obbligazioni extracontrattuali, c.d. Roma II.

Il provvedimento, che si inquadra nei lavori di armonizzazione del diritto internazionale privato, uniforma le norme in base alle quali si determina la legge applicabile a un'obbligazione non contrattuale in materia civile e commerciale e non le norme di diritto sostanziale degli Stati membri.

Fra le disposizioni del regolamento meritevoli di particolare attenzione figurano: l'attribuzione alle sue norme di un carattere universale, vale a dire che esse possono designare indifferentemente la legge di uno Stato membro o quella di uno Stato terzo; l'assunzione della libertà di scelta della legge applicabile come regola generale. Nel caso di scelta di una legge di un altro paese, è fatto salvo il rispetto delle norme imperative del paese in cui siano ubicati tutti gli elementi che hanno fatto sorgere l'obbligazione. In caso di mancata scelta vige il principio della legge del luogo ove il danno diretto si è verificato, tranne nel caso in cui le parti (presunto responsabile e soggetto leso/danneggiato) risiedano abitualmente in uno stesso paese – diverso da quello in cui si è verificato il danno; in tale circostanza si applica la legge del paese di residenza, salvo quando il fatto presenta chiaramente un collegamento più stretto con un altro paese. Un'ulteriore disposizione da evidenziare, presente nel regolamento, riguarda alcune norme specifiche per tipologie particolari di obbligazioni extracontrattuali come la responsabilità da prodotti, il danno ambientale, la concorrenza sleale, la violazione dei diritti di proprietà intellettuale.

Quanto allo specifico problema del risarcimento dei danni alla persona conseguenti a sinistri della circolazione stradale avvenuti in uno Stato membro diverso da quello di residenza della vittima, il considerando n. 33 precisa che il giudice adito deve tener conto di tutte le circostanze di fatto che riguardano la vittima, compresi il lucro cessante e le spese mediche riabilitative, conformemente alle disposizioni vigenti nel suo paese di residenza.

In ogni caso, posto che gli Stati membri seguono pratiche alquanto diverse nella determinazione dei risarcimenti, entro la fine del 2008 la Commissione presenterà uno studio sui problemi in cui incorrono le vittime della circolazione transfrontaliera, al quale farà seguito un Libro Verde.

Infine, entro il 20 agosto 2011 la Commissione pubblicherà una relazione sull'applicazione di Roma II con il duplice scopo di verificare, da un lato, in che modo il diritto straniero è applicato negli Stati membri e, dall'altro, gli effetti del suo art. 28 (concernente i rapporti con altre convenzioni internazionali) in

riferimento alla convenzione dell'Aja del 4 maggio 1971 sul diritto applicabile agli incidenti stradali.

Il regolamento si applicherà a decorrere dall'11 gennaio 2009 in tutti gli Stati membri dell'Unione Europea, a eccezione della Danimarca.

IL REGOLAMENTO SULLA LEGGE APPLICABILE ALLE OBBLIGAZIONI CONTRATTUALI (C.D. ROMA I)

Nel dicembre 2007 il Consiglio ha raggiunto un accordo politico sulla proposta di regolamento concernente la scelta della legge applicabile alle obbligazioni contrattuali (c.d. Roma I), che traduce le disposizioni di diritto internazionale privato contenute nella Convenzione di Roma del 1980 nella legislazione comunitaria.

Nel corso del suo iter legislativo è stato approvato un articolo (art. 7), con cui si estende il campo di applicazione del regolamento ai contratti assicurativi, modificando la situazione preesistente in cui la Convenzione di Roma si applicava soltanto ai contratti di riassicurazione e a quelli di assicurazione diretta aventi per oggetto rischi extracomunitari, mentre gli altri contratti di assicurazione diretta concernenti rischi ubicati nell'Unione Europea erano disciplinati dalle regole di conflitto stabilite dalle direttive di settore.

L'art. 7 introduce infatti delle regole specifiche per i contratti assicurativi, che prevedono:

- l'applicazione del regolamento ai contratti relativi ai grandi rischi in qualsiasi Stato siano ubicati e a tutti i contratti che coprono rischi di massa, situati nel territorio dell'Unione, ma non ai contratti di riassicurazione;
- il principio della libertà di scelta della legge applicabile per i contratti di assicurazione che coprano grandi rischi; in caso di mancata scelta si prevede la legge dello Stato in cui l'assicuratore ha la residenza abituale;
- per i contratti di assicurazione concernenti rischi di massa, la possibilità di scegliere le seguenti leggi: la legge del paese di ubicazione del rischio, la legge del paese di residenza abituale del contraente, la legge del paese di cittadinanza del contraente nel caso di assicurazione sulla vita. Inoltre, se gli Stati membri accordano una più ampia libertà di scelta, le parti potranno avvalersi di tale libertà. In caso di mancata scelta, si applicherà la legge del paese in cui è ubicato il rischio;
- nei contratti di assicurazione obbligatoria l'applicazione della legge del paese che impone l'obbligo o quella del paese in cui è situato il rischio, con prevalenza del primo criterio in caso di conflitto.

È contemplata, inoltre, una clausola di revisione che obbliga la Commissione a preparare un rapporto, dopo cinque anni dall'entrata in vigore del regolamento, sulla sua applicazione al fine di verificare l'impatto delle nuove norme sulla legge applicabile ai contratti d'assicurazione.

Il Regolamento, che non ha valore retroattivo e che, al momento, non vincola la Danimarca, sarà pubblicato nei prossimi mesi sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea e si applicherà a decorrere dal 18° mese della sua entrata in vigore (venti giorni dopo la sua pubblicazione).

PROPOSTA DI CODIFICAZIONE DELLE DIRETTIVE R.C. AUTO

La Commissione ha proceduto alla codificazione "à droit constant" delle cinque direttive r.c. auto (direttiva 72/166/CEE; direttiva 84/5/CEE; direttiva 90/232/CEE; direttiva 2000/26/CE e direttiva 2005/14/CE) con la presentazione di una proposta di direttiva il 27 febbraio 2008, che ne preserva completamente la sostanza e si limita a riunirle in un Testo unico, apportando solo quelle modifiche formali necessarie all'attività di consolidamento.

Questo provvedimento è in linea con le indicazioni della stessa Commissione e del Consiglio di procedere alla codificazione di tutti i provvedimenti legislativi comunitari ai fini di una maggiore sicurezza giuridica e di una più agevole comprensione della legislazione comunitaria.

La codificazione, benché debba essere effettuata nel rispetto del processo legislativo comunitario, quando non contiene modifiche di sostanza, può essere adottata rapidamente attraverso una procedura accelerata, in base a un accordo interistituzionale fra Parlamento, Commissione e Consiglio del 20 dicembre 1994; di conseguenza la sua approvazione è attesa in tempi brevi.

RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA SULLA PARITÀ DI TRATTAMENTO UOMO/DONNA

Il 10 novembre u.s. è entrato in vigore il d.lgs. 6 novembre 2007, n. 196, di attuazione della direttiva 2004/113/CE che attua il principio della parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura, pubblicato sulla G.U. del 9 novembre 2007, n. 261.

Il decreto, che contiene modifiche al testo del codice delle pari opportunità tra uomo e donna, prevede che non si possa tener conto del genere quale fattore di calcolo dei premi e delle prestazioni a fini assicurativi e finanziari e che questo non può determinare, per i contratti stipulati successivamente all'entrata in vigore del decreto in esame, differenze nei premi e nelle prestazioni medesime.

Tuttavia il legislatore precisa che sono consentite differenze "proporzionate" nei premi o nelle prestazioni individuali ove il fattore genere sia determinante per la valutazione dei rischi, e che in ogni caso i costi inerenti alla gravidanza e alla maternità non possono in nessun caso determinare differenze nei premi e/o nelle prestazioni individuali.

Il provvedimento attribuisce all'ISVAP la competenza a effettuare le attività necessarie, senza indicarle nello specifico, finalizzate a garantire che le differenze nei premi o nelle prestazioni, ove consentite, siano fondate su dati attuariali e statistici affidabili. Il medesimo Istituto provvede a raccogliere, pubblicare e aggiornare i dati relativi all'utilizzo del genere quale fattore attuariale determinante.

Il decreto, conformemente alla direttiva e in deroga all'ordinamento, introduce inoltre l'onere della prova a carico del convenuto, il quale per difendersi deve dimostrare che non vi è stata violazione del divieto di discriminazione. Nel caso di condanna, il convenuto può essere tenuto a risarcire i danni anche non patrimoniali e inoltre gli vengono revocati gli eventuali benefici finanziari e creditizi goduti ai sensi di leggi statali o regionali e gli appalti in corso.

Infine, viene stabilito che la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità dovrà trasmettere entro il 31 dicembre 2009, e poi ogni cinque anni, una relazione sull'applicazione delle disposizioni esaminate alla Commissione europea.

VERSO LA GLOBALIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA

Dopo lo stallo dei negoziati, durante il biennio 2006/2007, sulla globalizzazione (c.d. Doha round), lanciati oltre sei anni fa in seno all'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), a causa del mancato accordo sulla riduzione dei sussidi in campo agricolo e sui tagli tariffari per i beni industriali fra gli Stati Uniti, l'Europa e il G20, cioè il gruppo dei venti paesi più avanzati fra quelli in via di sviluppo, sembra che il 2008 rappresenti l'anno del loro rilancio e da Ginevra arrivano finalmente chiari segnali di progresso.

Una conferenza ministeriale, per dare una nuova spinta alla liberalizzazione del commercio internazionale, dovrebbe aver luogo nei prossimi mesi, anche se la strategia al momento adottata sembrerebbe condurre a un accordo separato su agricoltura e industria rimandando a una seconda fase i capitoli sui servizi e sulle facilitazioni commerciali.

Relativamente alle negoziazioni sull'accesso ai mercati dei servizi, il segretariato dell'OMC avrebbe l'intenzione di indire una "Signalling Conference". Questa conferenza dovrebbe costituire l'occasione di definire il massimo impegno di liberalizzazione nei vari settori dei servizi da parte dei paesi maggiormente coinvolti, a cui dovrebbe seguire una tornata finale di richieste/offerte di liberalizzazione entro la fine dell'estate.

La Commissione europea, pur considerando il Round negoziale una priorità, ha al contempo intrapreso una serie di negoziati bilaterali (FTAs), che dovrebbe-

ro mirare a un alto grado di liberalizzazione degli scambi, compresi i servizi e gli investimenti, con diversi paesi economicamente emergenti da un lato (Corea del Sud, India e paesi ASEAN) e con regioni con stretti legami con l'Europa dall'altro (regione del Golfo Persico, paesi del Mediterraneo, paesi dell'America Centrale e Meridionale), senza trascurare l'orientamento pro-sviluppo che da decenni caratterizza le relazioni economiche e commerciali con il gruppo dei paesi dell'Africa, dei Caraibi e del Pacifico.

PROPOSTA DI DIRETTIVA IVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI SERVIZI FINANZIARI E ASSICURATIVI

La Commissione europea ha recentemente emanato una proposta di Direttiva finalizzata a modernizzare la Direttiva IVA 2006/112 in materia di trattamento dei servizi finanziari e assicurativi ([1]), accompagnando tale provvedimento con una proposta di Regolamento attuativo delle norme in esso contenute ([2]), a norma dell'art. 397 della direttiva stessa ([3]).

L'intento perseguito dalla Commissione UE è quello di adattare la disciplina dell'esenzione delle prestazioni di servizi finanziari e assicurativi all'evoluzione intervenuta nei rispettivi settori, anche alla luce dei molteplici interventi della Corte di giustizia UE che hanno contribuito a chiarire il senso del dettato normativo comunitario.

L'intervento sulla disciplina dell'IVA comunitaria nella specifica materia tende a realizzare un più elevato grado di certezza e trasparenza sul piano giuridico, a vantaggio sia delle Amministrazioni finanziarie dei vari Stati membri sia degli stessi operatori economici che si confrontano, spesso, con problematiche interpretative sul trattamento corrente di taluni servizi ai fini dell'IVA.

Ulteriore obiettivo della Commissione è la neutralità, attualmente ostacolata dalla presenza di meccanismi di limitazione alla detraibilità dell'IVA a monte imposti agli operatori esenti, che a detta della Commissione determinano l'insorgenza di costi nascosti (la terminologia anglosassone fa riferimento indifferentemente ai concetti di *hidden, embedded* ovvero *sticking* VAT) che si riverberano sul livello delle tariffe dei servizi finanziari e assicurativi.

([1]) Doc. n. 16210/07 COM (2007) 747 final.
([2]) Doc. n. 116209/07 COM (2007) 746 final.
([3]) La versione italiana ufficiale delle suddette proposte è disponibile nella stanza Fiscalità del sito dell'ANIA, nella sezione Documentazione.

In estrema sintesi, la proposta tende:

- a definire l'ambito dei servizi finanziari e assicurativi (per questi ultimi la definizione evoca la nozione di contratto assicurativo prevista dall'art. 1882 c.c.);
- a delimitare l'esenzione per i servizi correlati che si qualificano essenziali e specifici rispetto all'attività esente;
- a costruire uno scenario in cui la non detraibilità dell'IVA sugli acquisti per gli operatori finanziari, da sempre percepita come una distorsione, possa essere mitigata attraverso il ricorso a due istituti: l'**opzione per l'imponibilità** dei servizi prestati, che gli Stati membri dovranno garantire a decorrere dal 2012, e **la procedura di riaddebito** in esenzione dei costi di cui al *nuovo* art. 137 ter) della Direttiva – c.d. cost-sharing – con riferimento ai servizi resi da strutture appositamente create (partecipate da soggetti che svolgono attività esenti) ai medesimi soggetti che ne fanno parte, necessari per lo svolgimento di dette attività esenti.

L'esenzione per tali servizi è prevista a condizione che il riaddebito ai partecipanti avvenga nel limite del costo sostenuto.

Il CEA ha indirizzato un documento al Consiglio, alla Commissione e al Parlamento europeo ([4]), allo scopo di illustrare la posizione del settore assicurativo europeo sul testo della proposta di Direttiva. In particolare, è sottolineato come vada evitato che dall'opzione per la tassazione possa derivare una sovrapposizione dell'IVA con l'imposta sui premi.

Si osserva infatti che l'opzione per l'imponibilità, che consentirebbe agli operatori finanziari di evitare l'indetraibilità dell'IVA a monte, ove non accompagnata dalla soppressione dell'imposta sui premi, determinerebbe per gli assicurati che non recuperano *in toto* l'IVA (in particolare se consumatori finali) una doppia tassazione dei premi (IVA e imposta sui premi).

Il meccanismo, pertanto, richiede riflessioni più approfondite, perché l'esercizio dell'opzione per l'imponibilità potrebbe risultare interessante ove fosse consentito di esercitare detta opzione solo con riguardo alle operazioni effettuate nei confronti di operatori commerciali.

L'imponibilità dei premi non è infatti auspicabile con riguardo ai contratti di assicurazione stipulati in particolare nei rami che rivestono una più marcata funzione sociale, quali le assicurazioni sulla vita e contro gli infortuni, le assi-

([4]) Il documento è disponibile in lingua inglese nella stanza Fiscalità del sito dell'ANIA, www.ania.it.

curazioni malattia e LTC e i Piani pensionistici individuali, di norma stipulati da consumatori finali ai quali è precluso il recupero dell'eventuale IVA applicata sul premio.

Quanto ai contenuti del Regolamento, esplicativi della proposta, la Commissione ha abbandonato l'approccio della lista negativa per la definizione di assicurazione (nel *draft* precedente venivano espressamente esclusi, ad esempio, rendite, capitalizzazioni e piani pensionistici individuali), mentre permangono una lista positiva e una negativa per la definizione dei servizi correlati esenti (in quanto *essenziali e specifici*), che la Commissione afferma di voler considerare non esaustive.

La proposta di Direttiva prevede che gli Stati membri, una volta approvata la Direttiva all'unanimità da parte del Consiglio UE, dovranno recepire entro il 31 dicembre 2009 nei rispettivi ordinamenti le disposizioni in essa contenute, con eccezione della norma concernente l'opzione per l'imponibilità, la cui decorrenza, come detto, è differita al 1° gennaio 2012.

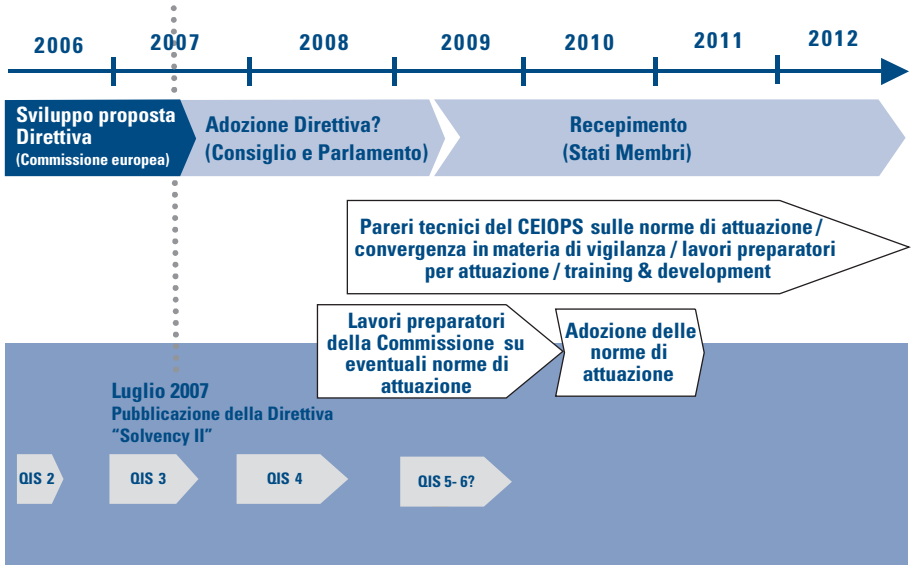
SOLVENCY II

La direttiva Solvency II: i punti aperti

I lavori sul progetto Solvency II proseguono intensamente, a livello comunitario, secondo il calendario a suo tempo fissato dalle Autorità europee.

La proposta di direttiva quadro, ufficializzata dalla Commissione europea il 10 luglio dello scorso anno e poi ripresentata, con alcune modifiche, il 26 febbraio 2008, dovrebbe essere approvata all'inizio del prossimo anno (figura 1).

FIGURA 1
"SOLVENCY II" I TEMPI DEL PROGETTO



Recasting

La proposta della Commissione rappresenta un Testo Unico della vigente legislazione vita e danni in quanto razionalizza la normativa comunitaria in materia assicurativa. Essa procede alla codificazione di 14 direttive (vita, danni, gruppi assicurativi, riassicurazione), a eccezione delle direttive auto, conti annuali e fondi pensione, e tiene altresì conto del futuro regolamento sulla scelta della legge applicabile alle obbligazioni contrattuali (c.d. Roma I), estendendo la disciplina prevista da tale regolamento anche agli Stati membri che non vi erano sottoposti.

Il testo, a cui è applicata la tecnica della "rifusione", con correzioni che tendono a migliorare e aggiornare la struttura, la redazione e la lettura delle direttive esistenti, non apporta alcuna modifica sostanziale alla legislazione in vigore. Una novità riguarda l'esclusione dal campo di applicazione della proposta, oltre alle piccole mutue, già escluse, delle compagnie che hanno una raccolta premi non superiore ai 5 milioni di euro. Fa eccezione, naturalmente, l'introduzione del nuovo regime di solvibilità.

Le cosiddette "implementing measures", ossia le misure dettagliate necessarie per dare attuazione ai principi generali della direttiva, dovrebbero essere pubblicate in bozza nell'autunno 2009 per essere approvate, dopo un periodo di pubblica consultazione, entro il 2010. Particolarmente importanti, ai fini della definizione delle misure di attuazione, i risultati del quarto studio di impatto quantitativo (QIS 4), svolto da aprile a luglio di quest'anno.

Si prevede che il regime Solvency II possa entrare in vigore nei paesi membri alla fine del 2012.

La proposta di direttiva quadro è stata, in questi ultimi mesi, oggetto di vivace confronto a livello sia di Parlamento sia di Consiglio europeo.

Per quanto riguarda le attività in Parlamento, nei primi giorni di aprile sono stati pubblicati due importanti documenti:

- il rapporto curato dal relatore britannico Peter Skinner, presentato alla Commissione per gli affari economici e monetari;
- il rapporto curato dalla relatrice Sharon Bowles (GB), presentato alla Commissione per gli affari giuridici.

Entrambi i rapporti esprimono un forte sostegno per la proposta della Commissione europea, pur non mancando di sottolineare alcuni aspetti critici, per i quali i relatori propongono emendamenti al testo della direttiva. Tali emendamenti riflettono, peraltro, il dibattito già in corso a livello parlamentare e a livello di Consiglio.

Si illustrano brevemente, di seguito, gli aspetti oggetto di maggiore attenzione.

Il regime di vigilanza sui gruppi

Uno degli obiettivi perseguiti dal legislatore comunitario con il nuovo regime di solvibilità è quello di dare un assetto più efficiente alla vigilanza sui gruppi assicurativi. Attualmente, un gruppo assicurativo è assoggettato alla vigilanza (e alla regolamentazione) di tante Autorità quanti sono i paesi in cui esso opera tramite le proprie imprese, il che, evidentemente, dà luogo a duplicazioni, incongruenze e inefficienze. La Commissione intende rimediare alla situazione e, in tal senso, introduce nella proposta di direttiva numerosi elementi innovativi, quali:

- la designazione di un "group supervisor", responsabile di tutti gli aspetti fondamentali della vigilanza sul gruppo (solvibilità di gruppo, operazioni infragruppo, concentrazione dei rischi, risk management e controllo interno). Il "group supervisor" deve svolgere la propria attività in cooperazione con le varie autorità di vigilanza locali. Per ogni gruppo, inoltre, devono essere conclusi accordi di coordinamento fra tutte le autorità di vigilanza interessate;

– la possibilità per i gruppi di accedere al regime di "group support", regime che prevede deroghe ad alcune norme sulla vigilanza individuale. Nello specifico, qualora la richiesta del gruppo di essere vigilato nell'ambito del regime di "group support" sia accettata, intervengono tre importanti modifiche al quadro di vigilanza "solo":
  - l'imposizione di requisiti patrimoniali aggiuntivi ("capital add-ons") alle singole imprese appartenenti a un gruppo può avvenire su proposta del competente supervisor "solo", ma serve l'accordo con il "group supervisor", che diventa responsabile dell'applicazione concreta delle misure in questione;
  - la possibilità per le imprese del gruppo di avvalersi, a determinate condizioni, di un supporto patrimoniale di gruppo ("group capital support") per coprire tutto o parte della differenza fra Solvency Capital Requirement (SCR) e Minimum Capital Requirement (MCR). Il supporto di gruppo prende la forma di una dichiarazione d'impegno della capogruppo a trasferire all'impresa figlia fondi propri ammissibili; la dichiarazione deve essere accettata dal "group supervisor" previa verifica del rispetto di tutte le condizioni previste;
  - i poteri del "solo supervisor" di far rispettare il SCR da parte delle imprese figlie sono sostituiti da poteri di monitoraggio del SCR e della compliance con le regole del regime di "group support". Il "solo supervisor" rimane, dunque, responsabile del monitoraggio del SCR e di chiedere revisioni della dichiarazione di "group support" da parte della capogruppo o trasferimenti di fondi dalla capogruppo all'impresa figlia.

Il nuovo quadro regolamentare relativo alla vigilanza di gruppo è sicuramente uno dei punti più dibattuti a livello di istituzioni europee. L'innovativo regime di "group support", in particolare, ha ingenerato preoccupazioni per uno spostamento eccessivo di poteri dal supervisor nazionale al supervisor di gruppo e per le possibili incertezze legali relative all'impegno di trasferimento dei fondi dalla capogruppo alle imprese figlie in caso di difficoltà finanziarie di queste ultime.

Un numero di paesi ha presentato in Consiglio proposte alternative, volte soprattutto a garantire maggiori poteri al "solo supervisor" con riguardo al rispetto del SCR e a limitare dal punto di vista quantitativo la concessione di "group capital support" alle diverse imprese figlie.

Il rapporto Skinner cerca una linea di mediazione tra le diverse esigenze, proponendo emendamenti che hanno l'obiettivo di:

– rafforzare la collaborazione fra supervisor garantendo la massima circolazione delle informazioni;
– potenziare il ruolo svolto dal CEIOPS nel caso di contrasti fra supervisor;
– garantire al "solo supervisor" poteri adeguati in merito al rispetto del SCR da parte delle imprese figlie;
– assicurare maggiore certezza giuridica alle dichiarazioni di "capital support" rilasciate dalla capogruppo.

Il trattamento del rischio azionario nel calcolo del Solvency Capital Requirement

Anche il tema del trattamento del rischio azionario nel calcolo del SCR è stato – ed è tuttora – uno dei punti al centro delle più intense discussioni nel quadro della definizione delle nuove regole di solvibilità.

La proposta della Commissione, in coerenza con la sua natura di direttiva "quadro", si limita a prevedere alcuni principi generali, demandando alle misure di attuazione la definizione delle modalità di calcolo analitiche.

L'art. 105, n. 5 della proposta, in particolare, prevede che il modulo del rischio di mercato – in cui è compreso il sottomodulo per il rischio azionario – rifletta il rischio derivante dal livello o dalla volatilità dei prezzi di mercato degli strumenti finanziari che hanno un impatto sul valore delle attività e delle passività dell'impresa. Esso riflette adeguatamente – aggiunge l'articolo in questione – il disallineamento strutturale tra attività e passività, in particolare rispetto alla loro durata.

Quest'ultima frase esprime l'intento di tenere in qualche modo conto, nella determinazione del requisito patrimoniale per i rischi di mercato, del fatto che le imprese di assicurazione sono investitori di lungo termine, in conseguenza della durata tipicamente protratta delle loro passività (almeno in certi rami).

Il QIS 3, sulla base delle osservazioni pervenute dai partecipanti, ha introdotto importanti modifiche al trattamento del rischio azionario così come era previsto nel QIS 2: in particolare, l'entità dello shock, pari al 40% nel QIS 2, è stata portata al 32% per le azioni della categoria "global" e al 45% per gli altri titoli, mentre la correlazione tra rischio azionario e rischio di tasso di interesse è stata ridotta da 0,75 a 0. Il QIS 3 prevedeva inoltre due approcci alternativi per il market risk: il primo escludeva dallo shock gli attivi eccedenti le riserve tecniche e il SCR (i cosiddetti "free assets"); il secondo legava l'entità degli shock per il rischio azionario e il rischio immobiliare alla durata delle passività assicurative dell'impresa.

Il QIS 4 ha lasciato pressoché immutata l'entità degli shock per il rischio azionario, mentre non ha proposto gli approcci alternativi relativi ai "free assets". Per contro, è stato previsto un approccio differenziato per gli investimenti in partecipazioni, per alcuni dei quali è stabilita l'applicazione di shock ridotti (rispettivamente del 16% e del 22,5%, anziché del 32% e del 45% previsto per le azioni ordinarie) in considerazione alla loro minore volatilità, derivante dall'instaurarsi di relazioni tipicamente di lungo periodo fra impresa partecipante e impresa partecipata; ed è stato altresì previsto un approccio alternativo che correla l'entità dei coefficienti per il rischio azionario sia al ciclo che sta attraversando il mercato finanziario sia alla durata delle passività assicurative ("dampener alternative approach").

Il rapporto Skinner, sul tema del rischio azionario, propone un emendamento volto a eliminare il riferimento alla durata delle passività assicurative, previsto dall'art. 105, n. 5, in quanto ritenuto in contrasto con l'orizzonte temporale annuo su cui è calibrato nel suo complesso il SCR: introdurre un riferimento a orizzonti più lunghi implicherebbe – ad avviso del relatore – un indebolimento delle garanzie per gli assicurati.

La posizione dell'industria assicurativa europea non è uniforme: a chi sostiene che debba essere salvaguardata l'omogeneità di trattamento per tutti gli attivi soggetti a rischio di mercato, nel quadro dell'orizzonte temporale annuo previsto dalla proposta di direttiva, si contrappone chi ritiene che un sistema basato sul rischio dovrebbe disincentivare comportamenti prociclici e riflettere la differente rischiosità tipica di certe poste di bilancio (le partecipazioni, ad esempio, o gli attivi liberi). O, ancora, chi ritiene che nella valutazione della rischiosità degli attivi non si possa prescindere da un'adeguata considerazione della durata delle passività assicurative a essi corrispondenti.

Il criterio di calcolo del Minimum Capital Requirement

Sempre in coerenza con la sua natura di "direttiva quadro", la proposta della Commissione non contiene una precisa metodologia per il calcolo del MCR, ma si limita a prevedere alcuni principi che devono informare la determinazione del requisito patrimoniale minimo (art. 127):

- semplicità, chiarezza e possibilità di verifica;
- il MCR deve corrispondere a un importo di fondi propri al di sotto dei quali gli assicurati sarebbero esposti a un livello di rischio inaccettabile qualora all'impresa fosse consentito di continuare la propria attività. In questo senso, il requisito minimo svolge la funzione di "rete di sicurezza" ("safety net");
- il MCR deve essere calibrato sul VaR dei fondi propri dell'impresa, con un livello di confidenza compreso fra l'80% e il 90%, su un orizzonte temporale di un anno.

Considerato il rilievo che il requisito patrimoniale minimo assume ai fini dell'esercizio dell'azione di vigilanza, è comprensibile che alle modalità concrete di calcolo sia stata posta particolare attenzione.

Il rispetto dei principi sopra elencati ha fatto propendere il CEIOPS per una metodologia di calcolo cosiddetta "modulare", consistente nell'aggregazione di requisiti calcolati in maniera semplificata per le principali tipologie di rischio cui l'impresa è esposta. Il metodo modulare è stato sottoposto a test nel QIS 3, dove sono stati considerati i soli rischi di mercato e di underwriting, ma i risultati non sono stati soddisfacenti nel caso dell'assicurazione vita, dove si sono verificati casi di MCR superiore al SCR.

L'industria assicurativa europea ha assunto una posizione diversa, preferendo un approccio cosiddetto di tipo "compatto", consistente nel calcolare il MCR come percentuale predefinita del SCR.

Il metodo "compatto" è preferibile perché assicura la coerenza di calcolo con il SCR e, dunque, il medesimo grado di sensibilità al rischio; esso inoltre consente la definizione di un'appropriata "scala" di vigilanza, ovvero di una serie di soglie coerenti oltrepassate le quali varia l'intensità dell'azione del supervisor. Anche il metodo "compatto" è stato sottoposto a test nel QIS 3.

Una terza metodologia possibile per il calcolo del MCR è quella "lineare", basata su una percentuale delle riserve tecniche. Nel QIS 4 il CEIOPS ne propone una variante, cosiddetta "combinata", che vede sempre il calcolo di base in percentuale delle riserve tecniche (e di altre misure di volume, come i premi nel caso dell'assicurazione danni, per accrescere la "risk sensitiveness" del metodo), cui però sono applicati un tetto massimo e una soglia minima espressi in percentuale del SCR (rispettivamente, il 50% e il 20% del SCR).

Sia il rapporto Skinner sia il rapporto Bowles si pronunciano a favore di una metodologia di calcolo che sia il più possibile coerente con quella del SCR; esprimono, dunque, una preferenza per l'approccio "compatto", ove il MCR è calcolato come percentuale del SCR. A tale posizione si contrappone ancora, tuttavia, una larga parte dei supervisors del CEIOPS e diversi Stati membri che temono il venir meno, seguendo questa strada, delle caratteristiche di semplicità, chiarezza e verificabilità ritenute imprescindibili per un requisito patrimoniale minimo.

Surplus funds

Un principio importante sancito da Solvency II – e coerente con un approccio economico e risk-based – è il riconoscimento della capacità degli utili discrezionali del ramo vita di assorbire eventuali perdite subite dall'impresa in caso di shock. In concreto, nel caso delle polizze vita con partecipazione agli utili, normalmente gli assicuratori riconoscono un rendimento garantito – che è da attribuire agli assicurati in qualunque circostanza – e un rendimento di entità variabile, dipendente dagli utili realizzati dall'impresa nella gestione dei suoi investimenti – attribuito agli assicurati a discrezione dell'impresa. A seconda delle regole che definiscono la partecipazione degli assicurati alla quota variabile dell'utile – regole che sono molto diverse a seconda dei prodotti in essere nei vari paesi – le imprese godono di un maggiore o minore grado di discrezionalità riguardo all'utilizzo effettivo degli utili in parola. Ove il grado di discrezionalità è massimo, gli utili discrezionali hanno una elevata capacità di assorbire le perdite, in quanto l'impresa può utilizzarli liberamente, fino al loro intero ammontare, in caso di shock. Ove la discrezionalità è minore, minore è la capacità di assorbimento.

Solvency II cerca di riflettere l'eterogeneità delle situazioni nel modo che segue:

– da un lato, riprendendo una disposizione della vigente normativa comunitaria in materia di assicurazione vita e prevedendo che, purché vi sia autorizzazione del diritto nazionale, "... gli utili realizzati che figurano a riserve nel bilancio di esercizio non sono considerati come passività assicurative e riassicurative, nella misura in cui tali utili possano essere utilizzati per coprire qualunque perdita che potrebbe insorgere e laddove non siano stati messi a disposizione per essere distribuiti a contraenti e beneficiari" (art. 90 della proposta di direttiva). L'art. 96 della proposta completa il quadro normativo, disponendo che le riserve di utili che rientrano nell'ambito di applicazione dell'art. 90 siano classificate come elemento patrimoniale di Tier 1;
– dall'altro, prevedendo, all'art. 107 della proposta, un abbattimento del SCR laddove le imprese possano dimostrare che la riduzione delle future partecipazioni agli utili a carattere discrezionale possa essere utilizzata per coprire eventuali perdite inattese. In questo caso, a differenza di quello precedente, il valore delle future partecipazioni agli utili a carattere discrezionale fa pienamente parte delle riserve tecniche dell'impresa, mentre la riduzione del SCR dovuta alla capacità di tali utili di assorbire le perdite non può essere maggiore dell'ammontare delle riserve per utili futuri discrezionali.

Secondo alcuni paesi, l'approccio seguito dalla Commissione – che tratta gli utili discrezionali come riserva tecnica o come capitale Tier 1 – rischia di introdurre differenziazioni ingiustificate e di alterare il principio di "level playing field", uno degli obiettivi principali di Solvency II.

Il rapporto del relatore Skinner parte dalla considerazione che, da un lato, manca nel testo della Commissione, una definizione di "riserva di utili" ("surplus funds") e, dall'altro, che non sia automatico che questa tipologia di fondi sia sempre dotata in massimo grado della capacità di assorbire le perdite inattese. Per tale ragione, oltre a proporre una definizione di "surplus funds", il rapporto Skinner prevede che essi siano classificati come elementi patrimoniali di Tier 2, che non possano essere ammessi alla copertura del MCR e che, infine, sia data adeguata informativa agli assicurati – prima della stipula del contratto – nel caso in cui l'impresa preveda di utilizzare tali fondi per la copertura di eventuali perdite. Gli emendamenti proposti dal relatore Skinner non sono condivisi dai paesi in cui i "surplus funds" – riconosciuti dalle normative nazionali – sono tradizionalmente considerati elementi patrimoniali di qualità elevata, ossia con un'alta capacità di assorbimento delle perdite. Sia a livello di Parlamento sia a livello di Consiglio si sta cercando una soluzione di compromesso.

Fondi pensione

Un ultimo punto controverso della direttiva riguarda l'applicabilità delle disposizioni relative al nuovo regime di Solvency II ai fondi pensione.

Nella sua proposta, la Commissione si limita ad abrogare la direttiva n. 2002/83/CE, due articoli della quale sono richiamati dalla direttiva n. 2003/41/CE in materia di enti pensionistici.

Il rapporto Skinner prevede una coppia di emendamenti volti a chiarire che le disposizioni relative a Solvency II non si applicheranno ai fondi pensione, almeno sino a quando la Commissione non avrà portato a termine il processo di revisione della direttiva n. 2003/41/CE, processo che dovrebbe essere avviato entro il corrente anno.

La maggioranza dell'industria assicurativa europea, invece, auspica l'applicazione delle medesime regole in presenza di rischi analoghi, per cui ove i fondi pensione dovessero assumere rischi tipicamente assicurativi dovrebbero essere assoggettati alle medesime norme in materia di solvibilità.

I risultati del QIS 3 e le principali novità introdotte dal QIS 4

Il progetto Solvency II, come accaduto anche per il progetto Basilea 2 relativo al settore bancario, prevede l'implementazione di alcuni studi di impatto quantitativo (QIS) finalizzati a testare gli impatti sul bilancio e sul patrimonio di approcci metodologici e parametri definiti a livello teorico.

Nel corso del periodo 2007-2008 è stato condotto e si è concluso il terzo studio di impatto quantitativo (QIS 3) ed è stato avviato il QIS 4.

Il QIS 3, sviluppato nel periodo aprile-giugno 2007, si è contraddistinto dal precedente studio di impatto per diversi cambiamenti apportati sia alle formule che ai parametri ma, soprattutto, per aver testato l'adeguatezza di una formula standard per il requisito di capitale (SCR) sia a livello di singola impresa sia a livello di gruppo.

I risultati del QIS 3 sono stati resi noti dal CEIOPS tramite un Summary Report pubblicato nel novembre 2007.

Da tale documento sono emersi, a livello europeo, molteplici aspetti di rilievo:

- un incremento notevole di imprese partecipanti allo studio: 1027 imprese singole rispetto alle 514 del QIS 2; per l'Italia hanno partecipato 73 imprese, rispetto alle 13 del QIS 2, rappresentative dell'82% circa dei premi danni diretti e del 71% circa delle riserve matematiche;
- una riduzione, in media, delle riserve tecniche, dovuta principalmente alla rimozione della prudenza implicita presente nelle attuali riserve, e, conseguentemente, un incremento del capitale disponibile;
- una tendenza alla riduzione del solvency ratio (rapporto tra capitale disponibile e requisito di capitale) rispetto all'attuale per la maggior parte delle imprese, soprattutto per le compagnie operanti nel ramo danni;

- un incremento di available surplus, ovvero di capitale in eccesso rispetto al SCR, di oltre il 50% per circa il 30% delle imprese e un decremento di oltre il 50% per il 34% delle compagnie; inoltre, per il 16% si è registrata la necessità di aumentare il capitale per coprire il SCR;
- una coerenza del MCR per il settore danni con il target prefissato per la calibrazione, ovvero un VaR con un livello di confidenza compreso tra l'80% e il 90% e un orizzonte temporale di un anno; per il comparto vita e per le imprese miste, un range di variazione piuttosto ampio per il rapporto tra MCR e SCR;
- la necessità di sviluppare ulteriormente la formula standard per il calcolo del requisito di capitale per i gruppi, di approfondire il tema delle tasse e di testare nel QIS 4 un unico approccio per il calcolo del MCR;
- l'esigenza da parte delle imprese partecipanti di ulteriori analisi per il calcolo delle riserve tecniche con particolare riguardo alla stima della capacità degli utili futuri discrezionali di assorbire perdite in caso di shock.

È stato avviato agli inizi di aprile il quarto studio di impatto quantitativo che terminerà il 7 luglio per le singole compagnie e il 31 luglio per i gruppi.
In questo studio di impatto particolare attenzione è focalizzata sulla valutazione di:

- attendibilità e praticabilità sia dei metodi semplificati proposti per il calcolo delle riserve tecniche e del SCR sia dell'impiego di parametri specifici dell'impresa;
- impatto quantitativo sul bilancio dei gruppi assicurativi e riassicurativi considerando l'interazione tra requisiti di capitale relativi alle singole compagnie e quelli di gruppo, nonché l'eligibilità e la trasferibilità dei fondi propri;
- comparabilità tra i risultati prodotti dalla formula standard e quelli ottenuti sviluppando modelli interni;
- struttura e calibrazione della formula relativa al Minimum Capital Requirement (MCR).

Come nel QIS 3, la base per la valutazione degli attivi e dei passivi nel quarto studio di impatto quantitativo è un approccio di tipo economico che, in molti casi, risulta coerente con una valutazione IAS compliant, sebbene siano presenti alcune eccezioni: ad esempio, il "Goodwill" e gli "Intangibles" nel QIS 4 devono essere espressi a valore zero; i valori ottenuti per gli immobili seguendo gli IAS 16 e 40 sono da considerarsi proxy accettabili purché venga utilizzato l'approccio del "revaluation cost" o del "fair value" e non quello al "costo".

Per quanto concerne la classificazione dei fondi propri, si riscontra nel QIS 4 una guida molto più dettagliata rispetto al QIS 3; oltre ai principi generali, ripresi dalla Direttiva Solvency II, sono, infatti, illustrati molteplici esempi pratici.

Il modello standard del QIS 4 continua a presentare, come nel precedente studio, una struttura modulare con sezioni suddivise per categorie di rischio: il rischio di mercato, il rischio assicurativo vita, il rischio assicurativo danni, il rischio assicurativo malattia, il rischio di fallimento della controparte e, infine, il rischio operativo.

Per calcolare il requisito di capitale finale sono necessari tre passaggi:

- determinazione dei requisiti di capitale relativi alle diverse categorie di rischio;
- aggregazione dei requisiti di capitale relativi a tutte le categorie di rischio, a esclusione del rischio operativo, e quindi definizione del Basic Solvency Capital Requirement (BSCR);
- calcolo del SCR ottenuto sommando al BSCR il requisito relativo al rischio operativo e sottraendo le componenti relative all'effetto di mitigazione del rischio per future profit sharing e per imposte differite.

Rispetto al QIS 3, sono state apportate, per alcuni rischi, modifiche sia a livello di formule che di parametri. Di seguito sono illustrate alcune delle principali novità introdotte dal QIS 4.

Nell'ambito del rischio di mercato, non è più prevista l'opzione di calcolare il SCR escludendo i "free assets" e sono invece sottoposte a stress anche le polizze di tipo linked, con alcune eccezioni per determinate sottocategorie di rischio.

Con particolare riferimento al rischio azionario, è richiesto uno stress dimezzato rispetto agli altri titoli azionari per le partecipazioni (superiori al 20%):

- in imprese assicurative e finanziarie incluse nel consolidamento o nella vigilanza supplementare;
- in imprese non assicurative, non finanziarie incluse nel consolidamento o nella vigilanza supplementare;
- in imprese assicurative e finanziarie che non sono incluse nel consolidamento o nella vigilanza supplementare e non eccedono il 10% del capitale proprio dell'impresa partecipante.

Per le partecipazioni in un'altra impresa di assicurazione o finanziaria che non è inclusa nel consolidamento o nella vigilanza supplementare e dove il valore della partecipazione eccede il 10% del capitale proprio dell'impresa partecipante, il calcolo del requisito di capitale è ottenuto usando il metodo della deduzione e aggregazione.

Per il trattamento delle partecipazioni viene richiesto alle imprese di testare anche una seconda opzione che prevede uno stress analogo a quello utilizzato per gli altri investimenti azionari; infine è lasciata alle imprese la possibilità di testare un approccio di tipo "look through".

Per il rischio azionario è prevista anche la possibilità di testare un metodo alternativo agli shock sulla variazione del NAV, ovvero la "dampener option" che si basa sul presupposto che la probabilità di caduta dell'indice dipende dal livello corrente dei corsi.

In merito al rischio di fallimento della controparte sono presenti cambiamenti significativi quali, ad esempio, l'estensione del rischio a ogni esposizione creditizia che non sia già coperta dalla sottocategoria di rischio di spread, l'introduzione del concetto di "Loss Given Default" (LGD), un approccio di tipo "look through" per individuare eventuali retrocessioni, al di fuori del gruppo, da parte di riassicuratori compresi nel gruppo. La probabilità di default per "unrated intragroup reinsurance" dipende dal relativo solvency ratio.

Con riferimento al rischio assicurativo vita, rispetto al QIS 3, la componente di rischio catastrofale vita legata al rischio di riscatto delle polizze linked è stata collocata nell'ambito del rischio di riscatto; lo stress del 75% è stato ridotto al 30% ma è stato esteso a tutte le linee di business.

È stata inoltre prevista una correlazione negativa tra il rischio di mortalità e quello di longevità a differenza di quanto richiesto nel QIS 3.

Per quanto concerne il rischio assicurativo danni sono state apportate modifiche ad alcuni parametri e ai fattori di credibilità. È stata, inoltre, introdotta la possibilità di sostituire le deviazioni standard della formula standard, relative al rischio di tariffazione e riservazione, con quelle specifiche dell'impresa. Sempre nel rischio assicurativo danni è stata introdotta la diversificazione geografica per ciascuna linea di business ad esclusione dei rami Miscellaneous e Credito e Cauzione.

Per il rischio catastrofale, laddove non sono forniti scenari nazionali, è prevista una formula standard. Per la realtà italiana sono indicati scenari nazionali in termini di "market loss" derivante da alluvione e terremoto. È inoltre consentito all'impresa di utilizzare scenari personalizzati qualora essa ritenga che la calibrazione del metodo basato sulla formula standard o di quello fondato sugli scenari nazionali non sia rappresentativa del proprio business.

Con riferimento al rischio assicurativo malattia, sono state create tre distinte sottocategorie di rischio. La sottocategoria in cui vengono incluse le polizze Infortuni e Malattia del mercato italiano, che nel QIS 3 erano inserite nel modulo relativo al rischio assicurativo danni, è quella denominata "Accident and Health short term underwriting risk".

Nell'ambito del rischio operativo, il requisito nel QIS 4 prevede una distinzione tra polizze di tipo linked e non linked. Per le polizze di tipo linked, il cui requisito è funzione delle spese annuali al lordo della riassicurazione, non è previsto il limite del 30% del BSCR, presente invece per le polizze non linked.

Per quanto riguarda la definizione del MCR, si segnalano cambiamenti significativi attribuibili anche ai feedback ricevuti dal CEIOPS sull'approccio, di tipo modulare, testato nel precedente studio di impatto quantitativo. Nel QIS 4 è, infatti, previsto un approccio lineare basato su percentuali di premi, riserve e capitali sotto rischio caratterizzato dalla presenza di un limite minimo e massimo fissato in percentuale del SCR (limite minimo pari al 20% e limite massimo pari al 50% del SCR).

Per il calcolo del requisito di capitale dei gruppi, rispetto al QIS 3, si riscontra un grado di approfondimento maggiore. Nel dettaglio, è previsto un default method, basato su un approccio consolidato, che consente di riconoscere la piena diversificazione tra le imprese a livello di gruppo, tra le imprese EEA e non EEA, e benefici di diversificazione tra i business di tipo with profit. Non è previsto invece il riconoscimento di benefici di diversificazione per partecipazioni non assicurative.

Ai gruppi è inoltre richiesto di calcolare un SCR:

- non prevedendo la diversificazione con imprese non EEA;
- non considerando benefici di diversificazione tra i business di tipo with profit;
- applicando il metodo della deduzione e aggregazione;
- sommando i requisiti di capitale relativi alle varie imprese che fanno parte del gruppo.

STATO DELL'ARTE DEL PROGETTO IASB "INSURANCE CONTRACTS"

Il progetto "Insurance Contracts" dell'International Accounting Standard Board (IASB) è ormai nel vivo della fase II che si dovrebbe concludere con l'emanazione di uno standard finale per i contratti assicurativi; attualmente le imprese utilizzano lo standard "IFRS 4 Insurance Contracts" che è stato emanato al termine della fase I ed è da ritenersi provvisorio dal momento che non affronta alcune delle tematiche di rilievo per la contabilizzazione dei contratti assicurativi come, ad esempio, la valutazione delle riserve tecniche.

Il primo output della fase II è rappresentato dal Discussion Paper "Preliminary Views on Insurance Contracts", la cui pubblica consultazione è terminata il 16 novembre 2007. Il citato Discussion Paper prende in esame molteplici tematiche legate alle modalità di rilevazione dei contratti assicurativi nonché alla valutazione delle riserve tecniche.

Con la pubblica consultazione del Discussion Paper, il Board ha ricevuto 158 lettere di commento in cui sono state sviluppate osservazioni sui principali argomenti trattati all'interno del documento, partendo dal modello di valutazione delle passività assicurative, basato su tre "building blocks", sino all'interazione con altri progetti come Solvency II.

Tra le principali osservazioni pervenute al Board tramite le lettere di commento sono di particolare rilievo:

- la generale condivisione del modello di valutazione delle riserve tecniche basato sui tre builing blocks ma la necessità di ulteriori approfondimenti su aspetti legati al suddetto approccio quali, ad esempio, "profit at inception", "service margin", impiego di dati specifici dell'impresa e attualizzazione delle passività relative al ramo danni;
- l'incertezza sull'applicazione del concetto di "current exit value" alle passività assicurative per le cui componenti può non esistere un mercato secondario di riferimento;
- l'esigenza di analizzare ulteriormente la valutazione dei "participating contract", il trattamento dei premi e il "policyholder behaviour";
- la necessità di un field test prima dell'adozione dei nuovi approcci contabili;
- l'interazione con altri IAS e progetti.

Le osservazioni sopra menzionate sono, ad oggi, oggetto di approfondimento e di discussione all'interno del Board che dovrebbe porre in pubblica consultazione, presumibilmente entro il 2009, l'Exposure Draft e successivamente, non prima del 2010, emanare lo Standard finale.

L'ANIA è stata coinvolta nel processo di analisi del Discussion Paper sia a livello nazionale che europeo, rappresentando il punto di vista delle imprese italiane e sottolineando l'importanza di una riconciliabilità con il progetto Solvency II.

L'AZIONE COLLETTIVA RISARCITORIA A TUTELA DEI CONSUMATORI

Con la Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Legge finanziaria 2008), pubblicata sulla G.U. n. 300 del 28 dicembre 2007, è stata introdotta nel nostro Paese **l'azione collettiva risarcitoria a tutela dei consumatori**, inserendo nuove disposizioni nel d.lgs. 6 settembre 2005, n. 206 (c.d. "Codice del Consumo", artt. 140-*bis* e ss.). La nuova disciplina sarà applicabile a partire dal 1° luglio 2008.

L'azione collettiva differisce sostanzialmente dalla *class action* di matrice statunitense. In primo luogo, il consumatore italiano che voglia avvantaggiarsi degli effetti dell'azione collettiva dovrà dichiarare in maniera esplicita l'intenzione di aderirvi (*opt-in right).* Nell'ordinamento statunitense, invece, i consumatori interessati possono chiedere di non avvantaggiarsi (*opt-out right*) dell'azione altrui attivandone una propria, oppure semplicemente rimanere inerti, beneficiando in tal modo dell'attività processuale altrui. In secondo luogo la legislazione italiana prevede solo una condanna a ripristinare la sfera patrimoniale del soggetto danneggiato, in una logica del tutto estranea all'idea della punizione e della sanzione da infliggere all'impresa soccombente (*punitive damages*) tipica del sistema statunitense.

La nuova azione collettiva può essere promossa dalle Associazioni dei consumatori e degli utenti rappresentative a livello nazionale, iscritte nell'apposito elenco istituito presso il Ministero dello Sviluppo Economico ovvero da associazioni e comitati adeguatamente rappresentativi degli interessi collettivi fatti valere. L'azione viene esercitata nei confronti di un'impresa (inclusi gli Enti pubblici economici aventi finalità lucrative) che con il proprio comportamento abbia leso gli interessi dei membri di una medesima "classe" di consumatori o utenti.

L'azione deve essere presentata davanti al Tribunale, che decide in composizione collegiale, del luogo in cui ha sede l'impresa richiedendo l'accertamento del diritto al risarcimento del danno e alla restituzione delle somme spettanti ai singoli consumatori nell'ambito dei rapporti giuridici relativi a contratti stipulati ai sensi dell'art. 1342 c.c. (contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari come ad esempio quelli conclusi in ambito bancario, assicurativo o finanziario); atti illeciti extracontrattuali (vale a dire atti dolosi o colposi che abbiano cagionato un danno ingiusto); pratiche commerciali scorrette e comportamenti anticoncorrenziali, qualora vengano lesi i diritti di una pluralità di consumatori o utenti.

Per partecipare all'azione i consumatori devono comunicare per iscritto all'associazione o al comitato proponente la propria volontà di adesione. Tale intenzione può essere comunicata anche nel giudizio di appello, fino all'udienza di precisazione delle conclusioni. Nel giudizio è sempre ammesso l'intervento diretto e in via autonoma dei singoli consumatori per proporre domande aventi il medesimo oggetto. L'esercizio dell'azione collettiva, o la successiva adesione, interrompe la prescrizione del credito al risarcimento dei danni ai sensi dell'art. 2945 c.c..

Alla prima udienza, il Tribunale si pronuncia sull'ammissibilità della domanda, con ordinanza reclamabile dinanzi alla Corte di Appello. La domanda è dichiarata inammissibile quando: è manifestamente infondata; sussiste un conflitto di interessi o il giudice non ravvisa l'esistenza di un interesse collettivo suscettibile di adeguata tutela. Se accoglie la domanda, il giudice determina i criteri in base ai quali liquidare la somma da corrispondere o restituire ai singoli consumatori che hanno aderito all'azione collettiva o che sono intervenuti in giudizio. Se possibile allo stato degli atti, il giudice determina la somma minima da corrispondere a ciascun consumatore o utente. Nei sessanta giorni successivi alla notificazione della sentenza l'impresa propone il pagamento di una somma: la proposta accettata costituisce titolo esecutivo. La sentenza che definisce il giudizio fa stato anche nei confronti dei consumatori che abbiano aderito all'azione collettiva.

Come detto è fatta salva, comunque, l'azione individuale dei consumatori che non abbiano aderito o non siano intervenuti nel giudizio promosso. Se l'impresa non comunica la proposta entro il termine di legge o non vi è stata accet-

tazione nel termine di sessanta giorni dalla comunicazione della stessa, il Presidente del tribunale competente costituisce una camera di conciliazione per la determinazione delle somme da corrispondere o restituire ai consumatori o utenti che hanno aderito all'azione collettiva o sono intervenuti e che ne fanno domanda. La camera di conciliazione è composta da un avvocato indicato dai soggetti che hanno proposto l'azione collettiva e da un avvocato nominato dal Presidente del tribunale. La camera di conciliazione quantifica i modi, i termini e l'ammontare da corrispondere ai singoli consumatori o utenti. Il verbale di conciliazione costituisce titolo esecutivo.

In alternativa, su concorde richiesta del promotore dell'azione collettiva e dell'impresa convenuta, il Presidente del tribunale dispone che la composizione non contenziosa abbia luogo presso uno degli organismi di conciliazione istituiti nell'ambito della riforma societaria del 2003 dalle Associazioni di categoria o dalle Camere di commercio.

LE NORMATIVE ANTIRICICLAGGIO E ANTITERRORISMO

Le normative in materia di antiriciclaggio e di contrasto finanziario del terrorismo sono state sottoposte nel corso del 2007 a una importante opera di revisione e di reciproca integrazione. A ciò si è provveduto con i decreti legislativi 22 giugno 2007, n. 109, e 21 novembre 2007, n. 231, con i quali si è data attuazione, ai sensi della legge comunitaria 2005, alla direttiva 26 ottobre 2005 n. 2005/60/CE, relativa alla prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo (c.d. terza direttiva antiriciclaggio), nonché alla direttiva 1° agosto 2006, n. 2006/70/CE, di esecuzione della precedente.

L'obiettivo di fondo dell'intervento comunitario e di quello nazionale va individuato nella protezione dell'integrità dei sistemi finanziario ed economico.

La terza direttiva antiriciclaggio, infatti, ha affrontato nuovamente la grave minaccia rappresentata dallo sfruttamento del sistema finanziario per riciclare denaro o per finanziare il terrorismo attraverso operazioni in grado di mascherare l'illecita origine o destinazione del denaro utilizzato e ha ribadito la necessità di un'azione coordinata degli Stati membri, finalizzata a garantire l'impiego di misure idonee, condivise e tali da salvaguardare la stabilità del sistema finanziario e del mercato unico.

Di conseguenza, la decretazione nazionale è diretta a rafforzare l'intera strategia di contrasto e ha così predisposto il potenziamento delle attività di prevenzione già in atto per il riciclaggio e la loro estensione anche al terrorismo, in modo da realizzare, a livello di specifici operatori finanziari, un sistema di "allerta" unico in funzione sia del riciclaggio sia del terrorismo, sviluppando e al contempo sostituendo le previgenti disposizioni in materia.

In particolare, la nuova normativa:

- applica le disposizioni della terza direttiva ai soggetti destinatari della previgente normativa nazionale antiriciclaggio, seppure con talune modifiche, nonché alle attività professionali e categorie di imprese che svolgono attività particolarmente suscettibili di essere utilizzate a fini di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. Per quel che concerne il settore assicurativo, è stata finalmente riconosciuta la correttezza dell'applicazione della normativa alle sole imprese vita;
- estende in modo sistematico e completo, nei limiti della compatibilità, le misure di prevenzione del riciclaggio di denaro al contrasto del finanziamento del terrorismo, in particolare per quanto concerne gli obblighi di comunicazione e di segnalazione di operazioni sospette, anche in questo caso con riguardo in campo assicurativo alle sole imprese esercenti i rami vita;
- limitatamente al terrorismo, mantiene la portata generale degli obblighi di congelamento di fondi e di risorse economiche e di divieto di messa a disposizione degli stessi, a cui quindi risultano tenute sia le imprese vita sia quelle danni, e conferma la disciplina della nullità degli atti compiuti in violazione delle disposizioni restrittive e quella del valore liberatorio della buona fede nel caso di indebita applicazione delle misure previste;
- mantiene le disposizioni più rigorose rispetto alla direttiva già previste dalla normativa italiana, quali la previsione di un archivio unico informatico (AUI) e la limitazione dell'uso del contante e dei titoli al portatore;
- pone in rilievo l'importanza della collaborazione attiva dei soggetti destinatari delle disposizioni e in quest'ottica: **a)** razionalizza le procedure di identificazione del cliente; **b)** impone l'obbligo di adeguata verifica della clientela, contemplando, secondo i casi, anche obblighi semplificati e obblighi rafforzati per le situazioni che comportano rischi maggiori, tra cui quella delle c.d. "persone politicamente esposte"; **c)** interviene in modo dettagliato sulla possibilità di esecuzione degli obblighi di adeguata verifica da parte di soggetti terzi, distinguendoli chiaramente da fornitori di servizi esternalizzati o da agenti, considerati parte integrante dei soggetti destinatari della normativa in esame; **d)** dispone circa la registrazione delle informazioni assunte per l'adeguata verifica della clientela e la conservazione delle stesse nell'archivio unico informatico; **e)** prevede l'obbligo di astensione, pur con una serie di distinzioni, ove non sia possibile un'adeguata verifica della clientela; **f)** detta una disciplina più accurata per la segnalazione delle operazioni sospette a fini preventivi di contrasto sia del riciclaggio sia del terrorismo e, parallelamente, specifica le modalità della segnalazione, anche con procedure diversificate secondo il soggetto obbligato;
- richiama il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati, ma al contempo deroga decisamente a essa nel caso di segnalazioni di operazioni sospette. E infatti: **a)** libera la segnalazione da ogni restrizione di

segretezza e di riservatezza, nonché da ogni responsabilità (penale e civile) se effettuata per le finalità del decreto e in buona fede; **b)** vieta la comunicazione dell'avvenuta segnalazione all'interessato o a terzi, così come la comunicazione che sia in corso o possa essere svolta un'indagine in materia di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, con la conseguenza che non dovrebbe essere fornita risposta in tal senso neppure in caso di accesso da parte dell'interessato; **c)** garantisce la riservatezza e la protezione dei soggetti che effettuano segnalazioni e assicura loro un riscontro sull'utilità della segnalazione effettuata e sul suo seguito;

– dà particolare risalto alla formazione del personale, anche al fine di renderlo capace – sulla base delle indicazioni fornite dalle Autorità competenti – di riconoscere attività potenzialmente connesse con riciclaggio o finanziamento del terrorismo;
– estende il dovere di vigilanza sull'osservanza delle norme in esame, già spettante al collegio sindacale e agli equivalenti organismi dei diversi modelli societari, anche a tutti gli altri soggetti incaricati del controllo di gestione all'interno delle società destinatarie della normativa stessa, nonché all'organismo di vigilanza previsto dal decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, dettando per tutti anche particolari incombenze di informazione diretta alle Autorità e all'interno della società;
– allarga il campo di applicazione della responsabilità amministrativa degli enti di cui al citato decreto n. 231 del 2001 anche ai delitti di ricettazione e di riciclaggio, considerandoli in tutte le loro fattispecie e non più solo nei casi di transnazionalità;
– riordina l'intero quadro delle Autorità in materia di antiriciclaggio e antiterrorismo, tra l'altro dettando una nuova regolamentazione per il Comitato di sicurezza finanziaria (CSF) e istituendo un'apposita Unità di informazione finanziaria per l'Italia (UIF) presso la Banca d'Italia con contestuale soppressione dell'UIC, le cui competenze vengono ripartite tra Banca d'Italia, UIF e Autorità di settore, ridisegna la disciplina della vigilanza e dei controlli nei confronti dei soggetti obbligati, amplia i compiti delle Forze di polizia;
– appresta un apposito regime sanzionatorio, penale e amministrativo, con la relativa procedura.

Va infine evidenziato che la nuova normativa è entrata in vigore dall'inizio dell'anno ma, in attesa delle previste normative e istruzioni di attuazione, continuano ad applicarsi, nei limiti della compatibilità, anche le disposizioni emanate in attuazione di norme ora abrogate o sostituite, mentre il Ministero dell'Economia e delle Finanze sta già predisponendo un vero e proprio Testo unico in materia di antiriciclaggio e antiterrorismo, che dovrebbe essere emanato entro la fine dell'anno e andrà a sostituire i decreti nn. 109 e 231 del 2007.

I REGOLAMENTI ISVAP ATTUATIVI DEL CODICE DELLE ASSICURAZIONI

Vengono di seguito sinteticamente richiamati i regolamenti attuativi del Codice delle assicurazioni già emanati dall'ISVAP o per i quali si è già conclusa la fase di consultazione.

I regolamenti riproducono in larga misura norme già esistenti, razionalizzando e sistematizzando numerose disposizioni nelle varie materie, e integrano disposizioni in attuazione di direttive e regolamenti comunitari.

– **Regolamento n. 1 del 15 marzo 2006:** concernente la procedura di irrogazione delle sanzioni amministrative pecuniarie.

  Il regolamento trova applicazione ai procedimenti avviati dopo il 12 gennaio 2006. Il regolamento tiene conto delle novità introdotte dalla legge sulla Tutela del risparmio (Legge n. 262/05) che ha previsto il divieto di estinzione della sanzione in misura ridotta (la c.d. oblazione) e l'attribuzione all'ISVAP del potere di irrogare le sanzioni amministrative pecuniarie che il Codice delle assicurazioni attribuiva in precedenza al Ministero delle Attività Produttive (ora Sviluppo economico). Il regolamento si uniforma al principio, contenuto nella legge n. 262/05, di separazione delle funzioni istruttorie (attribuite alla Vice Direzione Generale e sue articolazioni) rispetto a quelle decisorie (attribuite al Presidente dell'Istituto, coadiuvato dal Servizio Sanzioni).

– **Regolamento n. 2 del 9 maggio 2006:** disposizioni inerenti alla determinazione dei termini di conclusione e modalità di individuazione delle unità organizzative responsabili dei procedimenti dell'ISVAP in applicazione della legge n. 241/1990.

  Il Codice delle assicurazioni prevede che l'ISVAP debba stabilire con regolamento le procedure degli atti e dei provvedimenti di sua competenza attraverso il quale vengono stabiliti i termini, l'individuazione del responsabile e vengono disciplinate le modalità per la comunicazione di avvio e l'eventuale preavviso di rigetto. Il regolamento non trova applicazione nei confronti di alcune tipologie di provvedimento che sono individuate dall'Autorità di vigilanza. In particolare non vengono ricomprese nell'area di applicabilità del regolamento i procedimenti sanzionatori, i procedimenti disciplinari, l'attività ispettiva, strumentale all'avvio di procedimenti dell'Autorità di vigilanza e l'attività relativa alla trattazione dei reclami da parte del Servizio Tutela Utenti.

  Fa eccezione il procedimento relativo al potere inibitorio dell'ISVAP in materia di vendita a distanza di prodotti finanziari poiché, in questa materia l'ISVAP ha il potere di emanare provvedimenti inibitori o cautelari.

– **Regolamento n. 3 del 23 maggio 2006:** concernente l'obbligo di alimentare la banca dati sita per il funzionamento del centro di informazione italiano ([1]).

Con questo provvedimento l'ISVAP ha stabilito i criteri generali per il funzionamento del Centro di Informazione Italiano, costituito – presso l'Istituto stesso – con la finalità di supporto informativo ai danneggiati nei cosiddetti incidenti auto transfrontalieri, come previsto dalla IV Direttiva Auto (2000/26/CE). Per svolgere tale compito, l'ISVAP ha deciso che il Centro di Informazione italiano acquisisca i dati inerenti alle coperture assicurative r.c. auto dei veicoli immatricolati nel nostro paese usufruendo dei servizi informatici connessi con la banca dati associativa SITA, Servizio Informatico Targhe Assicurate, tramite la stipula di un'apposita Convenzione con l'ANIA. Il regolamento in esame ha fissato l'obbligo di trasmissione dei dati delle targhe dei veicoli assicurati al SITA con decorrenza dal 22 luglio 2006. Tale obbligo, fra l'altro, è rafforzato dalla previsione di ingenti sanzioni per il caso di inadempimento (art. 316 – Obblighi di comunicazione C.d.A.). Al riguardo, il d.lgs. 6 novembre 2007, n. 198 – di attuazione della V Direttiva Auto – ha esteso a tutti i danneggiati il diritto di ottenere dal Centro di Informazione italiano, tramite la targa del veicolo responsabile, le informazioni riguardanti la copertura assicurativa del veicolo che ha causato il sinistro (Articolo 142-bis del C.d.A. – Informazioni sulla copertura assicurativa). È prevista anche la facoltà di ottenere tali informazioni in formato elettronico.

– **Regolamento n. 4 del 9 agosto 2006:** concernente gli obblighi informativi a carico delle imprese in occasione di ciascuna scadenza annuale dei contratti r.c. auto e disposizioni sull'attestazione dello stato di rischio ([2]).

L'aspetto più significativo del regolamento n. 4/2006 è rappresentato dall'introduzione di una specifica disciplina concernente contenuti e modalità di consegna della nuova comunicazione informativa – conforme al modello allegato al regolamento stesso – e dell'attestazione dello stato del rischio che, a partire dal 1° gennaio 2007, secondo la normativa in esame gli assicurati devono ricevere dalle proprie imprese di assicurazione, con almeno trenta giorni di anticipo rispetto alla scadenza dei contratti r.c. auto e anche in assenza di clausola di tacito rinnovo. Il regolamento è stato armonizzato dal Provvedimento ISVAP n. 2590/2008 con le previsioni recate in materia di assicurazione r.c. auto dal c.d. decreto Bersani II del 2007.

– **Regolamento n. 5 del 16 ottobre 2006:** concernente la disciplina dell'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa.

Il regolamento è composto da sei Parti. La Parte I reca le definizioni e stabilisce l'ambito di applicazione della normativa che disciplina l'accesso

([1]) Per maggiori dettagli vedi anche: "L'assicurazione italiana 2006/2007", pag. 142.
([2]) Per maggiori dettagli vedi anche:"L'assicurazione italiana 2006/2007", pag. 143.

all'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa con esclusione dell'attività di intermediazione esercitata direttamente dalle imprese di assicurazione e dai loro dipendenti ad eccezione delle disposizioni recate in materia di presentazione e comportamento nei confronti della clientela. La Parte II regola le modalità di accesso e i requisiti necessari per esercitare l'attività di intermediazione attraverso l'istituzione del Registro unico degli intermediari (RUI). Il Registro è suddiviso in cinque sezioni nelle quali sono iscritti rispettivamente gli agenti, i broker, i produttori diretti, le banche/intermediari finanziari/SIM e Poste Italiane S.p.A. e, infine, gli addetti all'attività di intermediazione al di fuori dei locali per conto di agenti, broker o degli altri intermediari finanziari sopra indicati. La Parte III disciplina l'esercizio dell'attività di intermediazione e rappresenta la sezione più rilevante del regolamento, in quanto detta le disposizioni che presiedono al corretto svolgimento dell'attività distributiva. In particolare, sono previste disposizioni concernenti gli adempimenti nei confronti dell'Autorità di controllo e gli obblighi di diligenza, correttezza, trasparenza e di informativa nei confronti dei contraenti. La Parte IV stabilisce le sanzioni disciplinari a carico degli intermediari. La Parte V reca la disciplina transitoria per l'iscrizione nel RUI degli intermediari già operanti (fase questa conclusasi con l'entrata in vigore del RUI il 28 febbraio 2007). La Parte VI, infine, detta disposizioni per la risoluzione stragiudiziale delle controversie e per la presentazione di reclami riguardanti gli intermediari e abroga, in tutto o in parte, alcune circolari in materia precedentemente emanate dall'ISVAP.

– **Regolamento n. 6 del 20 ottobre 2006:** concernente la procedura di applicazione delle sanzioni disciplinari nei confronti degli intermediari assicurativi e dei periti assicurativi e le norme di funzionamento del collegio di garanzia.

  Il regolamento dà attuazione all'art. 331 del d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle assicurazioni, disciplinando la procedura di applicazione delle sanzioni disciplinari nei confronti delle persone fisiche iscritte nel registro degli intermediari o nel ruolo dei periti di assicurazione ed il funzionamento del Collegio di garanzia sui procedimenti disciplinari, istituito presso l'ISVAP. In particolare, il regolamento disciplina lo svolgimento da parte dell'ISVAP dell'attività istruttoria relativa all'accertamento delle violazioni delle disposizioni del Codice delle assicurazioni e dei Regolamenti attuativi che possono dare luogo a sanzioni disciplinari, lo svolgimento della procedura dinnanzi al Collegio di garanzia e l'adozione dei provvedimenti disciplinari finali. La nuova procedura prevista dal regolamento si applica a partire dal 1° gennaio 2007, in coincidenza con l'entrata in vigore del regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 sull'intermediazione assicurativa, e riguarda anche i procedimenti disciplinari per illeciti commessi fino al 31 dicembre 2006, i quali continueranno a essere valutati alla luce delle norme sostanziali di cui alla legge istitutive dell'albo agenti (n. 48/79), dell'albo broker (n. 792/84) e del ruolo periti (n. 166/92).

– **Regolamento n. 7 del 13 luglio 2007:** concernente gli schemi per il bilancio delle imprese di assicurazione e di riassicurazione che sono tenute all'adozione dei principi contabili internazionali.

  Il regolamento disciplina le forme tecniche del bilancio individuale IAS consolidando le disposizioni già emanate dall'ISVAP con riferimento al bilancio consolidato. Il regolamento disciplina i prospetti e le relative istruzioni di compilazione che le imprese che adottano gli IAS/IFRS devono seguire per la redazione del bilancio e della relazione semestrale e fornisce indicazioni sul contenuto della relazione sulla gestione e della nota integrativa. Il regolamento riprende, inoltre, le disposizioni vigenti in materia di modulistica di vigilanza da allegare al bilancio consolidato e di giudizio dell'attuario incaricato nella relazione semestrale e conseguentemente modifica o abroga alcune disposizioni presenti in precedenti provvedimenti e circolari ISVAP.

– **Regolamento n. 8 del 13 novembre 2007:** in materia di liquidazione coatta amministrativa delle imprese di assicurazione.

  La disciplina dettata dall'ISVAP non comporta sostanziali modifiche rispetto alla disciplina previgente già in parte innovata dalla recente riforma delle procedure fallimentari e concorsuali delle imprese.

– **Regolamento n. 9 del 14 novembre 2007:** recante la disciplina dell'uso di denominazione assicurativa.

  Il regolamento reca la disciplina in materia di utilizzo della denominazione assicurativa, in attuazione dell'art. 308, comma 3, del Codice delle assicurazioni private, che attribuisce all'ISVAP il potere di individuare, in via regolamentare, le ipotesi nelle quali le parole o locuzioni, il cui uso è riservato alle imprese di assicurazione e di riassicurazione autorizzate, nonché agli intermediari di assicurazione e di riassicurazione e ai periti assicurativi, possano essere legittimamente adoperate da soggetti diversi, in ragione dell'esistenza di controlli amministrativi o in base a elementi di fatto. In particolare, è consentito agli intermediari assicurativi e ai periti di utilizzare legittimamente la parola "assicurazione" e similari in quanto tali soggetti svolgono comunque attività del settore sottoposte a vigilanza e non possono pertanto essere equiparati ai soggetti "non assicurativi".

– **Regolamento n. 10 del 2 gennaio 2008:** concernente le procedure di accesso all'attività assicurativa e l'albo delle imprese di assicurazione.

  Nell'albo, che è consultabile on-line sul sito internet dell'ISVAP, sono presenti in appendice tre elenchi che tengono aggiornata la situazione delle imprese assicuratrici dello Spazio Economico Europeo ammesse a svolgere la propria attività nel territorio della Repubblica in regime di stabilimento e di libera prestazione di servizi, nonché delle imprese riassicuratrici

abilitate a operare in Italia in regime di stabilimento (v. art. 39). La pubblicazione su internet dei suddetti elenchi va naturalmente a sostituire la pubblicazione trimestrale in Gazzetta Ufficiale degli elenchi delle imprese abilitate a operare in libertà di stabilimento e in libera prestazione di servizi in Italia. Negli elenchi in questione sono indicati gli elementi essenziali ai fini dell'identificazione dell'impresa e dei rami al cui esercizio l'impresa è abilitata (art. 40). L'ISVAP iscrive le imprese interessate negli elenchi stessi solo a conclusione delle procedure previste per l'accesso all'esercizio dell'attività in Italia, salvo le imprese già ammesse a operare, le quali sono iscritte di diritto (art. 41).

– **Regolamento n. 11 del 3 gennaio 2008:** concernente la disciplina dell'attività peritale.

  Con questo regolamento sono stati innovati il Ruolo dei periti assicurativi abilitati all'accertamento e alla stima dei danni alle cose derivanti dalla circolazione, dal furto e dall'incendio dei veicoli, nonché la relativa disciplina sull'attività peritale. Viene disciplinato più compiutamente l'esercizio dell'attività peritale nell'ambito di una società o di un'associazione tra professionisti stabilendo che, nel caso di esercizio dell'attività peritale in forma societaria o associativa, non è più richiesto che l'incarico debba essere conferito direttamente a un perito iscritto nel Ruolo, pur precisando che la prestazione debba essere in ogni caso eseguita da un perito regolarmente iscritto.

– **Regolamento n. 12 del 9 gennaio 2008:** concernente i requisiti del personale e le caratteristiche tecniche delle attrezzature per la gestione dei sinistri del ramo assistenza.

  Le nuove disposizioni, a differenza della normativa previgente che imponeva requisiti minimi organizzativi, demandano all'impresa la valutazione e la scelta (nel rispetto quindi dell'autonomia imprenditoriale) dell'architettura organizzativa, purché in grado di far fronte agli obblighi contrattualmente assunti con i clienti. I punti nodali sui quali si è focalizzata l'attenzione dell'Istituto di vigilanza sono la continuità del servizio e la qualità delle prestazioni erogate. Al fine di garantire il controllo e il monitoraggio su tali aspetti, le nuove norme prevedono a carico delle imprese l'obbligo di adozione di un *business continuity plan* e l'implementazione di una reportistica sui livelli di soddisfazione dei propri assicurati e sull'adeguatezza della propria struttura e delle proprie dotazioni. Fermo restando che la struttura organizzativa deve garantire senza interruzioni di sorta la ricezione delle richieste e la tempestività delle risposte, è stato previsto che alcuni servizi possano essere erogati non tempestivamente/immediatamente ma organizzati a seconda della loro tipologia, nei limiti convenuti nel contratto.

– **Regolamento n. 13 del 6 febbraio 2008:** concernente la disciplina del certificato di assicurazione, del contrassegno e del modulo di denuncia di sinistro r.c. auto.

  L'Istituto di vigilanza ha provveduto a dare concreta attuazione alle previsioni di cui agli articoli 127 – certificato di assicurazione e contrassegno – e 143 – denuncia di sinistro – del Codice delle assicurazioni, confermando in buona parte la normativa regolamentare sinora vigente in materia. Vengono introdotte alcune precisazioni e limitate modifiche nel senso di una maggiore flessibilità, quali l'estensione del novero dei documenti provvisoriamente sostitutivi del certificato e del contrassegno e la possibilità che l'impresa accetti, in caso di furto o smarrimento di questi ultimi, anche una "autocertificazione" da parte del contraente in luogo della denuncia alle Autorità competenti.

– **Provvedimento n. 2590 dell'8 febbraio 2008**: concernente modifiche e integrazioni al regolamento n. 4 del 9 agosto 2006, e relativo alle clausole bonus/malus dei contratti r.c. auto e all'attestato di rischio ([3]).

  Il provvedimento, in vigore dal 31 luglio 2008, ha dato attuazione alle disposizioni imperative in materia di clausole bonus/malus recate dalla legge n. 40/2007 (c.d. legge Bersani II), che ha introdotto: 1) il c.d. "bonus familiare", vale a dire l'obbligo per le imprese di assegnare la stessa classe di bonus relativa al veicolo di proprietà di un componente della famiglia a ogni altro veicolo acquistato da un altro familiare convivente; 2) il divieto di applicazione immediata del "malus" in caso di sinistri con responsabilità paritaria; 3) l'obbligo di avviso tempestivo dell'assicurato in merito all'applicazione del "malus"; 4) l'estensione del periodo temporale di validità dell'attestato di rischio da uno a cinque anni. La disciplina regolamentare ha individuato le concrete modalità attuative di norme primarie formulate in maniera tutt'altro che chiara e apertamente criticate dal settore assicurativo sia nei contenuti (contrastanti con i principi della responsabilità civile, iniqui per gli stessi contraenti e produttivi di effetti di snaturamento delle clausole b/m e di "de-responsabilizzazione" degli assicurati) sia per gli effetti di redistribuzione del fabbisogno tariffario che ne derivano.

– **Regolamento n. 14 del 18 febbraio 2008:** concernente la definizione delle procedure di approvazione delle modifiche statutarie e delle modifiche al programma di attività, di autorizzazione dei trasferimenti di portafoglio e delle fusioni e scissioni.

  Il regolamento è innovativo rispetto al passato per i diversi profili considerati e attinenti a operazioni straordinarie (fusioni, scissioni, trasferimenti di portafoglio) e relative modifiche statutarie. Vengono regolamentate compiutamente le procedure di comunicazione all'ISVAP e gli adempimenti

([3]) Per maggiori dettagli vedi anche: "L'assicurazione italiana 2006/2007", pagg. 145-148.

a carico dell'organo di amministrazione nel deliberare le diverse operazioni societarie.

– **Regolamento n. 15 del 20 febbraio 2008:** concernente il gruppo assicurativo.

  Si tratta di un regolamento alquanto innovativo per il settore: viene, infatti, prevista la costituzione dell'albo gruppi con l'attribuzione di poteri di intervento preventivo da parte dell'ISVAP per l'autorizzazione delle operazioni di ristrutturazione dei gruppi. L'individuazione della capogruppo, ai fini dell'attuazione delle regole di vigilanza, viene estesa anche all'impresa di partecipazione intermedia che non eserciti attività assicurativa. L'area della vigilanza, infine, viene estesa anche alle imprese controllate che abbiano la loro sede in uno Stato extra UE.

– **Regolamento n. 16 del 4 marzo 2008:** concernente le disposizioni e i metodi di valutazione per la determinazione delle riserve tecniche dei rami danni.

  Il regolamento razionalizza e consolida in un unico testo le disposizioni di legge e regolamentari già vigenti e introduce alcune specificazioni di carattere tecnico al fine di precisare i criteri di calcolo di alcune poste tecniche. Sono, inoltre, meglio descritti gli adempimenti in capo alle imprese di assicurazione e all'attuario incaricato dei rami di responsabilità civile auto e natanti.

– **Regolamento n. 17 dell'11 marzo 2008:** concernente la disciplina dell'esercizio congiunto dei rami vita e danni.

  Il regolamento detta le regole per definire la separatezza patrimoniale ed economica delle gestioni danni e vita, le procedure e gli adempimenti a carico dell'organo amministrativo. Vengono specificati i criteri di contabilizzazione dei costi e dei ricavi delle gestioni danni e vita, le modalità di utilizzo dei conti transitori e di collegamento e i criteri di imputazione e di ripartizione. È prevista l'indicazione nello statuto degli elementi del patrimonio netto attribuibili a ciascuna gestione. Sono disciplinati, infine, i trasferimenti di elementi costitutivi del margine di solvibilità e di elementi patrimoniali dell'attivo e del passivo diversi dagli elementi costitutivi del margine di solvibilità.

– **Regolamento n. 18 del 12 marzo 2008:** concernente il margine di gruppo e le disposizioni in materia di adeguatezza patrimoniale a livello di conglomerato finanziario.

  Il regolamento introduce alcune innovazioni volte a consentire una maggiore flessibilità nell'inclusione delle passività subordinate emesse dalle imprese di assicurazione e riassicurazione ricomprese nel calcolo degli elementi costitutivi del margine di solvibilità corretto. In particolare, il regolamento consente di utilizzare eventuali eccedenze di emissioni allocate in un'entità del gruppo assicurativo in modo tale da coniugare l'impostazione prudenziale vigente e l'opportunità di consentire flessibilità nella gestione del capitale a livello di gruppo.

– **Regolamento n. 19 del 14 marzo 2008:** concernente la disciplina del margine di solvibilità delle imprese di assicurazione.

  La principale novità introdotta dal regolamento riguarda il margine di solvibilità richiesto per le assicurazioni vita di cui ai rami III (polizze unit e index linked) e VI (gestione di fondi pensione); viene previsto che, qualora l'impresa non assuma rischi di investimento e il contratto determini l'ammontare delle spese di gestione per un periodo non superiore a cinque anni, il margine richiesto risulti pari al 25% della somma del valore netto delle "altre spese di amministrazione" e delle "provvigioni di incasso" dell'ultimo esercizio.

– **Regolamento n. 20 del 26 marzo 2008:** disposizioni in materia di controlli interni, gestione dei rischi, compliance ed esternalizzazione delle attività delle imprese di assicurazione.

  Il regolamento introduce importanti novità nella definizione del c.d. sistema dei controlli interni posto a presidio dell'impresa, che oltre alla funzione di revisione interna e risk management vede ora anche la figura del Compliance officer. Analogamente a quanto previsto per il settore bancario, è prevista la possibilità per le imprese di assicurazione di dimensioni contenute o caratterizzate da una limitata complessità operativa di affidare lo svolgimento delle diverse funzioni di controllo a strutture costituite a livello di gruppo o di ricorrere allo strumento dell'affidamento in outsourcing a soggetti terzi.

– **Regolamento n. 21 del 28 marzo 2008:** principi attuariali e regole applicative per la determinazione delle tariffe e delle riserve tecniche dei rami vita.

  Il regolamento intende consolidare e razionalizzare molteplici disposizioni di legge e regolamentari già in applicazione, prevedendo però alcune specificazioni di carattere tecnico al fine di precisare i criteri di scelta della basi tecniche per il calcolo delle tariffe e delle riserve tecniche vita. Sono, inoltre, meglio descritti gli adempimenti in capo alle imprese di assicurazione e all'attuario incaricato dei rami vita. Quest'ultimo, nell'ottica di un maggiore controllo sulle tariffe, è chiamato a esprimere un giudizio sulla loro adeguatezza; viene introdotto uno schema fisso di relazione tecnica alla quale deve essere allegata una specifica analisi di redditività. Le disposizioni del regolamento tengono anche conto degli adeguamenti necessari per la normativa assicurativa a fronte delle disposizioni regolamentari emanate della COVIP in tema di previdenza complementare.

– **Regolamento n. 22 del 4 aprile 2008:** disposizioni e schemi per la redazione del bilancio di esercizio e della relazione semestrale delle imprese di assicurazione e di riassicurazione.

  Il regolamento razionalizza e sistematizza in un unico testo le disposizioni e gli schemi per la redazione del bilancio d'esercizio e della relazione semestrale emanati per le imprese di assicurazione e riassicurazione che

non applicano i principi contabili internazionali. Sono presenti alcune novità che riguardano ad esempio la modulistica di vigilanza, nonché precisazioni come per la gestione vita in cui vengono chiarite le modalità di contabilizzazione delle commissioni di gestione (attive e passive) e di mantenimento, specificando che devono essere imputate agli altri proventi e oneri tecnici; è stato, altresì, specificato che le cedole maturate sulle polizze vita devono essere imputate agli oneri relativi ai sinistri.

– **Regolamento n. 23 del 9 maggio 2008:** disposizioni in tema di trasparenza dei premi e delle condizioni di contratto nell'assicurazione obbligatoria r.c. auto.

  Il regolamento ha dato attuazione alle disposizioni dell'art. 131 del Codice delle assicurazioni, come modificato dalla legge n. 248/2006 (c.d. legge Bersani I), apportando notevoli variazioni alla disciplina previgente (Circolare ISVAP n. 502/2003) in materia di trasparenza e informativa a carico delle imprese e degli intermediari relativamente ai preventivi da rilasciarsi tramite internet e nei "punti vendita", ai contratti e alle quietanze di premio r.c. auto. I profili di maggior novità riguardano, in primo luogo, l'obbligo per gli intermediari di mettere a disposizione del pubblico l'informativa relativa alle imprese per conto delle quali essi operano e i rispettivi livelli provvigionali (in valore assoluto e in percentuale) mediante affissione nei punti vendita e tramite adeguata evidenziazione nel sito internet eventualmente allestito dagli intermediari medesimi. In secondo luogo, il provvedimento in esame ha stabilito che le imprese possono continuare a gestire in piena discrezionalità la c.d. "flessibilità sistematica" dei premi – la cui efficacia in chiave pro competitiva è stata confermata anche dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato – ma non potranno più fissare limiti a priori agli intermediari nello sconto da applicarsi ai singoli contratti. Le nuove disposizioni troveranno applicazione a decorrere dal 1° ottobre 2008.

– **Regolamento n. 24 del 19 maggio 2008:** disposizioni in tema di procedure per la presentazione dei reclami all'ISVAP.

  Il regolamento utilizza una definizione di reclamo attraverso la quale si intendono escludere le mere richieste di informazioni su prodotti e servizi e le lamentele generiche e non circostanziate. Per quanto riguarda i prodotti di ramo III e V – il cui collocamento, come noto, è ora disciplinato dal TUF – restano alcuni problemi di definizione del rispettivo ambito di competenza tra le diverse Autorità di vigilanza interessate (CONSOB e ISVAP). Il regolamento conferma la necessità di individuare un'apposita funzione aziendale per la gestione dei reclami ma esclude la possibilità di inserirla all'interno della funzione di internal auditing.

– **Regolamento n. 25 del 27 maggio 2008:** disposizioni in tema di vigilanza sulle operazioni infragruppo.

  Il regolamento prevede diverse disposizioni innovative rispetto alla disciplina previgente con le quali l'Autorità intende accrescere i livelli di vigi-

lanza, anche informativa, sulla gestione finanziaria e patrimoniale dell'impresa di assicurazione, comprendendo anche la realtà delle operazioni infragruppo. A tal riguardo si segnalano le disposizioni che, ad esempio, ampliano le controparti da tenere sotto osservazione focalizzando l'attenzione su imprese e persone fisiche, incluse nel perimetro di correlazione delineato dal principio contabile IAS 24; di rilievo sono anche le prescrizioni generali relative all'adozione da parte dell'impresa di assicurazione di adeguati meccanismi di gestione del rischio e di controllo interno finalizzati a consentire il monitoraggio e la verifica delle operazioni infragruppo, nonché il potere dell'ISVAP di intervenire ex ante ed ex post sulle operazioni medesime in relazione alle finalità di tutela della solvibilità dell'impresa e degli interessi degli assicurati.

REGOLAMENTI PER I QUALI SI È GIÀ CONCLUSA LA FASE DI PUBBLICA CONSULTAZIONE

Schema di regolamento ISVAP concernente le partecipazioni assunte dalle imprese di assicurazione e riassicurazione

Lo schema di regolamento supera il previgente divieto di cui all'articolo 4 della legge 9 gennaio 1991, n. 20, e introduce la possibilità di acquisire partecipazioni, anche di controllo, in altre società ancorché le stesse esercitino attività diverse da quelle consentite alle imprese di assicurazione e di riassicurazione.

Il principio generale del regolamento è che le imprese di assicurazione possono assumere partecipazioni di controllo o consistenti soltanto se dall'investimento non deriva pericolo per la stabilità dell'impresa, avuto riguardo in particolare alla natura e all'andamento dell'attività svolta dalla società partecipata, alla dimensione dell'investimento in relazione al patrimonio dell'impresa e all'esigenza di diversificazione e dispersione degli investimenti tale da garantire un adeguato livello di sicurezza, qualità, liquidità e redditività degli stessi.

Schema di regolamento ISVAP concernente la disciplina degli obblighi di informazione, dell'interpello nonché della pubblicità dei prodotti assicurativi riguardante l'informativa precontrattuale e la pubblicità dei contratti di assicurazione vita e danni attuando le disposizioni di cui agli articoli 185 (Nota Informativa), 186 (Interpello) e 182 (Pubblicità dei prodotti assicurativi) contenute nel Codice delle assicurazioni.

Viene introdotto l'obbligo anche nei rami danni di consegnare al contraente il c.d. Fascicolo informativo, quale documentazione costituita – per i rami danni – dalla nota informativa (recante anche il glossario), dalle condizioni di assicurazione e, ove previsto, dal modello di proposta.

Per quanto riguarda le polizze collettive sia per i rami vita che per i rami danni, lo schema introduce l'obbligo di consegnare il Fascicolo informativo non soltanto al contraente ma anche all'assicurato, nel caso in cui l'assicurato corrisponda, in tutto o in parte, il premio. La nota informativa, di cui la bozza di regolamento reca in allegato alcuni schemi, sia per i rami vita che per i rami danni, dovrà anche contenere l'indice di solvibilità, inteso dal Legislatore quale strumento a disposizione dei contraenti/assicurati per conoscere la solidità e la stabilità della compagnia.

Per quanto concerne i rami vita vengono in buona sostanza riprese le disposizioni recate dalla circolare ISVAP n. 551 del 2005. Lo schema in esame prevede l'integrazione delle informazioni fornite tramite la Scheda sintetica delle polizze con partecipazioni agli utili, allo scopo di consentire una maggiore confrontabilità di tali prodotti. Per le polizze di puro rischio dovrà essere presentata al potenziale contraente una nota informativa ad hoc. Lo schema precisa, inoltre, i termini entro i quali le imprese di assicurazione sono tenute a fornire riscontro alle richieste di informazioni sull'evoluzione del rapporto assicurativo.

Per quanto riguarda i rami danni lo schema prevede una bozza di nota informativa uniforme per tutti i rami danni, a eccezione dei rami infortuni, malattia e responsabilità civile per la circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, per i quali sono stati invece predisposti specifici schemi di informativa precontrattuale. Dovrà essere indicato il trattamento fiscale applicabile al contratto e sarà necessario ricordare al contraente la possibilità di recedere dai contratti di durata poliennale.

Gli schemi di nota informativa allegati al regolamento prevedono anche l'obbligo di fornire indicazioni relative ai premi (periodicità dei pagamenti, eventuale possibilità di frazionamento, eventuali sconti se previsti e a quali condizioni). Infine, in caso di polizze consistenti nell'abbinamento di diverse tipologie contrattuali, lo schema prevede che le imprese predispongano la nota informativa attraverso moduli integrabili contenenti le caratteristiche dei contratti oggetto di abbinamento.

Con riferimento all'interpello, lo schema prevede di regolamentare la possibilità per le imprese di sottoporre all'Istituto la propria documentazione informativa precontrattuale, in funzione di accertamento preventivo. L'Istituto di vigilanza, al termine di un'istruttoria di 60 giorni, potrà pronunciare un giudizio negativo o positivo. Lo scadere di detto termine, a certe condizioni (salva quindi la richiesta di integrazione della documentazione dalla cui ricezione da parte dell'Istituto decorrono nuovamente i 60 giorni) dà luogo a silenzio-assenso in caso di mancata risposta dell'ISVAP.

In materia di pubblicità dei prodotti assicurativi, infine, lo schema sottolinea che la pubblicità dovrà svolgersi nel rispetto dei principi di chiarezza, correttezza e conformità e di riconoscibilità nella sua natura pubblicitaria.

Schema di regolamento ISVAP sulla classificazione dei rischi

Lo schema riclassifica le diverse tipologie di rischio collocandole all'interno dei rispettivi rami di appartenenza e fornisce alcuni importanti chiarimenti in merito alla concreta assicurabilità di certe tipologie di rischio.

In particolare, per quanto concerne le coperture assicurative correlate alle operazioni di finanziamento connesso con la c.d. "cessione del quinto" dello stipendio, si ribadisce che esse sono assistite da garanzie assicurative quali ad esempio il pagamento del debito residuo per la perdita di impiego del mutuatario o per decesso dello stesso. Per quanto riguarda la prima garanzia, l'Istituto ha espresso l'orientamento di classificarla nel modo seguente:

- nel ramo perdite pecuniarie se il beneficiario e assicurato, stipulatore dell'assicurazione, è il mutuatario. In tal caso, però, salvo particolari casi da definire, non sarebbe compatibile il diritto di surroga, attualmente previsto nelle usuali coperture, dell'assicuratore nei diritti del soggetto erogatore del prestito salvo alcuni casi particolari (ad esempio dimissioni volontarie, dimissioni per giusta causa). Ricordiamo che tale diritto di surroga permette all'assicuratore, nel caso avvenisse il pagamento del sinistro per perdita di impiego, di subentrare nei diritti del soggetto erogatore del prestito e quindi di esperire tutto quanto è possibile per recuperare il credito dal debitore;
- nel ramo credito se l'assicurazione, invece, fosse stipulata a proprio beneficio dal soggetto erogatore. In tal caso sarebbe ancora possibile utilizzare il diritto di surroga "a pieno regime". Per quanto riguarda la garanzia per morte del mutuatario l'Istituto ha espresso l'orientamento di classificare rigorosamente tale copertura nel ramo vita.

Per quanto concerne le coperture assicurative c.d. per la "sospensione della patente di guida", l'Istituto di vigilanza – a seguito dell'introduzione della patente a punti in Italia e di alcune riflessioni svolte da altre Autorità di controllo in altri paesi – sta approfondendo i profili attinenti alla liceità di tali garanzie. La riflessione, peraltro non nuova in quanto già oggetto di provvedimenti nel passato, scaturisce dalla considerazione che tale copertura, seppur volta a garantire un rischio – quello delle perdite pecuniarie derivanti dall'impossibilità di utilizzare il veicolo – diverso e distinto dal rischio di vedersi comminare la sanzione pecuniaria accessoria della sospensione della patente, dal punto di vista etico solleva alcune perplessità. Quanto al profilo più squisitamente etico e all'impatto sociale, infatti, la preoccupazione sottesa all'esistenza di una tale forma assicurativa consiste nella possibilità che la garanzia "Ritiro patente" – se non correttamente delimitata – possa costituire un indiretto incentivo di comportamenti scorretti di guida e si ponga in senso antitetico rispetto all'obiettivo prioritario di aumentare la sicurezza stradale, da sempre condiviso e sostenuto dal settore assicurativo e perseguito dagli Organi istituzionali anche attraverso la previsione di sanzioni pecuniarie e di sanzioni accessorie, quale appunto la sospensione della patente.

Per quanto concerne, infine i c.d. "rischi puramente finanziari", l'ISVAP ha espresso l'orientamento, peraltro in linea con la precedente circolare n. 162/1991, di ribadire che essi non sono rischi assicurativi in quanto attinenti a garanzie di natura puramente finanziaria. Per tali garanzie l'Istituto intende quelle prestate a fronte di obbligazioni principali costituite da operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari il cui scopo è quello di garantire il rimborso delle somme dovute in relazione ai mezzi finanziari ricevuti (es. scoperto di conto corrente, operazioni di cessione del credito e operazioni di cartolarizzazione). Sempre per l'Istituto rientrerebbero nell'ambito dell'inassicurabilità anche le garanzie finanziarie generiche (inerenti a sopravvenienze passive e minusvalenze riguardanti elementi patrimoniali, ovvero riguardanti cessioni di azienda o di rami di azienda, il pagamento del corrispettivo delle cessioni stesse, dell'alienazione di partecipazioni e quote societarie, il collocamento di emissioni azionarie o obbligazionarie, le fluttuazioni delle valute su prestiti o altre operazioni valutarie) nonché le garanzie a fronte degli impegni derivanti dal futuro andamento di variabili di mercato. La ragione sottesa a tale orientamento dell'Istituto risiede essenzialmente nella elevata volatilità di tali rischi e nella notevole difficoltà di valutazione degli stessi, la cui assunzione comporterebbe per le imprese, l'acquisizione di un rischio operativo connesso con l'assunzione di un rischio di credito da parte della società finanziaria.

Schema di regolamento ISVAP sui Registri assicurativi

Lo schema di regolamento introduce importanti novità sia per le imprese di assicurazione che per le imprese di riassicurazione. Viene prevista l'adozione di procedure e sistemi amministrativi e informatici idonei a garantire la corrispondenza tra le totalizzazioni dei registri assicurativi e gli importi indicati in bilancio e nella documentazione di vigilanza. Con riferimento alle polizze collettive il regolamento prevede che le annotazioni nei registri debbano riferirsi alle singole coperture rilasciate in applicazione della polizza "madre", allo scopo di tutelare al meglio i singoli aderenti; con riferimento alle imprese di riassicurazione il regolamento contiene diverse novità. In particolare viene introdotto il registro dei sinistri denunciati.

L'ABOLIZIONE DELL'ESENZIONE IVA PER I SERVIZI INFRAGRUPPO

La Legge finanziaria per il 2008 (art. 1, comma 261 e segg.) ha abrogato, a decorrere dal 1° luglio 2008, le disposizioni previste dall'art. 6 della legge n. 133 del 1999, che disciplinavano l'esenzione per le prestazioni di servizi ausiliari resi all'interno dei gruppi formati da banche o da imprese di assicurazione o da società che realizzano volumi di affari prevalentemente costituiti da operazioni esenti.

Scopo della citata normativa era quello di permettere alle imprese che effettuano operazioni esenti, e pertanto soggette al regime del *pro rata* di detrai-

bilità, di "esternalizzare" taluni servizi strumentali ai fini dell'esercizio dell'attività, acquistandoli in regime di esenzione così da non subire il costo dell'IVA a monte che risulterebbe indetraibile per l'intero o per una quota rilevante.

La norma tendeva a realizzare una sostanziale equivalenza fra la scelta imprenditoriale di produrre internamente tali servizi e quella di concentrare, secondo criteri di economicità, presso società del gruppo la fornitura dei servizi ausiliari alle imprese partecipanti, ovvero di avvalersi di società specializzate allo scopo costituite all'interno del gruppo.

La soppressione del suddetto regime è diretta conseguenza della paventata incompatibilità dello stesso con le disposizioni della Direttiva IVA (2006/112/CE) in materia di gruppo, che riconoscono il "gruppo IVA" come soggetto passivo autonomo, nonché della possibile ravvisabilità di un aiuto di Stato al settore, circostanze che avrebbero reso probabile l'apertura di una procedura di infrazione nei confronti dell'Italia.

La Legge finanziaria 2008 ha tuttavia introdotto nella disciplina IVA, segnatamente aggiungendo un nuovo comma all'art. 10, del D.P.R. n. 633 del 1972, uno specifico regime di esenzione per le prestazioni di servizi effettuate nei confronti dei consorziati o soci da consorzi, società consortili e società cooperative con funzioni consortili costituiti tra soggetti per i quali, nel triennio solare precedente, la percentuale di detrazione dell'IVA sia stata non superiore al 10 per cento e a condizione che i corrispettivi dovuti dai consorziati o soci non superino i costi imputabili alle prestazioni stesse.

Si tratta di un regime che è stato ritenuto dal legislatore idoneo a recepire i contenuti della recente proposta della Commissione europea (COM 2007 747 final) di modifica della Direttiva IVA per il comparto dei servizi finanziari e delle assicurazioni (c.d. meccanismo del *cost sharing agreement*).

Con riguardo alle prestazioni di servizi, dal tenore letterale della disposizione non emerge alcun riferimento alla condizione dell'ausiliarietà, sulla quale il regime dell'art. 6 della legge n. 133 del 1999 è stato fondato.

Il limite percentuale relativo al *pro rata* di detraibilità, fissato al 10 per cento in luogo della totale indetraibilità inizialmente proposta dal Governo, consente anche alle imprese di assicurazione di accedere all'ambito applicativo delle disposizioni in argomento per fruire di prestazioni in esenzione di imposta, pur se a costo di significative riorganizzazioni aziendali. Diversamente, la condizione dell'esercizio di un'attività *in toto* esente avrebbe estromesso gran parte delle imprese di assicurazione dal regime in parola.

È, tuttavia, auspicabile il differimento della soppressione dell'art. 6 della legge n. 133 e l'attuazione del "gruppo IVA", come richiesto dai settori interessati.

LA CUSTOMER SATISFACTION NEL SETTORE ASSICURATIVO

Ogni due anni l'ANIA svolge un sondaggio per misurare la soddisfazione dei clienti riguardo ai prodotti assicurativi.

L'indagine 2007 è stata effettuata da GFK – Eurisko su di un campione di tremila intervistati, rappresentativi degli assicurati italiani in età compresa tra i 18 e i 64 anni.

In termini generali, il livello complessivo della soddisfazione degli assicurati aumenta. In una scala che va da 3 (per nulla soddisfatti) a 8 (molto soddisfatti), il 62% del campione ha indicato 7 e 8 (cioè molto soddisfatti) (tavola 1). Questa percentuale era nel 2004 pari al 56% e nel 2001 al 59%. Ai rispondenti viene richiesta una valutazione complessiva dei prodotti assicurativi e di alcune caratteristiche specifiche, come il comportamento degli agenti, l'informazione fornita dalla compagnia e il rapporto costi/benefici.

Tutti gli indicatori della soddisfazione risultano in sensibile crescita, e in particolare l'apprezzamento per l'orientamento alle esigenze del cliente dimostrato dalla propria compagnia. Anche se in forte miglioramento rispetto alle edizioni precedenti, il rapporto costi/benefici si conferma l'aspetto più critico. Solo il 46% degli italiani ne è "molto" soddisfatto, anche se poi la percentuale di giudizi positivi arriva al 73% considerando anche coloro che dichiarano comunque sufficiente il proprio giudizio su questo aspetto (voto 6).

	Valutazione complessiva	Agenzia	Informazione	Funzionamento della polizza	Rapporto costi/benefici
1994	62	52	57	61	51
1996	61	49	59	58	47
1999	60	61	58	55	43
2001	59	60	55	52	40
2004	56	63	55	52	38
2007	62	63	58	57	46

TAVOLA 1
GLI INDICATORI DI SODDISFAZIONE NELLA RELAZIONE CLIENTE/COMPAGNIA.
% DEL CAMPIONE CHE ATTRIBUISCE UN VALORE COMPRESO TRA 7 E 8 IN UNA SCALA DA 3 A 8.

Fonte: sondaggio Gfk-Eurisko

Il portafoglio assicurativo degli italiani rimane sostanzialmente stabile; la maggioranza degli intervistati dichiara di possedere solo le polizze per i veicoli.

La soddisfazione per le polizze possedute risulta stabile o in crescita. I giudizi positivi risultano rispettivamente: del 79% per la polizza auto, dell'80% per la copertura spese mediche, del 73% per gli infortuni, del 77% per le polizze casa/famiglia e del 76% per le polizze vita/pensione.

Per quanto concerne le dinamiche del mercato, aumenta la pressione commerciale delle compagnie, delle quali il 38% degli intervistati afferma di ricordare i messaggi pubblicitari e promozionali. Si attesta al 20%, nel biennio, il tasso di coloro che cambiano assicuratore. Diminuisce la quota degli intervistati che dichiarano di avere avuto motivi di lamentela per il servizio. Aumenta sia la propensione a rimanere cliente sia la disponibilità a consigliare la propria compagnia ad amici e/o parenti.

In linea con il trend generale, nell'edizione 2007 gli assicurati italiani hanno espresso un aumento della soddisfazione per la propria polizza auto: la percentuale di coloro che si dichiarano "molto" soddisfatti cresce di 9 punti, attestandosi al 52% contro il 43% del 2004. La percentuale di giudizi comunque positivi sale ulteriormente al 79% considerando anche coloro che hanno espresso un giudizio di semplice sufficienza.

Si attesta al 33% la quota di coloro che hanno chiesto preventivi ad altre compagnie in occasione del rinnovo del contratto. Tra coloro che hanno cambiato compagnia, il 79% si è rivolto a un agente ed il 15% si è rivolto direttamente a una compagnia tramite internet o telefono.

Gli assicurati italiani si sono dimostrati bene informati sui cambiamenti in corso nel mercato assicurativo: in concomitanza con l'entrata in vigore del risarcimento diretto, l'83% ha dichiarato di essere a conoscenza di questo cambiamento.

LE MODIFICHE ALL'IRES E ALL'IRAP INTRODOTTE DALLA LEGGE FINANZIARIA

La Legge finanziaria per il 2008 interviene sul regime di tassazione delle società con norme che, senza modificare l'impianto della riforma Tremonti del 2004, intendono razionalizzare la disciplina in materia di IRES e di IRAP mediante la riduzione delle aliquote nominali, l'ampliamento della base imponibile e la semplificazione del sistema.

La relazione governativa a tale provvedimento evidenzia che la manovra ivi disposta si è resa opportuna sia in considerazione delle raccomandazioni, più volte affermate dagli organismi comunitari, di favorire l'abbassamento delle aliquote nominali e l'allargamento delle basi imponibili al fine di perseguire la trasparenza del livello di tassazione effettivo gravante sulle imprese, sia per ragioni di concorrenza fiscale internazionale, dato che quasi tutti i principali paesi europei si sono mossi da tempo o più di recente nella stessa direzione.

Le disposizioni introdotte con la Legge finanziaria 2008 si applicano a decorrere dal periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2007 (dal 2008, per i soggetti che hanno il periodo d'imposta coincidente con l'anno solare).

IRES

Aliquota e tassazione dei dividendi

L'aliquota di tassazione IRES viene ridotta di 5,5 punti percentuali (dal 33% al 27,5%).

La riduzione dell'aliquota è coordinata con alcune disposizioni finalizzate ad adeguare il livello della tassazione degli utili distribuiti a soci *persone fisiche* con riguardo alle partecipazioni *qualificate*, mentre nessun intervento viene previsto in merito al trattamento dei dividendi pertinenti a partecipazioni *non qualificate* detenute da privati *al di fuori dell'esercizio di impresa*, che continuano a essere soggetti ad imposta sostitutiva del 12,5%.

Resta comunque ferma l'imponibilità del 5% dei dividendi intersocietari.

Eliminazione delle deduzioni extracontabili

La base imponibile viene ampliata anche per effetto della soppressione della disposizione introdotta dalla riforma Tremonti del 2004 che consentiva la deducibilità di ammortamenti, accantonamenti e altre rettifiche di valore in via extracontabile, cioè in dichiarazione dei redditi, per ammontari ulteriori rispetto all'importo imputato a conto economico (dai modelli di dichiarazione relativi agli anni 2004 e 2005 risulta che le deduzioni extracontabili hanno raggiunto la cifra di oltre 14 miliardi di euro). Infatti, a seguito della riforma societaria del 2003 che ha vietato l'inquinamento di bilancio, al conto economico non possono più essere imputati i componenti negativi di reddito privi di giustificazione economica.

La disposizione che sopprime la possibilità di operare le deduzioni extracontabili decorre, come detto, dal 2008; tuttavia per le deduzioni extracontabili pregresse l'impatto ai fini IRES è *morbido* in quanto le stesse verranno ricondotte a tassazione progressivamente nel corso degli anni e cioè quando il componente negativo già dedotto in via extracontabile acquisirà rilevanza a conto economico mentre ai fini IRAP tali deduzioni verranno recuperate a tassazione in sei quote costanti.

È tuttavia prevista l'opzione per il riallineamento dei valori fiscali a quelli contabili, mediante il pagamento di un'imposta sostitutiva dell'IRES e dell'IRAP, con aliquota del 12% sulla parte dei maggiori valori ricompresi nel limite di 5 milioni di euro, del 14% sulla parte dei maggiori valori che eccede i 5 milioni di euro e fino a 10 milioni di euro e del 16% sulla parte dei maggiori valori che eccede i 10 milioni di euro.

Participation exemption

L'istituto della c.d. pex – riguardante le plusvalenze realizzate su partecipazioni aventi determinati requisiti – prevedeva inizialmente l'esenzione totale di dette plusvalenze in coerenza con il regime di detassazione dei dividendi volto a evitare la doppia tassazione degli utili societari. Gli interventi normativi del 2005 avevano ridotto progressivamente l'esenzione fino all'84% e inserito un elemento di disomogeneità nel trattamento delle plusvalenze e delle minusvalenze costituito dal diverso *holding period* (periodo minimo di possesso) per le plusvalenze e le minusvalenze.

La Legge finanziaria 2008 interviene sul regime pex per omogeneizzare il limite di esenzione delle plusvalenze a quello della detassazione dei dividendi (95%) ed eliminare il citato fattore di disomogeneità, cioè quello dell'*holding period*, che, sia per le plus che per le minus, viene fissato a 12 mesi.

Resta l'esenzione nella misura dell'84% per le plusvalenze delle partecipazioni realizzate corrispondenti alle svalutazioni dedotte prima del 2004.

Interessi passivi

Un ulteriore intervento ispirato da logiche semplificative è rappresentato dalla soppressione della thin capitalization e del pro-rata patrimoniale che disciplinavano con meccanismi di estrema complessità il trattamento fiscale degli interessi passivi e dall'introduzione di un nuovo regime di deducibilità di tali interessi incentrato su un criterio di *congruità* dell'indebitamento, parametrata al 30% del risultato operativo lordo risultante dal conto economico (assunto al lordo degli ammortamenti e degli accantonamenti a fondi rischi). In sostanza, la deduzione degli interessi passivi è integrale fino a concorrenza degli interessi attivi mentre l'eccedenza è deducibile nel limite del 30% del risultato operativo lordo; l'eventuale ulteriore eccedenza può essere riportata negli esercizi successivi – *sine die* – nel limite della capienza che si genera in ciascuno di tali esercizi.

I soggetti finanziari e le imprese di assicurazione nonché le società capogruppo di gruppi bancari e assicurativi sono tuttavia esclusi dall'applicazione di tale regime.

Consolidato

Di notevole impatto sono gli interventi operati sul consolidato fiscale perché determinano una drastica riduzione dei benefici recati da tale istituto e quindi del risparmio di imposta che ne deriva. Vengono soppresse le disposizioni che prevedono la detassazione del 100% dei dividendi distribuiti a società del gruppo consolidato, in luogo dell'ordinaria detassazione del 95%, e la neutralità del trasferimento dei beni strumentali tra società del gruppo (regime que-

sto che comporta in sostanza il differimento della tassazione delle plusvalenze realizzate per effetto del trasferimento).

Si riduce, pertanto, l'*appeal* del consolidato che conserverà solo il vantaggio della compensazione dei redditi e delle perdite di ciascuna delle società che vi fanno parte e quello, recato dal nuovo trattamento fiscale degli interessi passivi, che consentirà a ciascuna società partecipante al consolidato di utilizzare, ai fini della deducibilità degli interessi passivi, il risultato operativo lordo capiente non integralmente sfruttato da altra società partecipante al consolidato.

Operazioni straordinarie

La Legge finanziaria interviene, a fini di razionalizzazione, sulla disciplina delle operazioni di riorganizzazione aziendale relative al trasferimento di complessi aziendali (fusioni, scissioni e conferimenti).

Il regime di neutralità, quindi non realizzativo di plus o minusvalenze, già previsto per le fusioni e le scissioni, viene esteso, quale unico regime applicabile, anche ai conferimenti di azienda; conseguentemente i beni dell'azienda ricevuta per effetto di un'operazione di riorganizzazione aziendale vengono acquisiti allo stesso valore fiscale che avevano presso il conferente.

Tuttavia i soggetti beneficiari di tali beni possono optare per l'affrancamento dei maggiori valori contabili delle immobilizzazioni materiali e immateriali, rispetto a quelli fiscali, mediante il pagamento di un'imposta sostitutiva dell'IRES e dell'IRAP, con aliquota del 12% sulla parte dei maggiori valori ricompresi nel limite di 5 milioni di euro, del 14% sulla parte dei maggiori valori che eccede i 5 milioni di euro e fino a 10 milioni di euro e del 16% sulla parte dei maggiori valori che eccede i 10 milioni di euro, con conseguente riconoscimento fiscale di tali maggiori valori.

Detta opzione può essere esercitata anche in relazione alle operazioni (fusioni, scissioni e conferimenti) pregresse, effettuate cioè fino al periodo d'imposta in corso alla data del 31 dicembre 2007.

IRAP

Anche per l'IRAP viene prevista la riduzione dell'aliquota ordinaria che passa dal 4,25% al 3,9%.

Come chiarito nella relazione governativa, l'approccio seguito dalla Legge finanziaria denota l'intento di avvicinare la base imponibile del tributo ai criteri adottati in contabilità nazionale per la determinazione del valore della

produzione – che costituisce il presupposto d'imposta – al valore aggiunto nei vari settori economici; in sostanza, la base imponibile dell'IRAP sarà desunta dai dati di bilancio senza alcun *aggancio* a quella dell'IRES.

Per il settore assicurativo, il valore della produzione verrà determinato partendo dal risultato del conto tecnico dei rami danni e vita, rettificato per assumere:

- l'ammontare degli ammortamenti dei beni strumentali e delle altre spese di amministrazione nella misura del 90%;
- l'ammontare dei dividendi del ramo vita nella misura del 50%.

I costi per il lavoro restano indeducibili e non rilevano le svalutazioni, le perdite e le riprese di valore dei crediti.

L'IRAP sarà progressivamente trasformata da tributo erariale a imposta di connotazione regionale; a tal fine, è previsto che la dichiarazione IRAP andrà sganciata dalla dichiarazione IRES per essere presentata alla regione o provincia autonoma di domicilio fiscale del contribuente.

L'ECONOMIA INTERNAZIONALE

Secondo le previsioni pubblicate a giugno dall'OCSE, nel 2008 le economie dei paesi industrializzati saranno caratterizzate da una crescita molto debole e da una forte ripresa dell'inflazione. È il risultato congiunto delle turbolenze sui mercati finanziari, del rapido aumento dei prezzi delle materie prime e della netta correzione dei prezzi immobiliari. Negli Stati Uniti qualche accenno di ripresa della crescita si dovrebbe registrare solo nella seconda metà dell'anno, quando gli effetti della politica monetaria espansiva dovrebbero farsi sentire, se le condizioni di credito si normalizzano e termina la discesa dei prezzi degli immobili. L'OCSE prevede un aumento del PIL dell'1,2%. Uno scenario simile, anche se con un tasso di crescita più elevato (1,7%) è previsto anche per l'area dell'euro, dove l'inflazione non dovrebbe tornare al di sotto dell'obiettivo del 2% prima del 2009, nonostante il marcato apprezzamento dell'euro.

TAVOLA 1
LE PREVISIONI 2008 PER I PAESI INDUSTRIALIZZATI

	PIL	Inflazione	Tasso a 3 mesi
Stati Uniti	1,2	3,9	2,7
Giappone	1,7	0,9	0,8
Area dell'euro	1,7	3,4	4,5

Fonte: OCSE

L'ECONOMIA ITALIANA

Secondo l'OCSE, nel 2008 l'Italia dovrebbe risentire, più di altri paesi dell'area dell'euro, della fase di debolezza ciclica: il PIL italiano dovrebbe crescere dello 0,5%, in netta decelerazione rispetto all'1,5% dell'anno passato. Si tratta di un valore appena inferiore alla stima di Consensus, ovvero la media dei valori stimati dai principali centri di previsione, pari allo 0,6%. Le stime dell'OCSE anticipano un forte rallentamento della domanda interna; in particolare, i consumi privati crescerebbero dello 0,7% (1,4% nel 2007), anche per effetto delle spinte inflazionistiche che limiteranno il potere d'acquisto delle famiglie; gli investimenti fissi lordi aumenterebbero dello 0,5% (1,2% nel 2007) e dovrebbero risentire sia della debolezza del settore industriale (la produzione industriale risulterebbe stazionaria) sia del rallentamento degli investimenti in costruzioni. L'inflazione risentirà ancora della crescita dei prezzi delle materie prime e, secondo l'OCSE, si assesterebbe nella media dell'anno al 3,6%.

Vi è un'ampia variabilità tra le previsioni, sostanzialmente per l'incertezza determinata dalle turbolenze sui mercati finanziari: il Fondo Monetario Internazionale e Prometeia, ad esempio, prevedono una crescita pressoché nulla del PIL.

TAVOLA 2
LE PREVISIONI PER L'ECONOMIA ITALIANA

	2007 (ISTAT)	2008 (stima di Consensus)	2008 (OCSE)
PIL	1,5	0,6	0,5
Consumi privati	1,4	0,7	0,7
Consumi PA	1,3		1,0
Investimenti	1,2	0,8	0,5
Esportazioni	5,0		1,8
Importazioni	4,4		2,0
Inflazione (indice armonizzato)	1,8	3,0	3,6
Deficit/PIL	1,9		2,5

Fonte: ISTAT, Consensus Economics (giugno 2008) e OCSE (giugno 2008)

L'ASSICURAZIONE ITALIANA NEL 2008

La difficile congiuntura dei mercati finanziari avrà riflessi sull'andamento del settore assicurativo in Italia. Nel primo quadrimestre dell'anno in corso la nuova produzione vita è stata pari a 13,6 miliardi di euro, il 15,2% in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Con riferimento ai diversi rami, è proseguita la tendenza avviatasi sul finire dell'estate del 2007, determinata dalla preferenza dei risparmiatori per le obbligazioni a medio e a lungo

termine emesse dallo Stato e dalle banche. In particolare, la nuova produzione dei prodotti di ramo III è scesa del 21% rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente, quella di ramo V è diminuita del 71%; è invece aumentata del 6,4% la nuova produzione dei prodotti di ramo I, che offrono ai risparmiatori un rendimento minimo garantito.

Nell'ipotesi che permanga un quadro di incertezza sui mercati finanziari e che si confermi la preferenza dei risparmiatori verso i prodotti a basso rischio, principalmente obbligazioni a medio e a lungo termine, è possibile stimare con un semplice modello di analisi delle serie storiche che nel 2008 si dovrebbe registrare un rallentamento nel tasso di riduzione dei premi dell'assicurazione vita (da -11,4% nel 2007 a -7,7% nel 2008); alla riduzione della componente dei premi dei prodotti assicurativi finanziari (-13% per i prodotti linked e -70% per quelli di capitalizzazione), si dovrebbe associare un aumento (6%) dei premi relativi alle polizze tradizionali. Un contributo positivo verrebbe dalle polizze previdenziali (+75%).

Nel ramo r.c. auto la raccolta premi potrebbe risultare sostanzialmente stazionaria. L'incremento dei premi del settore property (incendio e altri danni ai beni) dovrebbe essere pari mediamente all'1,5%, anche per il rallentamento dell'attività economica. Una crescita superiore alla media del comparto danni dovrebbe riguardare anche i rami infortuni, malattia e r.c. generale. Al di sotto della media, invece, dovrebbe risultare la variazione dei premi per il ramo corpi veicoli terrestri (0,7%).

TAVOLA 3
PREVISIONI DEI PREMI ASSICURATIVI IN ITALIA
Valori in milioni di euro

RAMI	PREMI 2007	PREMI 2008	VAR. % 2007-2006 (*)	VAR. % 2008-2007 (*)
R.C. Autoveicoli terrestri	18.208	18.208	-1,0%	0,0%
Corpi veicoli terrestri	3.287	3.310	2,6%	0,7%
Infortuni	3.191	3.280	2,8%	2,8%
Malattia	2.049	2.199	12,1%	7,3%
Incendio ed elementi naturali	2.345	2.359	-0,6%	0,6%
R.C. generale	3.271	3.322	1,5%	1,6%
Altri danni ai beni	2.574	2.645	3,6%	2,8%
Altri rami danni	2.751	2.895	5,9%	5,2%
TOTALE RAMI DANNI	**37.676**	**38.218**	**1,3%**	**1,4%**
Incidenza % sul PIL	*2,45%*	*2,41%*		
Ramo I - Vita umana	27.166	28.796	-17,0%	6,0%
Ramo III - Fondi di investimento	29.053	25.276	6,1%	-13,0%
Altri rami vita	5.221	2.610	-43,5%	-50,0%
TOTALE RAMI VITA	**61.440**	**56.683**	**-11,4%**	**-7,7%**
Incidenza % sul PIL	*4,00%*	*3,57%*		
TOTALE RAMI	**99.116**	**94.900**	**-7,0%**	**-4,3%**
Incidenza % sul PIL	*6,45%*	*5,98%*		

Fonte: stime ANIA
(*) I dati del 2007 sono a consuntivo, mentre quelli del 2008 sono stimati

Nel complesso la raccolta premi complessiva del lavoro diretto italiano dovrebbe risultare nel 2008 in calo rispetto all'anno passato: il volume della raccolta premi dovrebbe raggiungere i 95 miliardi di euro con una diminuzione del 4,3% rispetto ai premi del 2007 e con un'incidenza sul PIL pari al 6%, in calo rispetto al 6,45% dello scorso anno.

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 2007 e al 2008 sono stimati

Chiuso in tipografia il 18 giugno 2008