

L'assicurazione italiana 2008/2009



ANIA

Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

L'assicurazione italiana 2008/2009



ANIA
Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

EXECUTIVE SUMMARY	8
L'EVOLUZIONE DELLA CONGIUNTURA ECONOMICA	21
La congiuntura economica internazionale	21
La congiuntura economica in Italia	23
I mercati finanziari	25
Il mercato del credito e i tassi d'interesse	25
L'evoluzione del rischio di credito	28
I mercati azionari	30
L'ASSICURAZIONE ITALIANA: I DATI SIGNIFICATIVI 2008	33
Le imprese in esercizio	33
Il conto economico	34
Il conto tecnico	35
I premi	35
Le prestazioni	36
Le spese di gestione.....	37
Il risultato del conto tecnico.....	37
Il risultato degli investimenti.....	38
Il risultato dell'esercizio	39
La situazione patrimoniale	40
Il passivo	40
L'attivo	41
<i>Il valore corrente del portafoglio titoli.....</i>	<i>43</i>
Il margine di solvibilità.....	47
<i>Un'analisi del return on equity nei settori danni e vita</i>	<i>48</i>
L'ASSICURAZIONE ITALIANA NEL CONFRONTO INTERNAZIONALE	55
Confronti internazionali	55
Il peso dell'assicurazione nei diversi paesi	55
I principali mercati dell'Unione Europea.....	58
<i>La tassazione dei premi nell'Unione Europea</i>	<i>60</i>
<i>Un confronto internazionale sui conti economici delle imprese di assicurazione</i>	<i>62</i>
<i>La struttura dell'industria finanziaria in Italia e nell'area dell'euro.....</i>	<i>68</i>
<i>La redditività delle imprese europee quotate nel 2008</i>	<i>70</i>
LE ASSICURAZIONI VITA	72
Il lavoro italiano	72
I singoli rami vita.....	74
Ramo I – Assicurazioni sulla durata della vita umana.....	74
Ramo III – Assicurazioni sulla vita connesse con fondi di investimento o indici	75
Ramo IV – Assicurazioni malattia a lungo termine	76
Ramo V – Operazioni di capitalizzazione	76
Ramo VI – Gestione di fondi pensione	77
<i>La struttura delle spese sostenute dalle imprese vita.....</i>	<i>79</i>
<i>Il rendimento delle polizze rivalutabili.....</i>	<i>81</i>



Assicurazione vita e PIL.....	83
Assicurazione vita e risparmio delle famiglie italiane.....	83
<i>Le novità della previdenza complementare.....</i>	<i>87</i>
<i>Il regolamento COVIP sulle modalità di adesione alle forme pensionistiche complementari.....</i>	<i>87</i>
<i>Le linee guida sui trasferimenti tra forme di previdenza complementare e lo standard di distinta contributiva.....</i>	<i>88</i>
<i>Provvedimento ISVAP sul tasso massimo garantibile dalle forme pensionistiche complementari.....</i>	<i>89</i>
<i>Gli orientamenti della CONSOB sulla trasparenza e sulla distribuzione di prodotti illiquidi</i>	<i>90</i>
<i>La nuova regolamentazione ISVAP sulle polizze index-linked.....</i>	<i>92</i>
LE ASSICURAZIONI DANNI.....	96
Il lavoro italiano.....	96
Assicurazione danni e PIL.....	97
<i>Le nuove disposizioni ISVAP sulla classificazione rischi.....</i>	<i>98</i>
<i>I costi assicurativi delle catastrofi e il mercato dei cat bond nel 2008.....</i>	<i>101</i>
L'ASSICURAZIONE AUTO.....	105
La gestione dell'assicurazione di responsabilità civile.....	105
La gestione delle assicurazioni dei danni ai veicoli.....	107
I furti di autoveicoli in Italia.....	108
<i>Il costo medio e la frequenza sinistri: un confronto europeo.....</i>	<i>111</i>
Analisi di lungo periodo dei prezzi r.c. auto.....	115
<i>Preventivatore unico r.c. auto (art. 136 CAP) attuazione del progetto.....</i>	<i>119</i>
<i>Frodi assicurative e nuova disciplina della banca dati sinistri r.c. auto dell'ISVAP.....</i>	<i>120</i>
<i>Risarcimento diretto: dati del 2008 e confronto con il 2007.....</i>	<i>124</i>
<i>Effetto del Decreto Bersani sulla scala di bonus malus.....</i>	<i>129</i>
<i>Incidenza dei sinistri r.c. auto con responsabilità congiunta.....</i>	<i>132</i>
<i>Risarcimento diretto (CARD): calcolo dei forfait 2009 e problemi ancora aperti.....</i>	<i>133</i>
<i>Risarcimento diretto e nuove clausole r.c. auto.....</i>	<i>137</i>
<i>La procedura operativa del risarcimento diretto.....</i>	<i>138</i>
<i>La sentenza della Corte di Giustizia UE sull'obbligo a contrarre per la copertura di qualsiasi tipo di rischio r.c. auto.....</i>	<i>142</i>
<i>Entrata in vigore dei nuovi massimali obbligatori r.c. auto.....</i>	<i>142</i>
LE ALTRE ASSICURAZIONI DANNI.....	145
I rami danni diversi dal settore auto.....	145
<i>La responsabilità civile in ambito sanitario.....</i>	<i>149</i>
<i>Una breve descrizione del sistema sanitario in Italia, Francia, Germania e Olanda.....</i>	<i>153</i>
<i>L'assicurazione sanitaria in Europa.....</i>	<i>162</i>
<i>Le proposte ANIA sullo sviluppo della regolamentazione dei fondi sanitari.....</i>	<i>163</i>
<i>Analisi della rischiosità secondo la variabile sesso dell'assicurato nel ramo malattia.....</i>	<i>165</i>
<i>Il fenomeno della pirateria e l'assicurazione trasporti.....</i>	<i>167</i>
<i>I recenti sviluppi in tema di copertura assicurativa per il rischio grandine.....</i>	<i>169</i>
<i>Le polizze r.c. obbligatorie diverse dalla r.c. auto.....</i>	<i>171</i>
<i>Le tipologie di rischio sottoscritte nel ramo cauzioni.....</i>	<i>172</i>



LA RIASSICURAZIONE	176
<i>Il mercato internazionale della riassicurazione.....</i>	<i>178</i>
LE RISORSE UMANE E L'AREA DEL LAVORO	180
I lavoratori dipendenti e il costo del lavoro.....	180
La contrattazione collettiva, la formazione, il dialogo sociale, le pari opportunità	181
LA DISTRIBUZIONE	185
Assicurazione vita	185
Assicurazione danni	187
<i>Registro Unico degli Intermediari – un'analisi del canale agenziale</i>	<i>189</i>
<i>Schema di provvedimento recante modifiche ed integrazioni al Regolamento n. 5/2006 concernente la disciplina dell'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa.</i>	<i>193</i>
LA FONDAZIONE PER LA SICUREZZA STRADALE E IL FORUM ANIA-CONSUMATORI	197
La Fondazione ANIA per la sicurezza stradale	197
L'Italia rispetto all'obiettivo 2010	197
<i>Il costo sociale degli incidenti stradali.....</i>	<i>199</i>
I veicoli a due ruote	200
I giovani neopatentati.....	202
<i>Guido con Prudenza.....</i>	<i>204</i>
La sicurezza sul lavoro e il trasporto pesante	205
Il Forum ANIA-Consumatori.....	206
Tutela del benessere e nuovi scenari del welfare	207
Assicurazione auto: tutela dei giovani e trasparenza sui prezzi	208
<i>"Le 10 principali regole che salvano la vita alla guida dei veicoli"</i>	<i>209</i>
IL MERCATO UNICO EUROPEO E LA LIBERALIZZAZIONE DEL SETTORE.....	211
Riforma della vigilanza in Europa.....	211
Libro Verde sui ricorsi collettivi.....	212
Rapporto della Commissione sull'estensione del regolamento di esenzione	213
Proposta di direttiva antidiscriminazione	214
Regolamento sulla legge applicabile alle obbligazioni contrattuali (Roma I).....	215
Proposta di regolamento sulle agenzie di rating	216
Proposta di direttiva di modifica dei requisiti patrimoniali delle banche.....	217
Proposta di direttiva in materia di tassazione del risparmio	218
Proposta di direttiva sul trattamento dei servizi finanziari ai fini dell'Iva	219
L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA	222
Direttiva Solvency II: un nuovo sistema di vigilanza per il settore assicurativo.....	222
I nodi fondamentali della negoziazione della Direttiva Solvency II	222
<i>QIS 4: i principali risultati a livello europeo e italiano</i>	<i>224</i>
<i>Stato dell'arte del progetto IASB "Insurance Contracts"</i>	<i>227</i>



Regolamento attuativo delle disposizioni del decreto "anticrisi" in materia di criteri contabili.....	228
<i>Le modifiche recate dalla Legge finanziaria 2008 all'IRES e all'IRAP</i>	229
<i>Misure fiscali introdotte nel 2008</i>	230
Le linee guida ABI-ANIA sulle coperture assicurative abbinata a mutui o altri contratti di finanziamento	234
Il recepimento della direttiva sulla parità di trattamento uomo-donna.....	236
<i>Il risarcimento del danno non patrimoniale: la Sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione n. 26972 sul danno esistenziale</i>	237
Le polizze "dormienti"	239
L'esposizione del settore assicurativo verso Lehman Brothers.....	240
<i>L'azione collettiva risarcitoria a tutela dei consumatori</i>	241
La costituzione di un'Agenzia Antifrode.....	243
<i>Disciplina delle pratiche commerciali scorrette e normativa di settore</i>	244
LE PREVISIONI PER IL 2009	247
L'economia internazionale	247
L'economia italiana.....	247
L'assicurazione italiana nel 2009.....	248

APPENDICE STATISTICA (www.ania.it)



INDICE DEI RIQUADRI

<i>Il valore corrente del portafoglio titoli.....</i>	43
<i>Un'analisi del return on equity nei settori danni e vita</i>	48
<i>La tassazione dei premi nell'Unione Europea</i>	60
<i>Un confronto internazionale sui conti economici delle imprese di assicurazione</i>	62
<i>La struttura dell'industria finanziaria in Italia e nell'area dell'euro.....</i>	68
<i>La redditività delle imprese europee quotate nel 2008.....</i>	70
<i>La struttura delle spese sostenute dalle imprese vita.....</i>	79
<i>Il rendimento delle polizze rivalutabili.....</i>	81
<i>Le novità della previdenza complementare.....</i>	87
<i>Il regolamento COVIP sulle modalità di adesione alle forme pensionistiche complementari.....</i>	87
<i>Le linee guida sui trasferimenti tra forme di previdenza complementare e lo standard di distinta contributiva.....</i>	88
<i>Provvedimento ISVAP sul tasso massimo garantibile dalle forme pensionistiche complementari.....</i>	89
<i>Gli orientamenti della CONSOB sulla trasparenza e sulla distribuzione di prodotti illiquidi....</i>	90
<i>La nuova regolamentazione ISVAP sulle polizze index-linked.....</i>	92
<i>Le nuove disposizioni ISVAP sulla classificazione rischi</i>	98
<i>I costi assicurativi delle catastrofi e il mercato dei cat bond nel 2008.....</i>	101
<i>Il costo medio e la frequenza sinistri: un confronto europeo.....</i>	111
<i>Preventivatore unico r.c. auto (art. 136 CAP) attuazione del progetto</i>	119
<i>Frodi assicurative e nuova disciplina della banca dati sinistri r.c. auto ISVAP.....</i>	120
<i>Risarcimento diretto: dati del 2008 e confronto con il 2007.....</i>	124
<i>Effetto del Decreto Bersani sulla scala di bonus malus.....</i>	129
<i>Incidenza dei sinistri r.c. auto con responsabilità congiunta.....</i>	132
<i>Risarcimento diretto (CARD): calcolo dei forfait 2009 e problemi ancora aperti.....</i>	133
<i>Risarcimento diretto e nuove clausole r.c. auto.....</i>	137
<i>La procedura operativa del risarcimento diretto</i>	138
<i>La sentenza della Corte di Giustizia UE sull'obbligo a contrarre per la copertura di qualsiasi tipo di rischio r.c. auto.....</i>	142
<i>Entrata in vigore dei nuovi massimali obbligatori r.c. auto</i>	142
<i>La responsabilità civile in ambito sanitario</i>	149
<i>Una breve descrizione del sistema sanitario in Italia, Francia, Germania e Olanda.....</i>	153
<i>L'assicurazione sanitaria in Europa</i>	162
<i>Le proposte ANIA sullo sviluppo della regolamentazione dei fondi sanitari.....</i>	163
<i>Analisi della rischiosità secondo la variabile sesso dell'assicurato nel ramo malattia</i>	165
<i>Il fenomeno della pirateria e l'assicurazione trasporti.....</i>	167
<i>I recenti sviluppi in tema di copertura assicurativa per il rischio grandine</i>	169
<i>Le polizze r.c. obbligatorie diverse dalla r.c. auto.....</i>	171
<i>Le tipologie di rischio sottoscritte nel ramo cauzioni.....</i>	172
<i>Il mercato internazionale della riassicurazione.....</i>	178
<i>Registro Unico degli Intermediari – un'analisi del canale agenziale</i>	189
<i>Schema di provvedimento recante modifiche ed integrazioni al Regolamento n. 5/2006 concernente la disciplina dell'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa</i>	193



<i>Il costo sociale degli incidenti stradali</i>	199
<i>Guido con prudenza</i>	204
<i>“Le 10 principali regole che salvano la vita alla guida dei veicoli”</i>	209
<i>QIS 4: i principali risultati a livello europeo e italiano</i>	224
<i>Stato dell’arte del progetto IASB “Insurance Contracts”</i>	227
<i>Le modifiche recate dalla Legge finanziaria 2008 all’IRES e all’IRAP</i>	229
<i>Misure fiscali introdotte nel 2008</i>	230
<i>Il risarcimento del danno non patrimoniale: la Sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione n. 26972 sul danno esistenziale</i>	237
<i>L’azione collettiva risarcitoria a tutela dei consumatori</i>	241
<i>Disciplina delle pratiche commerciali scorrette e normativa di settore</i>	244



Executive summary

Nel settembre 2008 si è aggravata la crisi finanziaria ...

Nel settembre 2008 il dissesto della banca Lehman Brothers ha fortemente aggravato la crisi finanziaria. Nei mesi finali dell'anno e fino agli inizi del marzo scorso la liquidità sui mercati interbancari e obbligazionari si è prosciugata; soltanto i mercati azionari sono rimasti liquidi, con una fortissima prevalenza della lettera.

... le tensioni si sono allentate dallo scorso marzo ...

Dalla metà di marzo le tensioni sui mercati finanziari si vanno allentando. Il differenziale tra i tassi interbancari e il rendimento delle obbligazioni governative è tornato sui valori registrati prima del dissesto di Lehman, anche se nell'area dell'euro è ancora superiore a quello osservato prima dell'avvio della crisi dei subprime. Il rendimento dei titoli governativi decennali è tornato a crescere, riflettendo una diminuzione dei timori di deflazione: alla fine di maggio era pari al 3,5% negli Stati Uniti e al 4% nell'area dell'euro, dopo aver toccato, rispettivamente, il 2,2% e 3,5% alla fine del 2008. I mercati azionari hanno recuperato le forti perdite registrate nel corso dei primi settanta giorni del 2009: alla fine di maggio, il mercato italiano è salito da inizio anno del 7,7%, superiore a quello degli Stati Uniti (3,3%), del Regno Unito (5,5%) e dell'area dell'euro (5,3%).

... ma gli effetti sull'economia reale si sono già manifestati nel corso del 2008 ...

I primi effetti sull'economia reale della grave crisi finanziaria si sono già manifestati. Secondo le rilevazioni del Fondo Monetario Internazionale, la crescita del prodotto mondiale ha subito nel 2008 un marcato rallentamento, passando al 3,2% dal 5,2% registrato nel 2007; si tratta dell'incremento più contenuto dal 2003. Il rallentamento ha interessato in modo particolare le economie dei paesi industrializzati, ma ha interessato anche le economie emergenti. Negli Stati Uniti il PIL è cresciuto dell'1,1% (2,0% nel 2007), nell'area dell'euro la crescita è stata dello 0,8% (2,7% nel 2007). Nel 2008 l'attività economica in Italia si è contratta dell'1% (era aumentata dell'1,6% nel 2007), un valore sensibilmente peggiore della media dell'area dell'euro.

... e si sono aggravati nel primo trimestre 2009

Il quadro congiunturale si è sensibilmente aggravato nell'ultimo trimestre del 2008 e, soprattutto nel primo del 2009.

Le previsioni degli istituti internazionali concordano nell'indicare che la grave recessione che stanno attraversando le economie dei principali paesi continuerà per tutto il 2009, che dovrebbe essere l'anno con la massima contrazione del PIL.

I RISULTATI DELL'ANNO

La raccolta premi totale è diminuita del 7,2% nel 2008

La raccolta premi del lavoro diretto italiano è diminuita del 7,2%, valore simile a quello dell'anno precedente (7,0%).

Il calo si è concentrato particolarmente nel settore vita (-11,2%) ...

La contrazione è concentrata nei rami vita, i cui premi sono calati dell'11,2%. Vi hanno contribuito la forte preferenza dei risparmiatori italiani a investire in strumenti bancari, sollecitata da un'offerta delle banche interessate a compensare il prosciugamento dei mercati internazionali di capitale e, soprattutto nella parte finale dell'anno, una disaffezione delle famiglie verso i prodotti assicurativo-finanziari. Sono invece significativamente aumentati i premi rela-



tivi alle polizze tradizionali, che garantiscono agli assicurati la restituzione del capitale e un rendimento minimo concordato contrattualmente.

Nei rami vita la contrazione dei premi si è associata con una diminuzione degli oneri relativi ai sinistri (-11,7%), anche per una riduzione dei riscatti rispetto all'anno precedente (circa -15%).

Per il secondo anno consecutivo, però, le riserve matematiche, pari a 352 miliardi di euro, sono diminuite (-6,8% nel 2008 e -2,3% nel 2007), principalmente a causa dell'avverso andamento dei mercati finanziari; vi ha contribuito una raccolta netta, definita come la differenza tra i premi e gli oneri relativi ai sinistri, negativa per 10,9 miliardi di euro (era stata negativa per 12,8 miliardi nel 2007).

Il risultato tecnico dei rami vita del lavoro complessivo è stato negativo per 2,9 miliardi, mentre era stato positivo per 1,7 miliardi nel 2007. Questo andamento dipende essenzialmente dalle perdite contabili registrate sugli investimenti finanziari.

Per le polizze linked, le perdite sugli investimenti finanziari sono sopportate dagli assicurati: cambiamenti di valore dei titoli si riflettono sull'ammontare della riserva dell'assicurato. Per le polizze rivalutabili (rami I e V), invece, le perdite contabilizzate in bilancio sul portafoglio titoli, ma non realizzate, sono sopportate dall'impresa di assicurazione. Solo perdite (o guadagni) realizzati, infatti, contribuiscono a formare il rendimento per l'assicurato, al quale, in ogni caso, va riconosciuto il rendimento minimo garantito contrattualmente.

Ciò spiega perché il risultato tecnico del ramo I e del ramo V è stato negativo (rispettivamente, per 2,4 e 0,9 miliardi di euro), mentre quello del ramo III è stato positivo (per 0,4 miliardi).

I premi dell'assicurazione danni del lavoro diretto sono diminuiti dello 0,5% (erano in crescita dell'1,3% nel 2007).

Il risultato tecnico dei rami danni del lavoro complessivo, positivo per 375 milioni di euro, è stato pari all'1,1% dei premi; nel 2007 era stato pari a 2,8 miliardi (l'8,0% dei premi). Il notevole calo è dovuto a un aumento degli oneri per i sinistri (3,1%) e alla forte riduzione degli utili sugli investimenti (-61%). L'incidenza delle spese di gestione sui premi, pari al 24,7%, è rimasta sullo stesso livello raggiunto nel 2007 (era pari invece al 23,6% nel 2006, prima dell'emanazione dei c.d. decreti Bersani in materia di distribuzione assicurativa).

Il risultato complessivo del settore assicurativo evidenzia una perdita pari a quasi 2 miliardi di euro anche per una significativa riduzione della componente straordinaria che si è dimezzata rispetto all'anno precedente (0,8 miliardi contro 1,5 miliardi nel 2007).

Il ROE complessivo del settore è stato negativo e pari al -4,7% (+12,3% nel 2007). Sarebbe stato ancor più negativo se 29 imprese non si fossero avvalse (per un ammontare pari a circa 3 miliardi) della facoltà di valutare, nel bilancio 2008, i

... per il quale si è registrata anche una diminuzione degli oneri per sinistri ...

... e un calo delle riserve matematiche a causa dell'andamento negativo dei mercati finanziari

Le perdite contabili registrate sugli investimenti hanno determinato un risultato tecnico negativo ...

... concentrato nei rami I e V

I premi del settore danni sono diminuiti (-0,5%) ...

... e a causa di un aumento degli oneri per sinistri si registra un risultato tecnico in forte calo

Complessivamente il settore assicurativo è risultato in perdita ...

... e il ROE è stato negativo



titoli in portafoglio "non durevoli" con un criterio diverso da quello ordinario. Tale facoltà è stata introdotta, per tutti i soggetti che non utilizzano gli IAS, dalla legge 185 del 2008; si tratta di una misura anticiclica che, in una situazione di eccezionale turbolenza dei mercati finanziari, ha ridotto l'incentivo a vendere i titoli, che avrebbe potuto ulteriormente aggravare la caduta dei mercati. Per il solo settore assicurativo, la legge prevede l'obbligo di stanziare in una riserva indisponibile le minusvalenze oggetto dell'esercizio della facoltà di sospensione.

*Il Rapporto presenta:
... informazioni di dettaglio sugli investimenti
delle imprese assicurative ...*

Il Rapporto presenta, inoltre, informazioni di dettaglio sul valore corrente degli investimenti. Con riferimento alle polizze vita diverse dalle linked, l'82% del portafoglio era, alla fine del 2008, investito in obbligazioni e titoli a reddito fisso, di cui circa i due terzi in titoli di Stato; il 12% in azioni. Il saldo nell'anno tra plusvalenze e minusvalenze è stato per il portafoglio durevole negativo e pari al 2% del valore di carico dei titoli obbligazionari e al 40% per le azioni. Nel complesso, il saldo negativo è pari al 3% del valore di carico, per un importo pari a 7,9 miliardi di euro.

*... l'andamento del margine di solvibilità
posseduto che risulta essere più del doppio del
minimo richiesto ...*

Le imprese di assicurazione disponevano, a fine 2008, di un margine di solvibilità pari a 36,8 miliardi, a fronte di un capitale richiesto di 18,1 miliardi. In particolare, il margine posseduto per i rami vita (19,8 miliardi) era pari a 1,71 volte il minimo richiesto ai sensi di legge (11,6 miliardi). Nei rami danni il margine posseduto (17,0 miliardi) era pari a 2,63 volte il margine minimo di solvibilità da costituire (6,5 miliardi).

*... un confronto internazionale sulla redditività
delle imprese europee*

Con riferimento alle sole imprese quotate è stato effettuato un confronto del ROE mediano delle imprese italiane rispetto ai principali paesi europei. Va tenuto conto che si tratta di bilanci consolidati ossia comprensivi dell'attività svolta dalle controllate estere e che tali bilanci sono redatti secondo i principi IAS che permettono di rilevare alcune minusvalenze nel patrimonio netto senza transitare nel conto economico. Sulla base di questi dati risulta che il ROE mediano delle imprese italiane è sceso dal 15,3% nel 2007 al 2,6% nel 2008. Un calo più accentuato si è registrato in Germania (1,1%, contro 16,9% nel 2007). La riduzione è stata meno accentuata in Francia (7,7%, contro 14,1% nel 2007) e soprattutto nel Regno Unito (7,9%, contro 19,9%).

Il Rapporto propone inoltre il confronto tra i risultati economici delle imprese dei principali paesi (Italia, Francia, Germania, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti) relativi al periodo 2002-2007, effettuato elaborando le informazioni sui conti economici raccolte nella banca dati ISIS di Bureau van Dijk.

LE PREVISIONI PER IL 2009

*La difficile congiuntura economica frenerà la
raccolta danni ...*

La difficile congiuntura economica frenerà la domanda di assicurazione danni. I premi di questo settore potrebbero diminuire rispetto al 2008 (-0,8%). Per il settore r.c. auto, dopo che la raccolta premi è diminuita del 5,2% nel primo trimestre del 2009 rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente, è possibile stimare una diminuzione dell'intero anno compresa tra l'1% e il 2%. Dovrebbe diminuire significativamente la raccolta premi per il ramo corpi veicoli terrestri



(-4,0%), a causa della contrazione della vendita di nuove vetture. Il volume premi del settore property (incendio e altri danni ai beni) dovrebbe diminuire dell'1,0%, come effetto della congiuntura economica. Un aumento dei premi dovrebbe, invece, riguardare i rami infortuni e malattia e la r.c. generale.

Nel ramo vita la difficile situazione economica e finanziaria potrebbe indurre le famiglie ad aumentare la propensione al risparmio e a diversificare il flusso di risparmio che nel corso del 2008 è stato investito esclusivamente in strumenti bancari. Nei primi quattro mesi dell'anno in corso la nuova produzione vita ha superato i 17 miliardi di euro con un aumento di oltre il 25% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Con riferimento ai diversi rami, la nuova produzione dei prodotti di ramo III-linked è diminuita dell'80% rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente, ma questa drastica diminuzione è stata più che compensata dalla nuova produzione dei prodotti di ramo I-tradizionali che, nello stesso periodo, è aumentata del 145%.

Nell'ipotesi che nel 2009 tornino gradualmente condizioni ordinate nei mercati finanziari, i premi dell'assicurazione vita potrebbero tornare a crescere (+10%) anche se in misura inferiore a quanto osservato nel primo quadrimestre dell'anno. La raccolta dei premi vita dovrebbe così sfiorare i 60 miliardi di euro e l'incidenza rispetto al PIL dovrebbe aumentare, passando dal 3,5% del 2008 al 4,0% del 2009. La dinamica dovrebbe essere il risultato del forte aumento dei premi relativi alle polizze di ramo I, che dovrebbero aumentare del 45%, e della diminuzione dei premi relativi ai prodotti assicurativo-finanziari, per i quali si potrebbe registrare un forte calo (-60%) dopo la contrazione già osservata nel 2008 (quasi -40%).

Nel complesso la raccolta premi del lavoro diretto italiano dovrebbe tornare a crescere nel 2009 rispetto all'anno passato: il volume della raccolta premi dovrebbe raggiungere i 97 miliardi di euro con un aumento del 5,4% rispetto ai premi del 2008 e con un'incidenza sul PIL pari al 6,5%, in aumento rispetto al 5,9% del 2008.

LE ASSICURAZIONI VITA – IL LAVORO DIRETTO ITALIANO

Nel 2008 il reddito disponibile delle famiglie italiane è aumentato del 2,7% in termini nominali, mentre è sceso dello 0,5% in termini reali. Il tasso di risparmio ha registrato un lieve aumento (dall'11,8% nel 2007 al 12,2% nel 2008), probabilmente riconducibile alle perdite sugli investimenti finanziari e al peggioramento delle prospettive dell'economia e del mercato del lavoro, fattori che hanno spinto le famiglie a modificare i piani di consumo in senso prudentiale.

Nel 2008 è fortemente diminuito il flusso di investimento finanziario delle famiglie (da 103 miliardi di euro nel 2007 a 70 nel 2008); nel contempo, si è drasticamente ridotto il flusso di indebitamento (da 60,5 miliardi nel 2007 a 26 nel 2008). Nel complesso, il risparmio finanziario delle famiglie, definito come la differenza tra il flusso lordo delle attività e quello delle passività, è stato pari a 43,7 miliardi, sostanzialmente lo stesso valore del 2007 (2,8% in rapporto al PIL).

... mentre l'aumento della propensione al risparmio e una ricomposizione dei flussi di investimento delle famiglie potrebbe far aumentare la raccolta vita

Complessivamente la raccolta premi salirà del 5,4% e la sua incidenza sul PIL salirebbe al 6,5%

Nel 2008 il reddito disponibile delle famiglie italiane è in lieve calo ma è aumentato il tasso di risparmio ...

... sono diminuiti sia il flusso di investimento sia quello di indebitamento



Executive summary

Gli acquisti delle famiglie italiane si sono indirizzati verso strumenti bancari ...

Pressoché tutti gli acquisti sono stati indirizzati verso strumenti di raccolta delle banche italiane, che si trovano nella necessità di compensare le difficoltà di raccolta nei mercati internazionali prosciugati dalla crisi di liquidità. Nel complesso, gli acquisti netti di questi strumenti sono stati pari a 92,5 miliardi, di cui 16,7 in depositi in conto corrente e 48,7 in obbligazioni.

Le famiglie hanno, invece, ceduto quote di fondi comuni (per 66 miliardi, contro 35,5 nel 2007), prodotti assicurativi vita (per 10,5 miliardi, contro 9 nel 2007) e titoli di Stato (per 3 miliardi, a fronte di acquisti per 39 miliardi nel 2007).

... e il valore del loro portafoglio finanziario è diminuito per il crollo del mercato azionario

Il forte crollo dei valori di azioni e partecipazioni ha fatto diminuire il valore complessivo del portafoglio finanziario delle famiglie. Nel complesso, questo strumento finanziario rappresenta alla fine del 2008 il 21% del portafoglio (27,2% alla fine del 2007). Circa il 30% del portafoglio delle famiglie è investito in strumenti emessi dalle banche italiane, di cui quasi la metà in conti correnti; il 17,1% in assicurazione vita, TFR e fondi pensione (10,0% nelle assicurazioni vita, contro 9,8% nel 2007); l'8,6% in risparmio postale. Le quote di fondi comuni, i titoli di Stato italiani e i titoli esteri rappresentano, ciascuno, circa il 5% del portafoglio.

Alla fine del 2008 il totale del portafoglio finanziario era pari a 3.428 miliardi, poco più di tre volte il reddito disponibile (3,5 nel 2007), una riduzione simile a quella osservata nell'area dell'euro (da 3,1 a 2,8 volte). La ricchezza finanziaria netta, ottenuta sottraendo le passività finanziarie alle attività, era pari a 2.592 miliardi, ossia 2,5 volte il reddito disponibile.

La raccolta premi vita del lavoro diretto è diminuita dell'11,2% ...

La raccolta nei rami vita, pari a 54,6 miliardi di euro, ha registrato una riduzione dell'11,2% rispetto al 2007, quando i premi si erano già ridotti con lo stesso ritmo (-11,4%). La dinamica è il risultato di un forte calo dei prodotti assicurativi di tipo finanziario e di un aumento dei premi relativi alle polizze tradizionali, caratterizzate dall'offerta di un rendimento minimo garantito.

... il calo è dovuto principalmente alla contrazione delle polizze linked e di quelle a capitalizzazione ...

I premi relativi alle polizze a capitalizzazione (ramo V) sono diminuiti del 30% (-50% nel 2007). I premi delle polizze di tipo linked, i sottoscrittori delle quali sopportano il rischio finanziario dell'investimento, sono diminuiti del 36,1% (+6,1% nel 2007); un andamento simile è stato registrato anche per i premi raccolti in Italia dalle imprese che operano in libera prestazione di servizi e che offrono essenzialmente polizze di tipo linked: secondo le nostre stime, nel 2008 i premi contabilizzati da tali imprese sono stati pari a circa 6 miliardi di euro, con una riduzione di circa il 40% rispetto al 2007.

... ma risultano in crescita le polizze di tipo tradizionale

Al contrario, i premi delle polizze tradizionali, ramo I, sono aumentati del 15,7%; la loro incidenza sul totale dei premi vita è salita dal 44,2% del 2007 al 57,6% del 2008.

L'incidenza delle spese di gestione è diminuita ...

L'incidenza delle spese di gestione sui premi è scesa al 7,4% dal 7,6% del 2007, nonostante sia aumentata la quota di premi relativi alle polizze di ramo



I, caratterizzate da spese più elevate. In particolare, per queste polizze l'incidenza delle spese di gestione è fortemente diminuita (dal 10,3% nel 2007 al 9,1% nel 2008).

Le perdite contabili sugli investimenti finanziari hanno determinato un risultato tecnico negativo (-3,0 miliardi), concentrato nel ramo I (-2,4 miliardi). Il ROE è stato pari a -7,8% (+10,6% nel 2007).

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 negativo e pari a 87 punti base (era stato positivo e pari a 46 punti base nel 2007).

La COVIP ha approvato l'ottobre scorso il Regolamento sulle modalità di adesione alle forme pensionistiche complementari. Il Rapporto dà conto delle novità introdotte sulla nota informativa e delle nuove regole per la raccolta delle adesioni. L'ANIA, insieme ad altre associazioni operanti nel settore della previdenza complementare (ABI, Assofondipensione, Assogestioni e Assoprevidenza), a COVIP e MEFOP, ha sottoscritto le Linee guida in tema di gestione dei trasferimenti delle posizioni individuali degli aderenti da una forma pensionistica complementare a un'altra, al fine di definire regole di comportamento e standard di efficienza minimi.

Il Rapporto riporta infine, in dettaglio, le previsioni regolamentari della Comunicazione CONSOB sui prodotti illiquidi, che forniscono orientamenti interpretativi sulle misure di trasparenza e correttezza, nonché doveri di comportamento che l'intermediario deve osservare in maniera vincolante.

LE ASSICURAZIONI DANNI – IL LAVORO DIRETTO ITALIANO

Nel 2008 la raccolta premi del lavoro diretto italiano nei rami danni è stata pari a 37,5 miliardi di euro, lo 0,5% in meno rispetto all'anno precedente. L'incidenza sul PIL (2,4%) è diminuita a causa della riduzione dei premi del settore auto (-3,2%); nei rami danni diversi dall'auto, i premi sono aumentati (2,9% rispetto al 2007), ma si registra il tasso di crescita più contenuto del decennio.

Il ROE del settore danni è stato pari a -0,9%, in fortissima riduzione rispetto al 14,6% del 2007, per effetto di un netto peggioramento del combined ratio di competenza – aumentato di 3,5 punti percentuali – e di una notevolissima riduzione dei proventi finanziari.

Nel Rapporto sono illustrati i dati del CEA relativi agli altri paesi d'Europa e riferiti al 2008. Per il settore danni in Italia il rapporto tra premi raccolti e PIL

... ma le perdite contabili sugli investimenti hanno comportato un risultato tecnico negativo

Il Rapporto dà conto:

... delle novità della previdenza complementare ...

... degli orientamenti della CONSOB sulla trasparenza e distribuzione dei prodotti illiquidi

Nel 2008 i premi danni del lavoro diretto sono lievemente calati (-0,5%) ...

... e il combined ratio è peggiorato

Il Rapporto presenta approfondimenti su:

... la sottoassicurazione dell'Italia ...



è pari al 2,4%, contro il 3,1% della Francia e il 3,4% del Regno Unito e della 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'1,1% per il nostro Paese, a fronte del 2,6% della Germania, del 2,5% del Regno Unito e del 2,2% della Francia.

La sottoassicurazione è un fattore di vulnerabilità del sistema economico del nostro Paese non riconducibile alla qualità dell'offerta assicurativa, che è omogenea a quella degli altri paesi, anche perché operano in Italia e hanno ampie quote di mercato tutte le principali imprese di assicurazione europee.

Dipende, piuttosto, da un sistema che, a differenza degli altri paesi più avanzati, non favorisce un'efficiente partnership tra sistema pubblico e privato in campi essenziali quali la sanità, la previdenza integrativa, la gestione delle catastrofi naturali.

... il confronto europeo dei sistemi sanitari nazionali ...

Nel Rapporto sono contenuti alcuni approfondimenti relativamente alla sanità. Un primo contributo compara il disegno del sistema sanitario di alcuni dei principali paesi europei, scomponendo verticalmente il processo che porta alla fruizione delle prestazioni sanitarie in tre distinti livelli funzionali: il finanziamento, la gestione delle risorse e l'erogazione dei servizi.

... le proposte dell'ANIA sullo sviluppo della regolamentazione dei fondi sanitari ...

Un secondo contributo illustra le proposte dell'ANIA sullo sviluppo della regolamentazione dei fondi sanitari, sottolineando, tra l'altro, come le polizze malattia, collettive e individuali, siano escluse dai benefici fiscali concessi ai fondi sanitari. Inoltre, l'assicurato paga un'imposta sui premi del 2,5%; tale imposta è spesso rilevante nell'orientare la scelta di autoassicurazione di fondi e casse sanitarie.

... la sinistrosità nel ramo malattia ...

Un terzo contributo, con i risultati tecnici di un campione di imprese del ramo malattia, analizza nel dettaglio i risarcimenti per sinistri in funzione del sesso. In particolare, fatto pari a 1 il c.d. premio puro dei maschi – ossia l'ammontare dato dal prodotto tra la frequenza dei sinistri e il costo medio dei sinistri – quello delle femmine risulta essere pari a 1,25. Anche escludendo i costi della gravidanza e di tutte le sotto-patologie connesse con tale evento (parto naturale, cesareo, aborto terapeutico, spontaneo, gravidanza extra-uterina), le femmine risultano essere in media il 15% più costose dei maschi.

... la classificazione dei rischi introdotta dall'ISVAP ...

Il Rapporto dà poi conto delle novità introdotte lo scorso marzo dall'ISVAP con il Regolamento sulla classificazione dei rischi, che ha lo scopo di uniformare la classificazione di specifiche tipologie di rischio e di precisare, in alcuni casi, gli ambiti di assicurabilità.

... la diffusione delle coperture assicurative grandine ...

Il Rapporto dà conto dello sviluppo delle coperture assicurative che proteggono le produzioni agricole dai rischi di calamità naturali (come grandine,



eccesso di pioggia, gelo, brina, siccità). Tali coperture prevedono un contributo da parte dello Stato, così come avviene anche in altri paesi europei. Tuttavia, il finanziamento per il Fondo di solidarietà nazionale non è previsto per il 2009 e questo comporterebbe l'assenza del contributo pubblico per le coperture assicurative dell'anno in corso. Tale decisione costringerebbe di certo molti produttori a rinunciare allo strumento assicurativo e a dover sopportare il rischio, con ripercussioni negative per il settore agroalimentare.

Nel nostro Paese è fortemente aumentato il numero di coperture assicurative obbligatorie. In particolare, 18 nuove coperture sono state introdotte negli anni novanta e 28 tra il 2000 e il 2006. Il Rapporto illustra le ragioni delle scelte del legislatore e il loro campo di applicazione. Non sempre, però, i sistemi obbligatori sono coerenti con le regole di un mercato assicurativo efficiente.

Uno specifico approfondimento riguarda le polizze assicurative cauzionali o fideiussorie, per le quali è analizzata la raccolta premi, entrando nel dettaglio delle principali tipologie di rischio assicurato. Un altro dà conto delle modifiche dei contratti nel mercato assicurativo internazionale indotte dagli atti di pirateria che, ormai da tempo, si stanno verificando nel Golfo di Aden e nel mare antistante la Somalia.

Infine, si dà conto dei recenti sviluppi del mercato dei cat bond, che per la prima volta ha mostrato segni di rallentamento in parte connessi con la turbolenza dei mercati finanziari, e si traccia un bilancio delle catastrofi naturali nel 2008.

L'ASSICURAZIONE R.C. AUTO

Nel 2008 l'ammontare complessivo dei premi del settore è stato pari a 17,6 miliardi di euro, il 3,3% in meno rispetto all'anno precedente (-1,0% nel 2007). Per il secondo anno consecutivo, quindi, si è verificato un calo in valore assoluto del volume dei premi; non era mai successo negli anni successivi alla liberalizzazione avvenuta nel 1994.

Sulla base di una indagine avviata dall'Associazione, con una metodologia coerente con quanto richiesto alle imprese dall'ISVAP, il numero dei veicoli assicurati è lievemente aumentato rispetto al 2007 (+0,3%). Perciò, il prezzo medio unitario della copertura è diminuito del 3,6% a causa di una forte concorrenza tra le imprese.

Negli ultimi quattro anni il prezzo medio dell'assicurazione r.c. auto si è ridotto dell'8,3%. In particolare, la riduzione è stata pari a -1,5% nel 2005, a -0,8% nel 2006, a -2,7% nel 2007 e a -3,6% nel 2008.

... le assicurazioni obbligatorie in Italia ...

... le diverse tipologie della assicurazione cauzione ...

... il mercato dei cat bond

I premi della r.c. auto sono risultati in calo del 3,3% nel 2008 ...

... così come il premio medio della copertura (-3,6%) ...

... negli ultimi quattro anni la riduzione del prezzo medio è stata dell'8,3%



Executive summary

Per l'ISTAT i prezzi r.c. auto sono aumentati del 2,4% ma la rilevazione non tiene conto:

- ... degli effetti dei bonus ...*
- ... degli sconti ...*
- ... degli assicurati che ricercano il prezzo più conveniente cambiando compagnia ...*
- ... delle modifiche alle regole del bonus/malus ...*

Sempre meno rappresentativo dell'andamento della spesa effettiva, l'indice ISTAT dei prezzi r.c. auto è aumentato nel 2008 del 2,4%, a fronte di una crescita del 3,3% dell'indice generale dei prezzi. Nella rilevazione dell'ISTAT, infatti, la variazione dei prezzi è calcolata su profili "fissi" nel tempo (cosiddetto indice di Laspeyres a pesi fissi). La rilevazione, perciò, non tiene conto:

- degli effetti dei bonus per gli assicurati che non causano sinistri (circa il 92%);
- degli sconti praticati alla clientela, la cui diffusione è aumentata per effetto di una concorrenza tra le imprese sempre più accesa e per i quali non può essere fissata una misura massima (legge n. 248/2006, c.d. decreto Bersani I);
- del fatto che un crescente numero di assicurati cambia ogni anno compagnia alla ricerca del prezzo più conveniente. Secondo alcune indagini campionarie, la percentuale annua è compresa tra il 9 e il 12%;
- degli effetti delle disposizioni in materia di clausole bonus/malus introdotte dal secondo decreto Bersani. Di fatto, queste misure impongono impropriamente "sconti" a determinate categorie di assicurati, in particolare ai componenti della stessa famiglia che acquistano un ulteriore veicolo e a coloro che hanno causato un sinistro in concorso di colpa, ma non ne sono i responsabili "principali".

Nell'anno è perciò notevolmente cresciuto il divario tra la variazione dell'indice ISTAT e quella del prezzo medio. Tale divario è salito nel 2008 a 6 punti percentuali (-3,6% contro 2,4%), a fronte di 4,2 punti percentuali nel 2007 e a un valore medio di 2,5 punti nel quadriennio 2003-2006. In un mercato caratterizzato da una forte concorrenza tra le imprese, l'ampliamento del divario è dovuto essenzialmente a un aumento degli sconti e alle misure che hanno consentito a un elevato numero di assicurati di usufruire immeritadamente di una classe di bonus/malus più favorevole di quella che avrebbero avuto altrimenti.

... che sono state particolarmente rilevanti nel 2008

In particolare, un contributo presentato nel Rapporto analizza nel dettaglio gli effetti delle modifiche delle regole bonus/malus. I valori riportati evidenziano, innanzitutto, il rapido spopolamento della classe di ingresso (classe 14). Negli anni tra il 2004 e il 2006 la classe 14 presentava una percentuale di assicurati all'incirca pari al 5,5%. Già nel 2007 la percentuale scende al 4,6% e, soprattutto, cala drasticamente al 2,0% nel 2008, quando la nuova normativa ha esplicitato pienamente i suoi effetti. Al contrario, è fortemente aumentata la percentuale di assicurati entrati nella classe migliore (classe 1). Sulla base della c.d. "scala dei coefficienti della tariffa amministrata" (provvedimento CIP del 1993) è possibile stimare che, a parità delle altre caratteristiche degli assicurati, la variazione della distribuzione degli assicurati ha determinato una riduzione del 3,3% del prezzo medio ponderato della copertura. Peraltro, l'utilizzo delle scale dei coefficienti effettivamente usate dalle imprese potrebbe portare a variazioni ancora più accentuate.

È possibile, perciò, che già nel 2007 l'imposizione di questi "sconti" sia andata a detrimento di altre categorie di assicurati. In ogni caso, nel medio termi-



ne, squilibri tecnici derivanti da una riduzione dei premi richiedono un sovrappremio agli altri assicurati per coprire il fabbisogno mancante.

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 7,61% nel 2007 al 7,72% nel 2008, con un incremento dell'1,4%. Considerando anche la stima dei sinistri che verranno denunciati tardivamente (i cosiddetti sinistri IBNR) la frequenza sinistri nel 2008 è pari all'8,52%, valore stabile rispetto al 2007.

La frequenza sinistri è risultata in lieve aumento (+1,4%) ...

Il costo dei sinistri di competenza è stato pari a 14.752 milioni di euro, stabile rispetto al valore del 2007 (14.794 milioni). Tenuto conto che il numero dei sinistri complessivi (comprensivi della stima dei sinistri accaduti nel 2007 ma non ancora denunciati) è stato pari a 3.697.975, sostanzialmente invariato rispetto al 2007 (+0,3%), il costo medio dei sinistri di competenza è sceso da 4.014 euro nel 2007 a 3.989 nel 2008 (-0,6%). 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 2008, pari a 3.903 euro, è diminuito dell'1,6% rispetto all'anno precedente.

... mentre il costo unitario dei sinistri è lievemente sceso (-0,6%) ...

Nel complesso gli oneri per sinistri, che oltre al costo dei sinistri di generazione corrente comprendono l'andamento dei sinistri di generazioni passate, sono diminuiti dello 0,5% rispetto al 2007, in quanto le riserve accumulate a fronte degli esercizi precedenti hanno mostrato una sufficienza di 92 milioni di euro, a fronte di 62 milioni nell'anno precedente.

... nel complesso l'onere per sinistri è rimasto pertanto stabile ...

Tuttavia, la lievissima diminuzione degli oneri per sinistri è stata ampiamente inferiore a quella dei premi. Ciò spiega il peggioramento del rapporto tra gli oneri per sinistri e i premi di competenza che è salito all'82,3% (dall'80,7% nel 2007).

... ma a causa della forte riduzione dei premi, è aumentato il loss ratio di competenza

Le spese di gestione sono state pari a 3.275 milioni di euro (3.346 nel 2007) 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 (18,6%) è aumentata rispetto a quella del 2007 (18,3%), nonostante sia diminuita l'incidenza delle spese di amministrazione sui premi (dal 4,9% del 2007 al 4,7% del 2008). È, infatti, aumentata l'incidenza sui premi dei costi legati alla distribuzione delle polizze (dal 13,4% del 2007 al 13,9% del 2008), per effetto del divieto di esclusiva nei mandati agenziali, che ha costretto le imprese a rivedere, in molti casi, i livelli di remunerazione delle reti per garantirsi la loro fidelizzazione.

L'incidenza delle spese di gestione sui premi è aumentata

Il saldo tecnico del lavoro diretto è stato negativo per 421 milioni di euro (era negativo e pari a 55 milioni di euro nel 2007). Considerati gli utili degli investimenti (pari a 341 milioni di euro), che si sono peraltro più che dimezzati rispet-

Il risultato tecnico complessivo è stato negativo anche a causa della forte riduzione degli utili degli investimenti



*Il Rapporto presenta approfondimenti su:
... i positivi risultati dell'indennizzo diretto
a due anni dal suo avvio ...*

to al 2007, il risultato del conto tecnico è stato negativo per 80 milioni di euro (era positivo e pari a 908 milioni di euro nel 2007). Tenuto conto del saldo della riassicurazione, praticamente nullo nel 2008, il risultato complessivo del conto tecnico è stato negativo per 84 milioni di euro (era positivo e pari a 957 milioni di euro nel 2007). L'incidenza sul totale dei premi di competenza è stata pari a -0,5%, in forte riduzione rispetto al +5,2% del 2007.

Il Rapporto dedica ampio spazio al bilancio dell'applicazione della normativa sull'indennizzo diretto. Un 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. In particolare, l'incidenza dei sinistri rientrati in CARD è stata, nel 2008, pari al 75,1% del totale dei sinistri gestiti dalle imprese (73,7% nel 2007), per effetto sia di un continuo miglioramento delle procedure informatiche sia per l'inclusione, anche se su base volontaria, dei sinistri avvenuti fra assicurati con la stessa compagnia. È aumentata la velocità di liquidazione: in particolare, il 72,4% dei sinistri sono stati definitivamente liquidati nel primo anno di osservazione (68,9% nel 2007). Un secondo contributo stima che il 6,4% dei sinistri che sono rientrati in CARD (CID e CTT) hanno dato luogo a una responsabilità congiunta.

*... il calcolo dei forfait utilizzati nel
risarcimento diretto ...*

Un terzo contributo illustra le modalità di calcolo dei forfait per il 2009, che sono rimaste uguali a quelle dell'anno precedente, in quanto solo con il D.P.R. n. 28 del 18 febbraio 2009, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 2 aprile 2009, è stata introdotta la possibilità, fino ad allora esclusa dalla normativa, che le compensazioni economiche tra imprese per i risarcimenti effettuati avvengano sulla base di costi medi differenziati per tipologia dei veicoli assicurati. I nuovi principi permetteranno di risolvere i problemi di ciclomotori e motocicli, caratterizzati da un'alta incidenza dei danni fisici e, perciò, da un costo medio di risarcimento superiore a quello della media generale. È auspicabile dunque che vengano applicati per il calcolo dei forfait quanto prima e, comunque, al più tardi dal 1° gennaio 2010. Infine, un contributo descrive come funzionano operativamente le procedure tecniche e informatiche del risarcimento diretto.

*... le clausole di riparazione in forma diretta
oggi previste da oltre il 60% del mercato ...*

Uno specifico approfondimento documenta lo sviluppo dell'offerta di contratti che prevedono clausole di riparazione in forma diretta. L'offerta di clausole di questo tipo è attualmente prevista nei contratti proposti da un numero significativo di imprese, cui fa capo, nel complesso, una quota di mercato superiore al 60% in termini di raccolta premi r.c. auto. La procedura di risarcimento diretto sta inoltre contribuendo alla diffusione di coperture "kasko" con plafond prefissati di indennizzo (in genere fino a 15.000 euro), che hanno prezzi più contenuti rispetto alle garanzie kasko tradizionali.

*... il "Preventivatore Unico r.c. auto"
ormai on-line ...*

Dalla metà di giugno è on-line sul sito dell'ISVAP il "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



alle polizze" r.c. auto offerte da tutte le imprese operanti in Italia, a fini pro competitivi. Peraltro, l'ISVAP ha assegnato la massima priorità al criterio dell'agevole utilizzo del Preventivatore stabilendo che la valorizzazione dei parametri da parte dell'utente sia facoltativa. Quindi, il numero dei preventivi ottenuti dipende direttamente dal numero delle informazioni fornite dall'utente sul proprio profilo di rischio (ad esempio: dati anagrafici del proprietario del veicolo e del conducente, del nucleo familiare, tipo di utilizzo e dati tecnici del veicolo). Maggiori sono le informazioni fornite dal consumatore e maggiore è il numero delle risposte.

Sul piano normativo, il Rapporto dedica spazio all'entrata in vigore dei nuovi massimali minimi obbligatori per l'assicurazione r.c. auto. A far data dall'11 dicembre 2009, i contratti r.c. auto di qualunque tipologia di veicolo e dei natanti dovranno essere stipulati secondo i seguenti criteri:

- per i danni alla persona dovranno prevedere un importo minimo di copertura r.c. auto nella misura di almeno 2,5 milioni di euro per sinistro, indipendentemente dal numero delle vittime;
- per i danni alle cose dovranno prevedere un importo minimo di copertura r.c. auto nella misura di almeno 500.000 euro per sinistro, indipendentemente dal numero delle vittime.

Infine, il Rapporto riporta la sentenza della Corte di Giustizia UE sull'obbligo a contrarre nella r.c. auto. In particolare, la Corte ha dato ragione all'Italia che aveva difeso l'esistenza dell'obbligo a contrarre, ribadendo che la sua esistenza ha assicurato un'ampia protezione sociale delle vittime di incidenti stradali e ha garantito al contempo che, in particolari aree geografiche del Paese, la copertura assicurativa r.c. auto venisse offerta a condizioni accettabili tanto per i contraenti quanto per le imprese di assicurazione.

In uno specifico capitolo, il Rapporto dà conto delle numerose iniziative e delle proposte della Fondazione ANIA per la sicurezza stradale e del Forum permanente ANIA-Consumatori. In particolare, le due Fondazioni hanno promosso il "Patto per i Giovani"; si tratta di un'iniziativa a cui hanno aderito 40 imprese assicuratrici, cui faceva capo il 91,5% della raccolta premi del ramo r.c. auto nel 2007. Le imprese assicuratrici che hanno aderito al "Patto" hanno predisposto una polizza *ad hoc*, denominata "Polizza Patto per i Giovani", rivolta agli assicurati tra i 18 e i 26 anni, che prevede una significativa riduzione del premio rispetto a quello normalmente applicato da ogni singola impresa per la fascia d'età considerata. Coerentemente con le finalità educative proprie dell'accordo, il beneficio è subordinato alla condizione che il giovane assicurato si impegni contrattualmente a rispettare specifici obblighi comportamentali, idonei a ridurre il rischio di provocare incidenti, riassunti in un decalogo comportamentale, evidenziato in polizza.

... i nuovi massimali minimi di legge che entreranno in vigore obbligatoriamente da dicembre 2009 ...

... la sentenza della Corte di Giustizia UE sull'obbligo a contrarre ...

... le iniziative della Fondazione ANIA per la sicurezza stradale e del Forum permanente ANIA-Consumatori



IL QUADRO NORMATIVO

Il Rapporto riferisce:

... dell'approvazione di Solvency II ...

Il 22 aprile scorso, il Parlamento europeo ha approvato, in seduta plenaria, la Direttiva Solvency II; il 5 maggio vi è stata l'approvazione informale da parte del Consiglio ECOFIN. Il Rapporto analizza i nodi fondamentali nella negoziazione della Direttiva e riporta i principali risultati, per il mercato italiano ed europeo, del quarto studio di impatto quantitativo (QIS 4) volto a testare gli effetti, sul bilancio e sul patrimonio delle imprese, degli approcci metodologici definiti nella Direttiva e dei parametri che dovranno essere definiti nella fase di implementazione. Un nuovo studio, il QIS 5, finalizzato a testare definitivamente le misure di secondo livello, sarà effettuato nel 2010. Un altro contributo dà conto dei lavori del progetto "Insurance Contracts" dell'International Accounting Standard Board (IASB).

... delle modifiche delle regole fiscali per le assicurazioni ...

Il Rapporto analizza poi nel dettaglio le modifiche alle regole fiscali che hanno interessato il settore assicurativo nel 2008. In particolare, dà conto delle modifiche recate dalla Legge finanziaria 2008 all'IRES e all'IRAP, delle misure introdotte in tema di riserve assicurative, del regime di affrancamento di maggiori valori contabili rispetto a quelli fiscali e delle nuove disposizioni in materia di IVA.

... delle linee guida ABI-ANIA per le polizze connesse ai mutui ...

L'ABI e l'ANIA hanno predisposto nello scorso ottobre le "Linee Guida per le polizze assicurative connesse a mutui e altri contratti di finanziamento". Le Linee Guida nascono da una sollecitazione dell'ISVAP volta a dare concreta attuazione al principio di piena portabilità dei mutui, anche con riferimento alle coperture assicurative a essi abbinata. Il Rapporto analizza poi nel dettaglio le modifiche introdotte alla disciplina dei c.d. "conti dormienti", in particolare quelle concernenti specificamente il settore assicurativo. Tali regole si applicano a tutti i contratti dei rami vita, fatta eccezione per le forme previdenziali, parzialmente escluse in quanto caratterizzate da una propria specifica normativa (segnatamente per il caso di morte dell'aderente).

... della vicenda Lehman Brothers ...

Il Rapporto riferisce poi delle iniziative delle imprese di assicurazione e dell'ANIA, svolte nell'interesse dei risparmiatori che hanno acquistato prodotti con sottostante titoli emessi da Lehman Brothers e dell'impegno del mercato assicurativo per dotarsi di un organismo antifrode specifico per il settore.

... delle sentenze sul risarcimento del danno esistenziale

Infine, il Rapporto illustra la sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione sul risarcimento del danno esistenziale e il Parere reso dal Consiglio di Stato sulla disciplina delle pratiche commerciali scorrette e le normative settoriali.



L'evoluzione della congiuntura economica

LA CONGIUNTURA ECONOMICA INTERNAZIONALE

Nel 2008 si sono manifestati i primi pesanti effetti sull'economia reale della grave crisi finanziaria che si è fortemente aggravata negli ultimi mesi dell'anno.

La crescita del prodotto mondiale ha subito un marcato rallentamento passando al 3,2% nel 2008 rispetto al 5,2% registrato nel 2007 (figura 1); si tratta dell'incremento più contenuto dal 2003. Il commercio mondiale di beni e servizi ha decelerato (+3,3%), a causa dell'indebolimento delle importazioni dei paesi avanzati a cui si è aggiunta, nell'ultimo trimestre dell'anno, una caduta degli scambi che ha interessato tutte le aree del mondo.

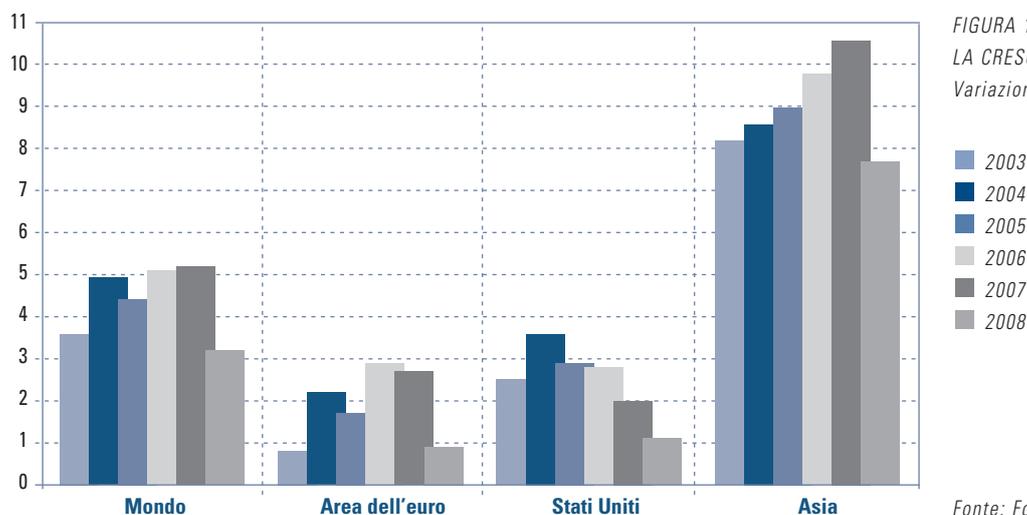


FIGURA 1
LA CRESCITA DELL'ECONOMIA MONDIALE
Variazione % del PIL rispetto all'anno precedente

Fonte: Fondo Monetario Internazionale

Il rallentamento dell'economia ha interessato in modo particolare i paesi industrializzati, il cui ritmo di espansione annua è sceso allo 0,9% dal 2,8% nel 2007. Le economie emergenti hanno continuato a crescere in modo sostenuto (6,1% nel 2008), sebbene abbiano anche loro avvertito un deciso rallentamento rispetto all'8,3% registrato l'anno precedente.

La caduta dell'attività economica, molto accentuata nell'ultimo trimestre dell'anno, è stata accompagnata e in parte anticipata da una forte riduzione dei prezzi delle materie prime. In particolare il prezzo del petrolio è sceso in meno di sei mesi al di sotto dei 50 dollari a barile dal picco di 160 dollari raggiunto a luglio del 2008.

Il rallentamento economico non si è ancora tradotto nel 2008 in un raffreddamento dei prezzi al consumo, la cui dinamica nella media dell'anno ha continuato a essere sostenuta, +3,4% nei paesi industrializzati e +10% nelle econo-



L'evoluzione della congiuntura economica

mie emergenti nel 2008; tuttavia è in atto un brusco rallentamento dell'inflazione già dall'inizio del 2009.

Negli Stati Uniti, paese dal quale è originata l'attuale crisi, il prodotto è cresciuto dell'1,1% nel 2008, a fronte del 2% registrato nel 2007. Nel quarto trimestre dello scorso anno, tuttavia, l'economia americana si trovava già in una profonda recessione, avendo registrato una contrazione in ragione d'anno di oltre il 6% rispetto al trimestre precedente. Ha notevolmente perso vigore la domanda interna, tradizionale traino dell'economia statunitense, in particolare nelle voci dei consumi privati (+0,2% nel 2008) e degli investimenti (-3,4%). Il rallentamento dei primi è da attribuirsi alla scarsa fiducia che le famiglie ripongono in una ripresa in tempi brevi, alla perdita di valore della loro ricchezza immobiliare e alle cattive prospettive del mercato del lavoro. L'attività di investimento è stata frenata soprattutto dal crollo della costruzione di nuovi immobili residenziali, scesa nel 2008 di oltre il 20%. L'inflazione dei prezzi al consumo è stata nel 2008 del 3,8%, contro il 2,9% nell'anno precedente.

La fase recessiva dell'economia statunitense è continuata, aggravandosi, anche nel primo trimestre del 2009. Per il Fondo Monetario Internazionale il disavanzo federale raggiungerà l'11,9 % del PIL.

La crisi dei mercati finanziari si è rapidamente propagata anche nei paesi dell'area dell'euro, con rilevanti ripercussioni sulle economie reali negli ultimi mesi dell'anno. Secondo la Commissione europea la crescita economica del complesso dei paesi dell'area è stata nel 2008 dello 0,8%, contro il 2,7% nel 2007 (tavola 1); nell'ultimo trimestre dell'anno l'economia dell'area si è contratta dell'1,8% rispetto al trimestre precedente. Il crollo della fiducia dei consumatori e delle imprese unito alla perdita di valore della ricchezza finanziaria e immobiliare hanno indebolito notevolmente l'espansione della domanda interna: la crescita dei consumi privati è rallentata allo 0,5% annuo (1,6% nel 2007), mentre gli investimenti lordi sono rimasti stabili (4,4% nel 2007). Si è ridotto infine il grado di apertura dell'economia dell'area essendo diminuito il ritmo di espansione sia delle esportazioni sia delle importazioni, cresciute nel 2008 entrambe dell'1,3% (nel 2007, rispettivamente, 6,0% e 5,4%).

TAVOLA 1
AREA DELL'EURO (16 STATI),
CRESCITA DEL PIL E DELLE SUE COMPONENTI

	2006	2007	2008
PIL a prezzi costanti	2,9	2,7	0,8
di cui:			
Consumi delle famiglie	2,0	1,6	0,5
Investimenti fissi lordi	5,6	4,4	0,0
Esportazioni	8,4	6,0	1,3
Importazioni	8,3	5,4	1,3
Prezzi al consumo	2,2	2,1	3,3

Fonte: Eurostat

L'indice armonizzato dei prezzi al consumo è cresciuto del 3,3% rispetto al 2,1% nel 2007.

Il quadro congiunturale si è ulteriormente aggravato all'inizio dell'anno in corso. La produzione industriale nei primi tre mesi dell'anno è calata di quasi il 20% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Secondo l'Eurostat, il PIL dell'area è sceso nel primo trimestre del 2,5% rispetto al trimestre precedente.



L'evoluzione della congiuntura economica

LA CONGIUNTURA ECONOMICA IN ITALIA

Nel 2008 l'attività economica in Italia si è contratta dell'1,0% (era cresciuta dell'1,6% nel 2007), un valore sensibilmente peggiore della media dell'area dell'euro (tavola 2).

La caduta della domanda mondiale ha avuto una forte ripercussione sulle esportazioni, che in Italia hanno un peso sulla domanda aggregata più rilevante che altrove. Esse sono diminuite del 3,7% (+4,6% nel 2007). Il contributo alla crescita del PIL delle esportazioni è stato pari al -1,1% (+1,3% nel 2007).

A frenare la domanda interna, sono state le variazioni negative degli investimenti (-3,0%), in particolare quelli in macchinari, attrezzature e mezzi di trasporto. Sono diminuiti gli investimenti in costruzioni, risentendo dell'interruzione del prolungato ciclo espansivo del comparto residenziale. Nel complesso il contributo al PIL degli investimenti è stato negativo (-0,6% contro +0,4% nel 2007)

I consumi privati hanno registrato una contrazione (-0,9%) molto più pronunciata che negli altri paesi dell'area dell'euro. Le famiglie hanno ridotto gli acquisti di beni durevoli, in particolare di mezzi di trasporto e di elettrodomestici. Significativa è stata anche la contrazione del consumo di beni non durevoli, compresi quelli alimentari. Nel complesso il contributo dei consumi al PIL è stato negativo (-0,5% contro +0,7% nel 2007).

	2006	2007	2008	2008				2007 2008	
				1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.	Contributo alla crescita del PIL	
PIL	2,0	1,6	-1,0	0,5	-0,6	-0,8	-2,1		
Importazioni	5,9	3,8	-4,5	-1,2	-1,1	-0,7	-6,0	-1,1	1,3
Esportazioni	6,2	4,6	-3,7	-0,2	-1,0	-2,4	-7,4	1,3	-1,1
Consumi famiglie	1,3	1,2	-0,9	0,0	-0,9	0,3	-0,8	0,7	-0,5
Investimenti fissi lordi	2,9	2,0	-3,0	-0,3	-0,5	-1,8	-6,9	0,4	-0,6

TAVOLA 2
PIL E PRINCIPALI COMPONENTI
Variazione % su periodo precedente

Fonte: Elaborazioni della Banca d'Italia su statistiche nazionali

L'inflazione, misurata dall'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale, è salita nei primi mesi del 2008, trainata dall'aumento dei prezzi dei beni alimentari e di quelli energetici. Dal finire dell'estate l'inflazione ha mostrato un forte rallentamento connesso con la riduzione del prezzo del petrolio. Nel complesso l'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale è aumentato nel 2008 del 3,3% (1,8% nel 2007) (tavola 3).



L'evoluzione della congiuntura economica

TAVOLA 3
PREZZI AL CONSUMO IN ITALIA

	Variazione percentuale		Pesi percentuali	Contributi all'inflazione media
	(2007)	(2008)	(2008)	(2008)
Indice generale	1,8	3,3	100,0	
Beni e servizi a prezzo non regolamentato	2,1	3,5	82,3	2,88
Alimentari freschi	3,4	4,5	7,0	0,32
Alimentari trasformati	2,4	5,9	10,8	0,64
Beni non alim. non energ. liberi	1,2	1,4	27,4	0,38
Servizi liberi	2,6	3,3	32,5	1,07
<i>di cui:</i>				
Assicurazioni mezzi di trasporto	1,5	2,4	1,2	0,03
Servizi finanziari	0,1	-0,3	0,9	0,00
Riparazioni mezzi di trasporto	4,0	5,1	3,5	0,18
Energetici liberi	0,6	10,6	4,7	0,50
Beni e servizi a prezzo regolamentato	0,6	2,5	17,7	0,44

Fonte: ISTAT

La tendenza alla riduzione dell'inflazione è proseguita nel corso dei primi mesi dell'anno in corso. Nel mese di maggio, l'inflazione tendenziale era pari all'1,2%, il valore più basso da 40 anni. Le previsioni di *Consensus Forecasts* stimano un'inflazione pari allo 0,8% nel 2009, ma segnalano una ripresa nel corso del 2010.

TAVOLA 4
CONTI PUBBLICI
(dati in milioni di euro dove non specificato)

	Consuntivo			Stime RUEF		
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SPESE						
Redditi da lavoro dipendente	163.220	164.071	171.160	175.040	175.451	176.511
Consumi intermedi	119.003	122.860	128.442	131.432	133.375	135.566
Prestazioni sociali	252.176	264.483	278.008	291.280	297.930	306.670
Altre spese correnti (netto inter.)	52.781	56.276	57.395	59.976	59.393	60.010
Interessi passivi	68.578	77.215	80.891	76.415	80.469	87.654
TOTALE SPESE CORRENTI	655.758	684.905	715.896	734.143	746.618	766.411
Spese in conto capitale	74.545	62.890	59.027	64.070	58.253	56.028
TOTALE SPESE FINALI	730.303	747.795	774.923	798.213	804.871	822.439
ENTRATE						
Imposte Dirette	213.867	233.229	241.427	238.348	238.612	247.225
Imposte Indirette	220.313	227.156	215.519	209.065	211.777	215.248
Imposte c/capitale	225	301	478	478	478	478
Contributi sociali	189.691	205.299	214.718	216.518	220.214	225.967
Altre entrate correnti	52.737	54.333	56.719	56.547	57.194	58.048
TOTALE ENTRATE CORRENTI	676.608	720.017	728.383	720.478	727.797	746.488
Entrate in conto capitale	4.158	4.252	3.083	6.297	5.280	5.920
TOTALE ENTRATE FINALI	680.991	724.570	731.944	727.253	733.555	752.886
pressione fiscale (in % sul PIL)	42,0	43,1	42,8	43,5	43,2	43,0
SALDI						
Indebitamento netto	-49.312	-23.225	-42.979	-70.960	-71.317	-69.554
(in % PIL)	-3,3	-1,5	-2,7	-4,6	-4,6	-4,3
Stock di debito in % PIL	104,5	103,5	105,8	114,3	117,1	118,3

Fonte: Ministero dell'Economia



L'evoluzione della congiuntura economica

Si è ampliato l'indebitamento netto delle Amministrazioni pubbliche, arrivato nel 2008 a quasi 43 miliardi di euro a fronte dei 23 registrati l'anno precedente (tavola 4). In termini percentuali del PIL, l'indebitamento è salito al 2,7%, oltre un punto percentuale in più rispetto all'esercizio precedente. La dinamica ha risentito di un consistente aumento nelle voci di spesa, pari nel complesso a oltre 27 miliardi.

Sul fronte delle entrate correnti, la diminuzione di 8 miliardi è stata attenuata da un aumento della tassazione diretta. La pressione fiscale, misurata dal rapporto percentuale tra le imposte e il totale dei contributi previdenziali versati e PIL nominale era pari al 42,8%, in leggera diminuzione rispetto al 2007.

È tornato a crescere lo stock di debito pubblico in percentuale del PIL, superando la soglia del 105%, per l'effetto congiunto del peggioramento dei conti e della contrazione del prodotto.

I MERCATI FINANZIARI

Il mercato del credito e i tassi d'interesse

La crisi finanziaria internazionale si è mostrata in tutta la sua virulenza a partire dal settembre dello scorso anno. Il dissesto della Banca Lehman Brothers ha causato una grave crisi di fiducia degli operatori e degli investitori che ha prosciugato la liquidità sui mercati interbancari e obbligazionari; soltanto i mercati azionari sono rimasti liquidi, ovviamente con la forte prevalenza della lettera.

Nei primi otto mesi del 2008 la percezione di un elevato rischio di controparte, alimentato dal crescere delle stime sulle perdite delle banche, manteneva su livelli elevati il differenziale tra i tassi interbancari e il rendimento delle obbligazioni governative che era aumentato sia negli Stati Uniti sia, in misura più ridotta, nell'area dell'euro con l'inizio della crisi dei mutui *subprime* (figura 2).

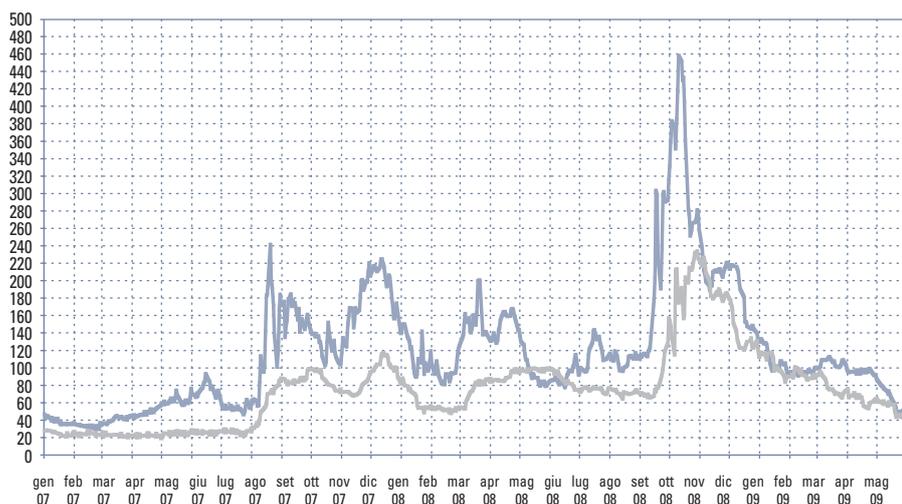


FIGURA 2
DIFFERENZIALE TRA IL TASSO INTERBANCARIO A 3 MESI
E IL RENDIMENTO DEI TITOLI PUBBLICI A 3 MESI
(punti base; dati giornalieri)

— Stati Uniti
— Area dell'euro

Fonte: Thomson Reuters, Datastream



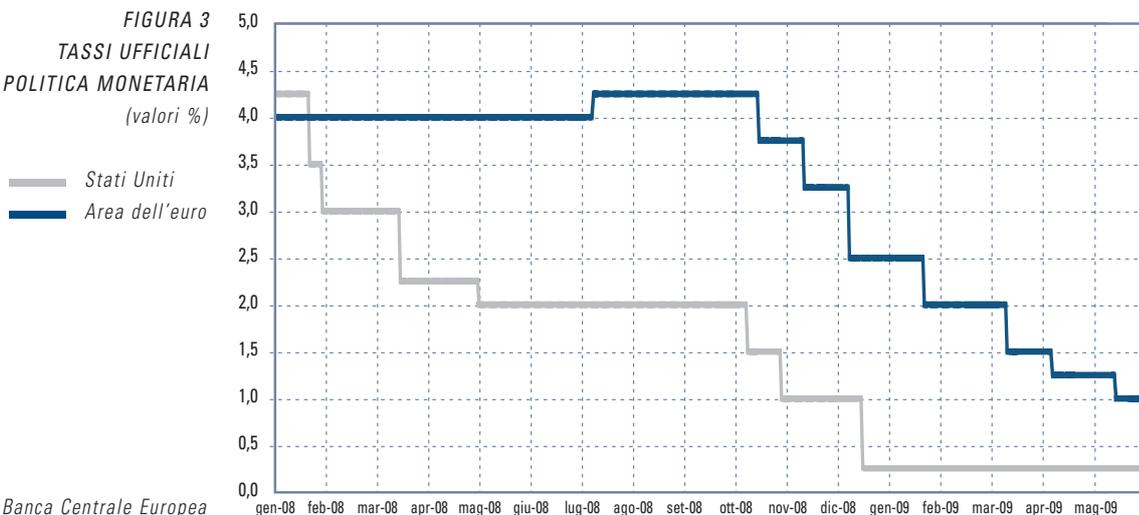
L'evoluzione della congiuntura economica

La crisi si è aggravata dalla metà di settembre con il dissesto della banca Lehman Brothers. In ottobre il tasso interbancario a tre mesi superava di oltre 400 punti base quello governativo degli Stati Uniti di uguale durata, mentre nell'area dell'euro il divario superava i 200 punti base.

Numerosi vertici internazionali definivano, dopo qualche incertezza, una risposta dei Governi finalizzata a garantire i depositanti, a proteggere le banche sistemiche e assicurarne anche attraverso capitale di rischio il finanziamento, ad assicurare sufficiente flessibilità nell'applicazione delle regole contabili.

La Federal Reserve ha praticamente portato a zero i tassi d'interesse: tra l'inizio di ottobre e la metà di dicembre dello scorso anno il tasso obiettivo sui Federal Funds è sceso dal 2,0% allo 0,25% (figura 3). La BCE, che ancora a luglio aveva innalzato il tasso di riferimento al 4,25% stretta tra i timori di possibili effetti delle turbolenze finanziarie sull'economia reale e il brusco aumento dell'inflazione, lo ha rapidamente ridotto, con decisioni successive, al 2,5% entro lo scorso dicembre e, poi, all'1% nell'anno in corso.

FIGURA 3
TASSI UFFICIALI
DELLA POLITICA MONETARIA
(valori %)



Fonte: Federal Reserve e Banca Centrale Europea

Il livello dei tassi a dieci anni è sceso rapidamente nell'autunno scorso, riflettendo il forte deterioramento del quadro congiunturale e i timori di deflazione (figura 4). Alla fine del 2008 il tasso era sceso al 2,2% negli Stati Uniti, da valori intorno al 4% nell'estate; nell'area dell'euro la riduzione nello stesso periodo è stata dal 4,75% al 3,5%.



L'evoluzione della congiuntura economica

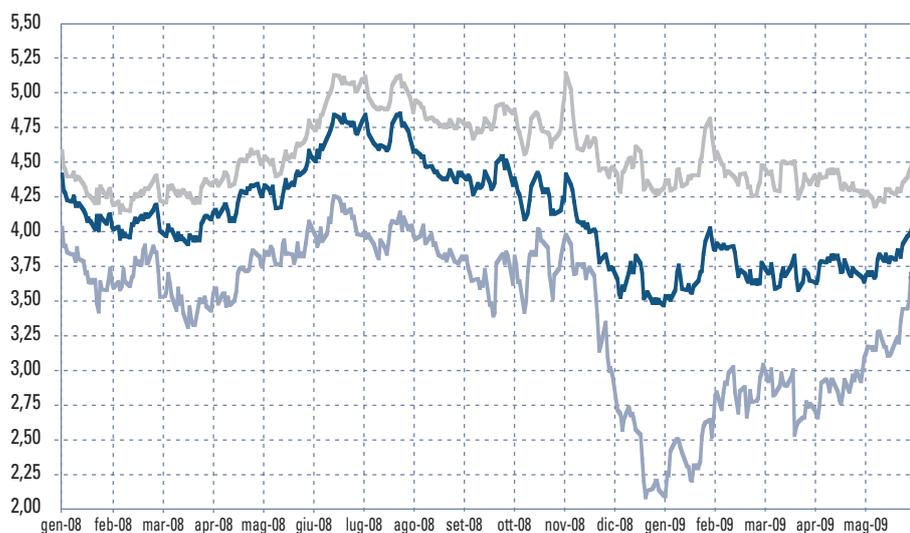


FIGURA 4
RENDIMENTO DEI TITOLI DI STATO A 10 ANNI
(dati giornalieri)

■ Area dell'euro
■ Italia
■ Stati Uniti

Fonte: Thomson Reuters, Datastream

Anche i rendimenti dei titoli di Stato hanno risentito del fortissimo aumento dell'avversione al rischio degli investitori. Lo spread tra titoli decennali italiani e tedeschi è salito da 60 punti base all'inizio di settembre 2008 a oltre 150 alla metà del gennaio scorso (figura 5). Andamenti simili, ma con variazioni più contenute, si sono registrati per gli spread relativi agli altri paesi dell'area dell'euro.



FIGURA 5
DIFFERENZIALE TRA IL RENDIMENTO
DELLE OBBLIGAZIONI A 10 ANNI
RISPETTO AI BUND TEDESCHI DI UGUALE DURATA
(punti base; dati giornalieri)

■ Francia
■ Italia
■ Spagna

Fonte: Thomson Reuters, Datastream

Dalla metà di marzo le tensioni sui mercati finanziari si vanno allentando. Il differenziale tra i tassi interbancari e il rendimento delle obbligazioni governative è tornato sui valori prevalenti prima del dissesto di Lehman, anche se nell'area dell'euro è ancora superiore a quello osservato prima dell'avvio della crisi dei subprime (figura 2). Il rendimento dei titoli decennali è tornato a crescere, riflettendo una diminuzione dei timori di deflazione; alla fine di maggio era pari al 3,5% negli Stati Uniti e al 4% nell'area dell'euro (figura 4).



L'evoluzione della congiuntura economica

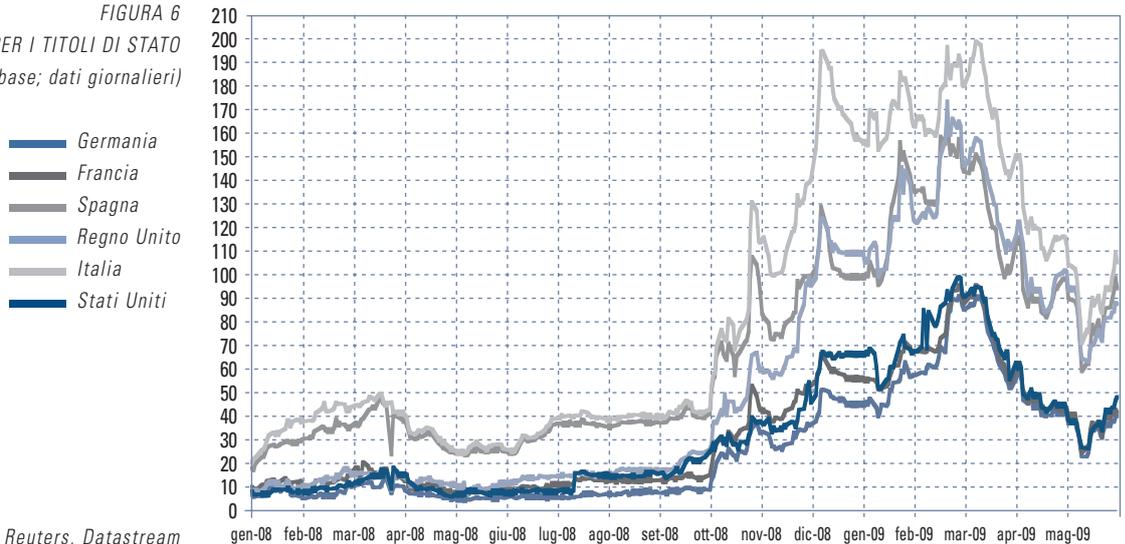
Nel contempo si è ridotto il premio al rischio sui titoli italiani rispetto a quelli tedeschi (95 punti base alla fine di maggio; figura 5).

L'evoluzione del rischio di credito

Gli impegni finanziari decisi dai governi per sostenere i sistemi creditizi e stimolare la domanda interna implicano un forte aumento del debito pubblico per gli anni futuri e, di conseguenza, una crescita del rischio percepito sui titoli governativi.

Il premio sui credit default swap (CDS) a cinque anni per i titoli italiani è passato dai 40 punti del settembre 2008 ai 200 nella prima decade di marzo, nelle settimane successive il premio è sceso, arrivando a 106 alla fine di maggio, dopo aver toccato un minimo relativo di 71 nella prima decade di maggio (figura 6). Un andamento molto simile, sia pure attenuato, è stato registrato dai premi per i CDS sui titoli emessi da Spagna e Regno Unito. Anche i premi per il debito di Francia, Germania e Stati Uniti hanno registrato una dinamica comparabile, ma sono rimasti sempre al di sotto della soglia dei 100 punti: alla fine del maggio scorso erano prezzati tra i 40 e i 50 punti base.

FIGURA 6
PREMI SUI CDS A 5 ANNI PER I TITOLI DI STATO
(punti base; dati giornalieri)



Fonte: Thomson Reuters, Datastream

La crisi dei mercati finanziari e il peggioramento congiunturale che ne è derivato hanno spinto il rischio di credito delle obbligazioni del settore privato ai livelli più alti degli ultimi vent'anni. I premi sui CDS per il settore bancario europeo avevano superato i 200 punti base alla fine di settembre a fronte dei 170 per le imprese industriali (figura 7). Nei mesi successivi la rischiosità percepita del settore bancario è scesa, anche per l'annuncio degli interventi pubblici: a dicembre il premio si è assestato attorno ai 150 punti base.

Al contrario il premio dei CDS per il settore manifatturiero europeo ha continuato ad aumentare, superando abbondantemente i 400 punti base in dicembre



L'evoluzione della congiuntura economica

2008, con punte di quasi 700 per i settori di beni durevoli, come i produttori di automobili. Da allora, il premio dei CDS per le imprese industriali è sceso, rimanendo comunque intorno ai 300 punti base e scendendo intorno ai 250 alla fine di maggio.

Per il settore bancario e quello assicurativo, il forte aumento registrato in febbraio e nella prima decade di marzo è stato riassorbito successivamente. Alla fine di maggio il premio sui CDS per le banche e le assicurazioni europee era pari, rispettivamente, a 185 e 140 punti base.

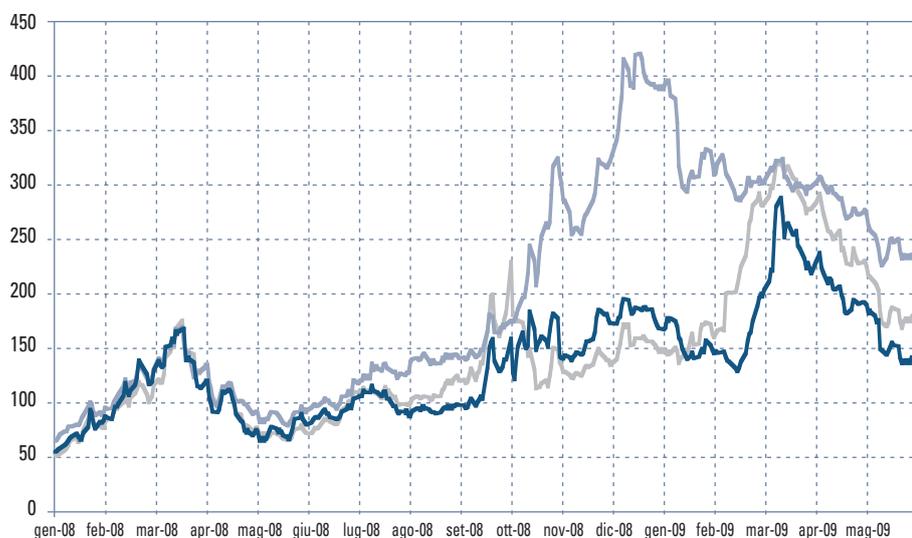


FIGURA 7
PREMI SUI CDS A 5 ANNI PER LE OBBLIGAZIONI PRIVATE IN EUROPA
(punti base; dati giornalieri)

Assicurazioni
Banche
Industria

Fonte: Thomson Reuters, Datastream

Secondo le stime di Moody's, nell'aprile scorso il tasso di default effettivo delle obbligazioni corporate ha raggiunto negli Stati Uniti il 5%, valore simile a quello osservato all'inizio del 2002, al picco della passata recessione. Per gli emittenti non americani il tasso di default era pari all'1,85%, ancora inferiore a quello osservato nella passata recessione (figura 8).

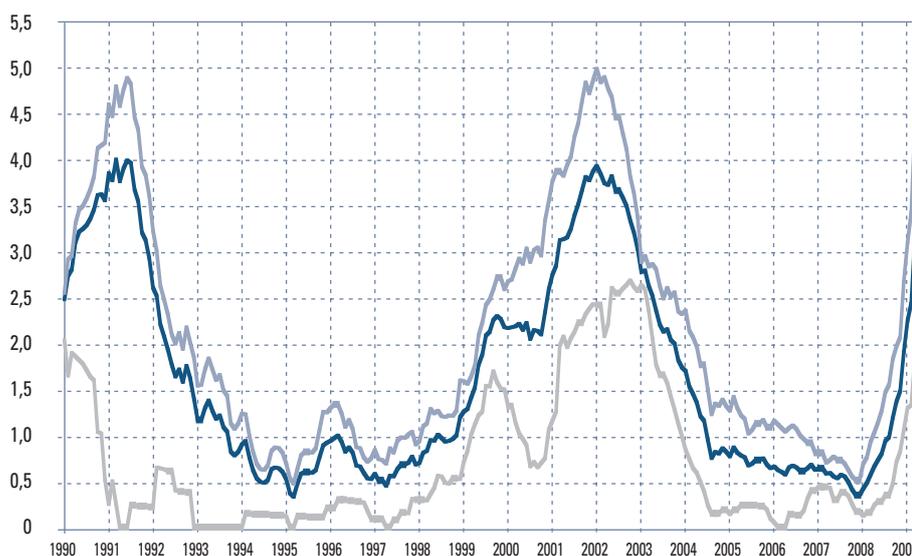


FIGURA 8
TASSO DI DEFAULT DELLE OBBLIGAZIONI CORPORATE CON RATING DI MOODY'S (NEI 12 MESI TERMINANTI ALLA DATA DI RIFERIMENTO)

Mondo
Stati Uniti
Diversi da Stati Uniti

Fonte: Thomson Reuters, Datastream



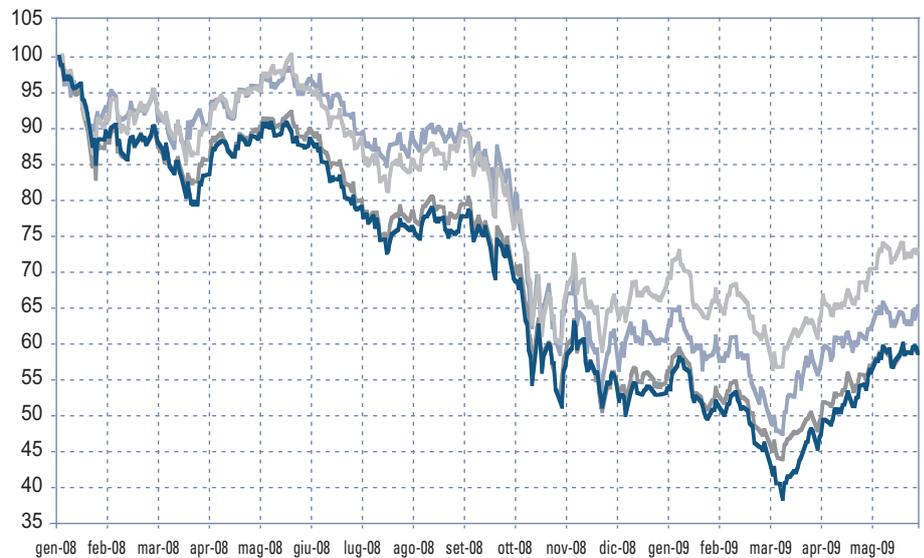
L'evoluzione della congiuntura economica

I mercati azionari

Nei primi otto mesi del 2008 proseguiva la caduta del mercato azionario avviata dalla seconda metà del 2007. Il calo si faceva brusco dalla metà di settembre (figura 9), in presenza di un fortissimo aumento della volatilità implicita nelle opzioni sugli indici. Alla fine del 2008, il calo della borsa italiana, misurato dall'indice Datastream, è stato di poco inferiore al 50%, superiore a quello osservato per gli Stati Uniti e il Regno Unito e in linea con quello registrato nell'area dell'euro.

FIGURA 9
INDICI AZIONARI (COMPRESIVI DI DIVIDENDI
E CALCOLATI IN EURO)
2 GENNAIO 2008=100

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



Fonte: Thomson Reuters, Datastream

Fino alla metà dello scorso marzo è proseguita la caduta degli indici azionari, che successivamente hanno segnato un deciso recupero. Alla fine di maggio, il mercato italiano registrava da inizio anno un aumento del 7,7%, superiore a quello degli Stati Uniti (3,3%), del Regno Unito (5,5%) e dell'area dell'euro (5,3%).

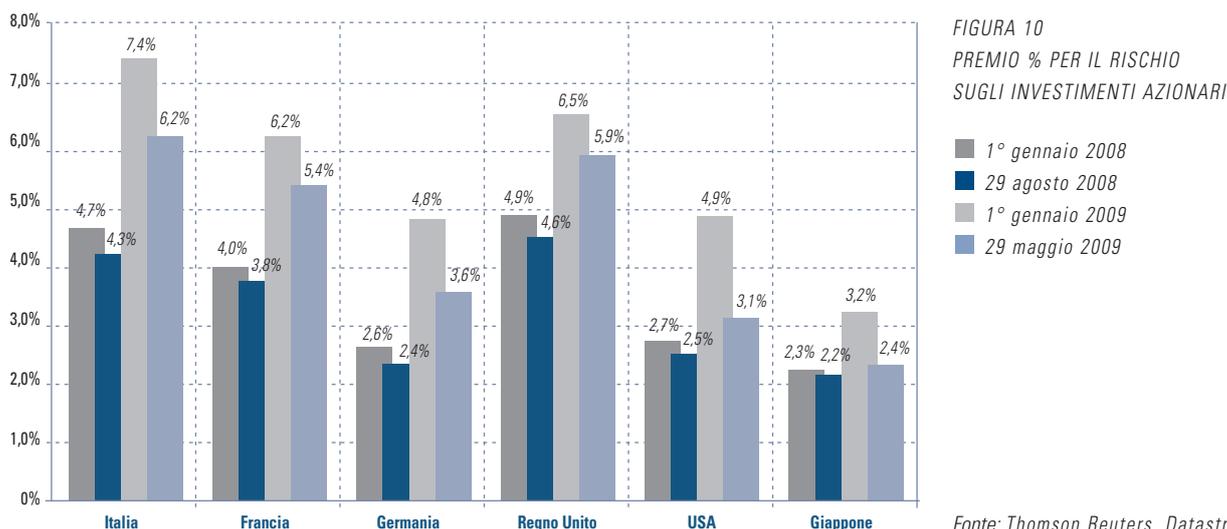
La volatilità implicita nel prezzo delle opzioni sugli indici dei principali mercati è scesa: dopo aver toccato picchi attorno all'80% nell'ottobre 2008, alla fine di maggio essa era pari al 29% sull'indice S&P500 per gli Stati Uniti e al 33% sull'indice Dow Jones Euro Stoxx. Si tratta però di valori ancora molto elevati nel confronto storico e superiori a quelli registrati nell'agosto 2008 (circa 20%).

Tra settembre e la fine del 2008 i premi per il rischio, già elevati, hanno segnato nei mercati azionari dei principali paesi forti aumenti, compresi tra 1 punto percentuale in Giappone e 3 in Italia (figura 10). Vi hanno contribuito la discesa dei tassi di interesse reali sui titoli di lungo termine e i drastici ridimensionamenti delle previsioni sugli utili attesi delle imprese.



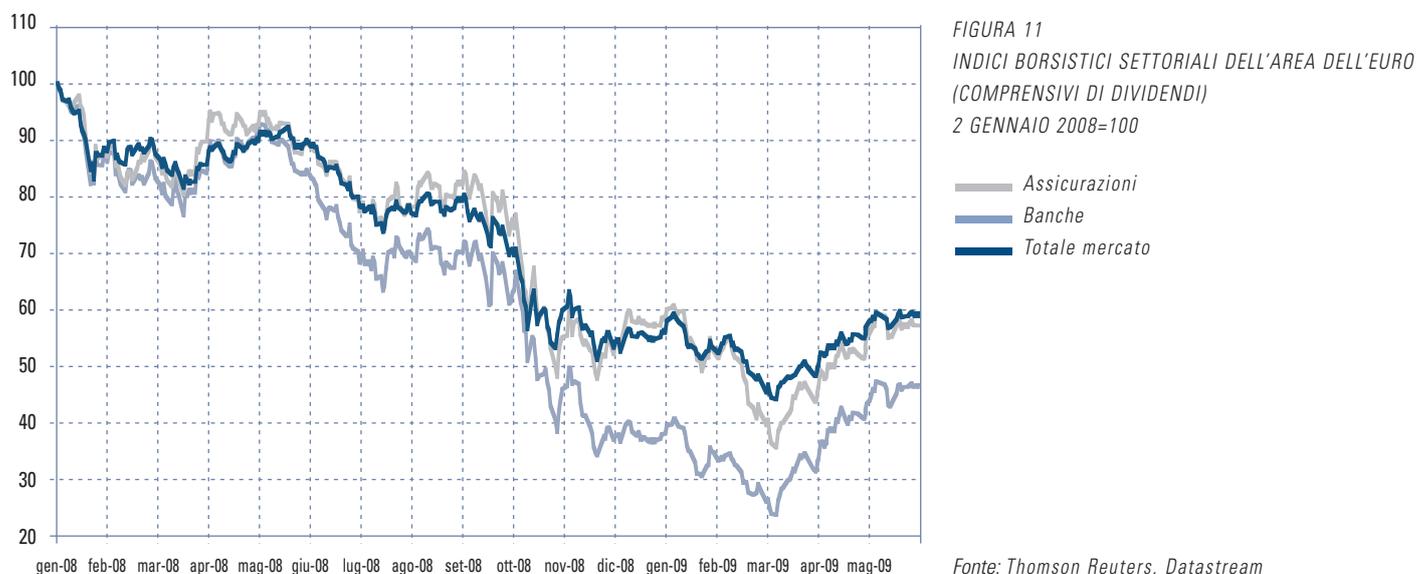
L'evoluzione della congiuntura economica

Nell'anno in corso, i premi per il rischio hanno registrato una diminuzione: alla fine di maggio, essi erano pari a circa 6 punti percentuali, valore assai più elevato della media storica, in Italia, Francia e Regno Unito.



Fonte: Thomson Reuters, Datastream

Il crollo delle quotazioni azionarie è stato particolarmente evidente per il settore bancario. Nell'area dell'euro l'indice Datastream relativo al settore bancario è calato nel 2008 del 62%, mentre quello assicurativo del 42%, sostanzialmente in linea con l'indice generale (figura 11). Nell'anno in corso, l'indice del settore bancario ha mostrato un sensibile recupero (+22%), mentre l'indice assicurativo è rimasto sostanzialmente stabile.



Fonte: Thomson Reuters, Datastream

L'indice del settore assicurativo italiano è calato nel 2008 del 36%, meno di quello dell'area dell'euro e del Regno Unito (-48%) (figura 12). Tuttavia, la caduta registrata per l'indice italiano tra l'inizio dell'anno e la prima deca-

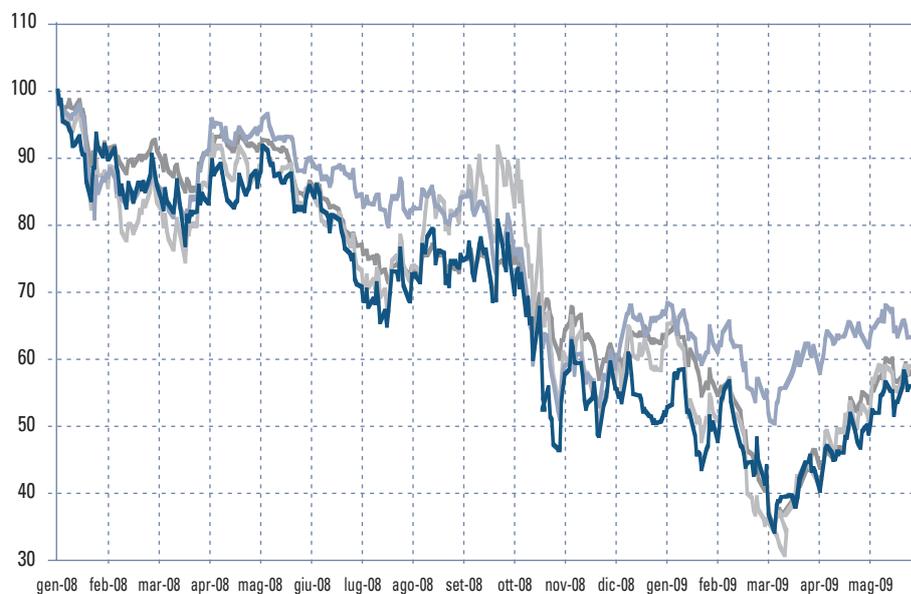


L'evoluzione della congiuntura economica

de di marzo (-42%) è stata più profonda di quella osservata nella media dell'area (-32%) anche per il migliore andamento del mercato tedesco (-20%), a cui può aver contribuito l'intervento pubblico volto a favorire la cessione di un'importante banca da parte di una primaria impresa di assicurazione. Nonostante il deciso recupero, tra la prima decade di marzo e la fine di maggio, l'indice assicurativo italiano a fine maggio era ancora inferiore al valore dell'inizio dell'anno, mentre quello dell'area dell'euro ha recuperato tutto il calo anche perché le quotazioni sono più che raddoppiate in Olanda.

FIGURA 12
INDICI DEL SETTORE ASSICURATIVO NEI PRINCIPALI
MERCATI EUROPEI (COMPRESIVI DI DIVIDENDI
E CALCOLATI IN EURO)
2 GENNAIO 2008=100

— Italia
— Francia
— Germania
— Regno Unito



Fonte: Thomson Reuters, Datastream

TAVOLA 5
BETA DEGLI INDICI ASSICURATIVI

	maggio 2009	maggio 2008
Italia	1,06	0,94
Francia	1,56	1,17
Germania	0,95	1,11
Regno Unito	1,20	1,31

Fonte: Thomson Reuters, Datastream

L'elevata volatilità degli andamenti nel tempo degli indici assicurativi è coerente con quella osservata dai rispettivi mercati. Solo in Francia il Beta del settore assicurativo è significativamente aumentato: da 1,17 alla fine del maggio 2008 a 1,56 dodici mesi dopo. Per gli altri principali paesi europei il Beta è rimasto abbastanza stabile. In Italia alla fine del maggio scorso era pari a 1,06 (tavola 5).



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

Sono aumentate nel corso del 2008 le imprese operanti in Italia, grazie a una maggiore presenza di nuove rappresentanze estere attive nel settore danni.

LE IMPRESE IN ESERCIZIO

Le imprese di assicurazione in esercizio al 31 dicembre 2008 erano 246 (241 alla stessa data dell'anno precedente), di cui 163 aventi sede legale in Italia (come un anno prima) e 83 rappresentanze di imprese estere (78 un anno prima), per la maggior parte (79) comunitarie. Alla data del 31 dicembre 2008 inoltre, operavano in regime di libera prestazione di servizi 904 imprese con sede nell'UE (o in altri paesi aderenti allo Spazio Economico Europeo).

Alla stessa data esercitavano esclusivamente i rami vita 82 imprese (di cui 18 rappresentanze) ed esclusivamente i rami danni 136 (di cui 55 rappresentanze); esercitavano sia i rami vita sia i rami danni 21 imprese (di cui 4 rappresentanze) che rappresentavano in termini di quota di mercato il 53,4% della raccolta premi totale; esercitavano la sola riassicurazione 7 imprese (di cui 6 rappresentanze). A oggi, a seguito di movimenti societari, tutte le 7 imprese di riassicurazione risultano essere delle rappresentanze estere.

Sono socie dell'ANIA 179 imprese (di cui 22 socie corrispondenti) che raccolgono oltre il 90% dei premi dell'intero mercato.

Con riferimento alla natura giuridica delle 163 imprese aventi sede legale in Italia, si distinguono 159 società per azioni, 3 società di mutua assicurazione e una società cooperativa.

NUMERO DELLE IMPRESE RIPARTITE SECONDO LA NATURA GIURIDICA

SETTORE DI ATTIVITÀ	ANNO	IMPRESE NAZIONALI				RAPPRESENTANZE ESTERE		TOTALE IMPRESE NAZIONALI ED ESTERE
		(dati al 31 dicembre)	società per azioni	società cooperative	società mutue	Totale	con sede legale in un paese EXTRA UE	
Danni	2007	75	-	2	77	3	50	130
	2008	79	-	2	81	3	52	136
Vita	2007	67	-	-	67	-	15	82
	2008	64	-	-	64	-	18	82
Riassicuratrici	2007	1	-	-	1	1	5	7
	2008	1	-	-	1	1	5	7
Multiramo	2007	16	1	1	18	-	4	22
	2008	15	1	1	17	-	4	21
Totale	2007	159	1	3	163	4	74	241
	2008	159	1	3	163	4	79	246

NUMERO DI IMPRESE NEI PAESI UE15 Dati al 31 dicembre

	2003	2004	2005	2006	2007
Austria	72	71	73	72	71
Belgio	189	181	171	161	158
Danimarca	216	213	206	201	201
Finlandia	68	68	67	66	65
Francia	486	475	486	477	480
Germania	677	662	663	647	642
Grecia	100	99	95	90	87
Irlanda	224	217	226	226	226
Italia	249	245	239	244	241
Lussemburgo	95	95	95	95	95
Olanda	379	363	352	368	352
Portogallo	74	70	70	76	80
Regno Unito*	772	1.167	1.118	1.050	1.050
Spagna	393	379	362	354	354
Svezia	440	428	415	392	392
Totale	4.434	4.733	4.638	4.519	4.494

Fonte: CEA

(*) Vi è un cambiamento di definizione dal 2004

PREMI PER IMPRESA NEI PAESI UE15 Valori in milioni di euro

	2003	2004	2005	2006	2007
Austria	182	197	210	217	224
Belgio	136	157	198	185	199
Danimarca	70	75	82	93	100
Finlandia	186	194	213	226	231
Francia	292	333	362	413	405
Germania	218	230	238	250	254
Grecia	32	37	41	48	54
Irlanda	53	55	60	71	78
Italia	390	412	459	436	411
Lussemburgo	77	94	118	135	129
Olanda	122	133	136	198	216
Portogallo	128	150	192	173	172
Regno Unito*	274	190	214	255	281
Spagna	103	120	135	149	154
Svezia	44	45	54	59	64
Totale	181	192	209	227	234

Fonte: CEA

(*) Vi è un cambiamento di definizione dal 2004



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

Nel 2008 i risultati economici delle imprese di assicurazione italiane sono stati fortemente condizionati dalla crisi finanziaria che ha colpito l'intera economia mondiale nella seconda metà dell'anno. Il risultato tecnico del settore danni è stato ancora positivo (0,4 miliardi di euro), mentre quello del ramo vita fortemente negativo (quasi 3 miliardi di euro). Nel complesso, il risultato d'esercizio è stato negativo per quasi 2 miliardi di euro con un ROE che è stato pari al -4,7%.

IL CONTO ECONOMICO

CONTO ECONOMICO
Valori in milioni di euro

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Conto tecnico dei rami danni e vita (*)							
Premi diretti e indiretti	86.350	95.646	100.098	108.451	106.273	96.765	89.156
Variazione riserve (-)	32.645	43.720	40.427	41.999	19.189	-9.495	-22.249
Utile investimenti	3.939	13.090	16.316	20.064	15.132	10.835	-9.792
Altri proventi tecnici	980	1.135	1.215	1.321	1.337	1.433	1.528
Oneri relativi ai sinistri (-)	44.459	48.994	58.826	68.236	83.971	99.010	91.082
Spese di gestione (-)	10.648	11.346	11.927	12.567	13.345	13.390	12.579
Altri oneri tecnici (-)	1.088	1.656	1.430	1.241	1.434	1.631	2.029
Risultato	2.429	4.155	5.019	5.792	4.803	4.497	-2.549
Conto tecnico dei rami danni (*)							
Premi diretti e indiretti	30.958	32.729	34.208	34.663	35.458	35.211	34.327
Variazione riserve premi (-)	825	656	599	638	629	602	260
Utile investimenti	1.483	2.012	2.234	2.318	2.115	2.131	826
Altri proventi tecnici	321	371	371	319	371	365	424
Oneri relativi ai sinistri (-)	22.736	23.633	24.269	24.294	25.058	24.634	25.395
Spese di gestione (-)	7.178	7.522	7.949	8.184	8.366	8.646	8.462
Altri oneri tecnici (-)	760	874	1.045	883	1.082	1.000	1.085
Risultato	1.263	2.427	2.951	3.302	2.808	2.825	375
Conto tecnico dei rami vita (*)							
Premi diretti e indiretti	55.392	62.917	65.890	73.788	70.815	61.554	54.829
Variazione riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	31.820	43.064	39.828	41.361	18.561	-10.097	-22.509
Utile investimenti	2.456	11.078	14.082	17.745	13.017	8.704	-10.618
Altri proventi tecnici	659	764	844	1.001	967	1.068	1.104
Oneri relativi ai sinistri (-)	21.723	25.361	34.557	43.942	58.913	74.376	65.687
Spese di gestione (-)	3.470	3.824	3.978	4.383	4.979	4.744	4.117
Altri oneri tecnici (-)	328	782	385	358	352	631	944
Risultato	1.166	1.728	2.068	2.490	1.995	1.672	-2.924
Conto non tecnico							
Altri proventi rami danni	401	518	810	894	777	911	-406
Altri proventi rami vita	726	868	1.127	1.179	1.238	980	438
Saldo altri proventi altri oneri	-872	-951	-1.016	-862	-1.062	-957	-1.609
Risultato attività ordinaria	2.684	4.590	5.940	7.003	5.757	5.431	-4.126
Risultato attività straordinaria	2.262	1.132	1.027	691	941	1.476	750
Imposte (-)	1.436	1.929	1.731	1.837	1.537	1.558	-1.407
Risultato dell'esercizio	3.510	3.793	5.236	5.857	5.161	5.349	-1.969
Return on Equity	10,6%	10,6%	13,6%	13,8%	11,4%	12,3%	-4,7%

(*) Voci tecniche al netto di cessioni e retrocessioni

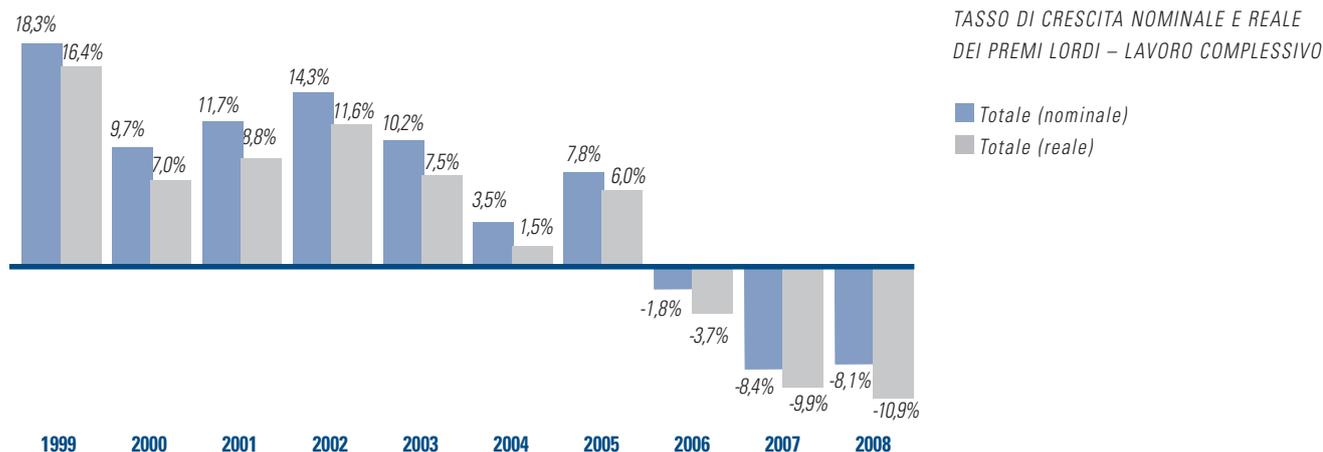
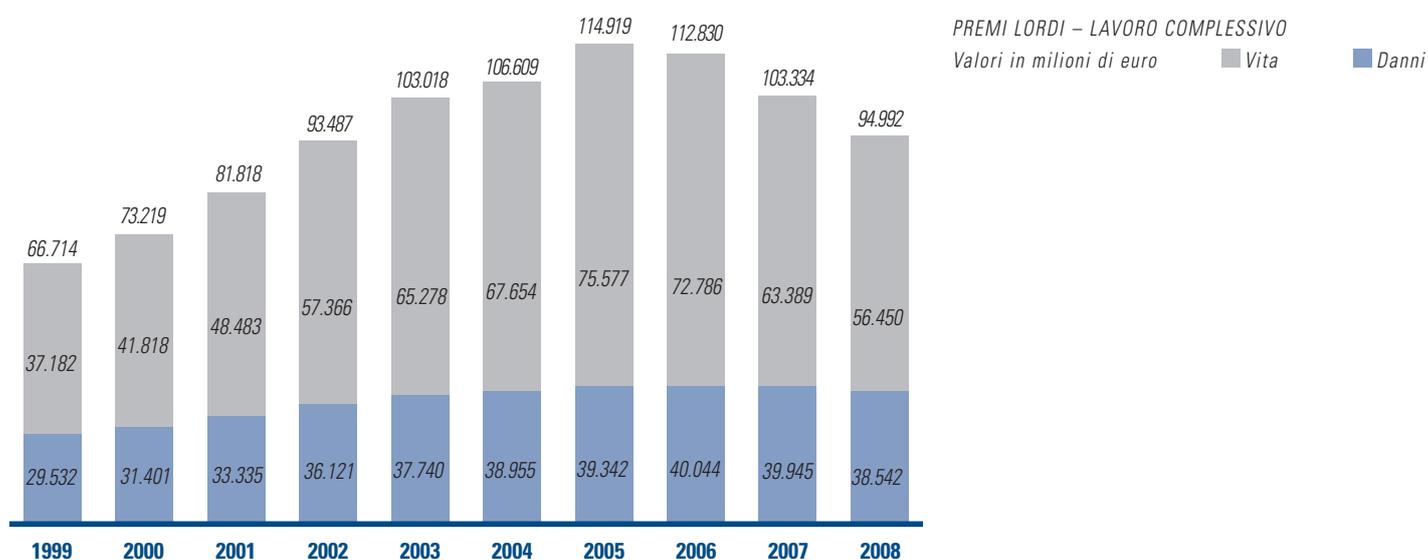


L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

IL CONTO TECNICO

I premi

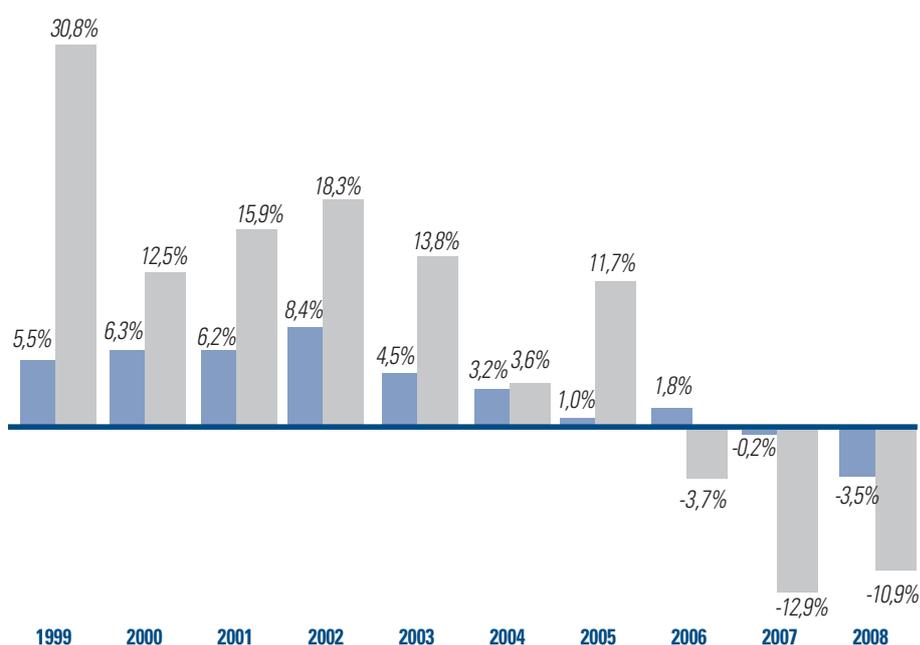
I **premi complessivi del lavoro italiano ed estero**, diretto e indiretto, al lordo della riassicurazione e raccolti dalle imprese aventi la sede legale in Italia e dalle rappresentanze di imprese estere non comunitarie, sono stati nel 2008 pari a 94.992 milioni di euro. In particolare, 38.542 milioni di euro sono stati raccolti nei rami danni e 56.450 milioni nei rami vita.



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

TASSO DI CRESCITA NOMINALE DEI PREMI LORDI –
LAVORO COMPLESSIVO

■ Danni ■ Vita



Dopo la diminuzione registrata nel 2007 (-8,4%), i premi complessivi hanno registrato un'ulteriore contrazione di entità simile anche nel 2008 (-8,1%). Tale risultato è stato influenzato soprattutto dal settore vita i cui premi sono diminuiti del 10,9% (erano diminuiti del 12,9% nel 2007).

I premi nei rami danni sono diminuiti del 3,5% rispetto al 2007. Come risultato di questi andamenti, la quota dei premi vita sul totale è diminuita rispetto all'anno precedente (dal 61,3% al 59,4%).

È lievemente diminuita la percentuale dei **premi ceduti in riassicurazione** (dal 6,4% nel 2007 al 6,1% nel 2008). L'ammontare complessivo di questi premi è stato pari a 5.836 milioni di euro, di cui 4.215 nei rami danni e 1.621 nei rami vita.

I **premi complessivi, al netto della quota dei premi ceduti**, hanno raggiunto 89.156 milioni di euro (con una diminuzione del 7,9% rispetto all'anno precedente): 34.327 milioni di euro nei rami danni e 54.829 milioni nei rami vita.

Le prestazioni

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

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



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

L'importo di tali prestazioni è stato complessivamente pari a 73.219 milioni di euro (-22,0% rispetto al 2007): 28.624 milioni nei rami danni (+2,3%) e 44.595 milioni nei rami vita (-32,4%).

La **quota a carico della riassicurazione** risulta pari a 4.386 milioni di euro (-0,5%), di cui 2.969 milioni relativi ai rami danni e 1.417 milioni relativi ai rami vita.

L'**ammontare netto delle prestazioni** è stato pertanto di 68.833 milioni di euro (-23,1%): 25.655 milioni nei rami danni e 43.178 milioni nei rami vita.

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 12.579 milioni di euro (-6,1% rispetto al 2007). In presenza di una più forte riduzione dei premi contabilizzati per il settore vita e conseguentemente a un cambiamento nel mix tra il business vita e quello danni, l'incidenza delle spese di gestione complessive sui premi contabilizzati è aumentata passando dal 13,8% nel 2007 al 14,1% nel 2008.

In particolare, le spese di gestione dei rami danni sono state pari a 8.462 milioni di euro, con un'incidenza sui premi del 24,7% (24,6% nel 2007); quelle dei rami vita sono state pari a 4.117 milioni di euro, con un'incidenza sui premi del 7,5% (7,7% nel 2007).

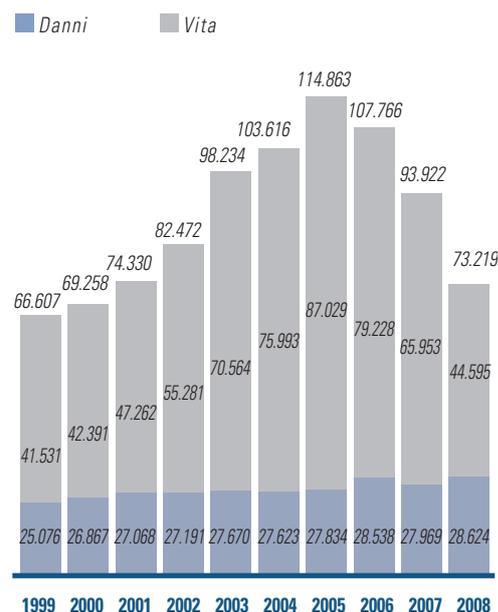
Il risultato del conto tecnico

Il **risultato del conto tecnico** – al netto della riassicurazione – è stato negativo per 2,5 miliardi di euro, con un'incidenza del -2,9% sui premi diretti e indiretti (era positivo e pari al 4,6% dei premi nel 2007). Nei rami danni il risultato è stato positivo per 375 milioni di euro (2.825 milioni nel 2007); l'incidenza di tale risultato sui premi è pertanto fortemente diminuita passando dall'8,0% nel 2007 all'1,1% nel 2008.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Danni e Vita	-0,1	1,8	2,7	2,8	4,3	5,0	5,3	4,5	4,6	-2,9
Danni	-3,5	-1,1	2,2	4,1	7,4	8,6	9,5	7,9	8,0	1,1
Vita	2,3	3,7	3,1	2,1	2,7	3,1	3,4	2,8	2,7	-5,3

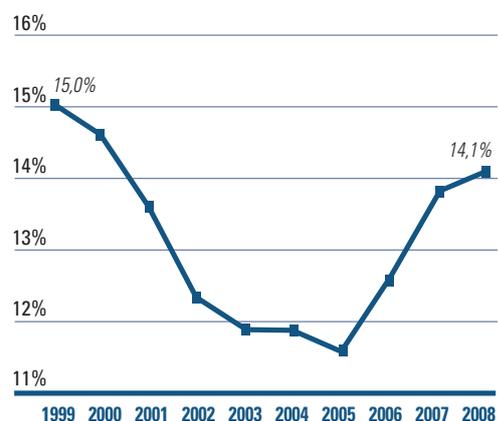
Nei rami vita il risultato del conto tecnico è stato negativo per 2,9 miliardi di euro (era positivo e pari a 1,7 miliardi di euro nel 2007); l'incidenza di tale risultato sui premi è passata dal 2,7% nel 2007 al -5,3% nel 2008.

PRESTAZIONI LORDE DEL LAVORO COMPLESSIVO
Valori in milioni di euro



SPESE DI GESTIONE

Incidenza % sui premi



RISULTATO DEL CONTO TECNICO

Incidenza % sui premi netti contabilizzati

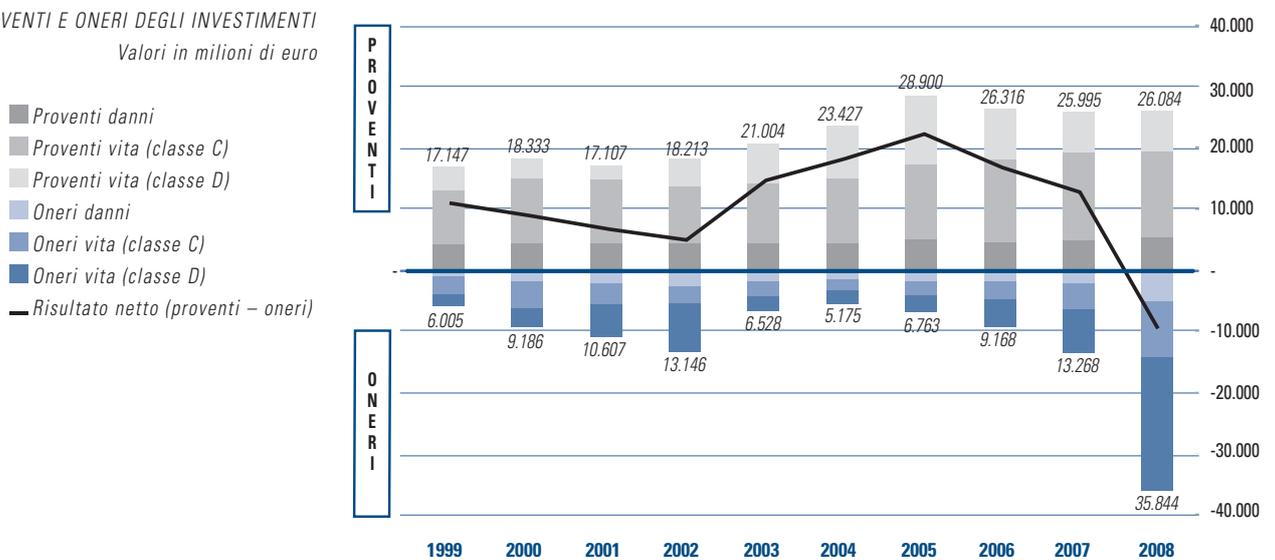


L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

IL RISULTATO DEGLI INVESTIMENTI

Nel 2008 il settore assicurativo non è rimasto immune dagli effetti della crisi finanziaria internazionale. In particolare, si è ridotto il valore dei portafogli azionari; il brusco calo dei tassi di interesse ha inciso negativamente sui proventi derivanti dai titoli a reddito fisso e l'aumento del rischio di default, che ha coinvolto anche emittenti primari, ha comportato un calo del valore dei corporate bond detenuti nei portafogli delle imprese. Tutti questi fattori spiegano perché, per la prima volta, il risultato complessivo degli investimenti al netto degli oneri è stato negativo per circa 9 miliardi di euro (era positivo e pari a oltre 14 miliardi nel 2007): i proventi netti straordinari si sono dimezzati, rimanendo comunque positivi e pari a 750 milioni di euro.

PROVENTI E ONERI DEGLI INVESTIMENTI
Valori in milioni di euro



Nel 2008 i **proventi da investimento**, pari a 26.084 milioni di euro, sono rimasti sostanzialmente stabili rispetto al 2007. In particolare:

- i proventi da investimento del danni pari a 5.468 milioni di euro sono aumentati del 7,5% rispetto al 2007;
- i proventi da investimento del vita (classe C) pari a 14.164 milioni di euro sono diminuiti del 2,5% rispetto al 2007;
- i proventi da investimento del vita (classe D) pari a 6.451 milioni di euro sono aumentati dell'1,0% rispetto al 2007.

Più in dettaglio, come evidenziato nella tavola, i **proventi lordi ordinari, vita e danni**, pari a 26.084 milioni di euro (25.995 nel 2007) sono così ripartiti:

- *azioni e quote*, per un importo di 3.472 milioni di euro (-3,5% rispetto al 2007), rappresentano il 13,3% del totale;
- *proventi da investimento a beneficio degli assicurati e proventi derivanti dalla gestione dei fondi pensione*, per un importo pari a 6.451 milioni di euro (+1,0% rispetto al 2007), rappresentano il 24,7% del totale;



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Azioni o quote	6,1	7,1	11,9	13,7	12,0	9,5	10,8	11,1	13,8	13,3
Terreni e fabbricati	4,1	3,8	4,1	2,6	1,5	1,1	0,8	0,9	0,9	0,9
Titoli, obbligazioni e altri investimenti	43,5	44,9	49,7	46,8	41,9	42,7	37,5	44,6	47,2	47,9
Plusvalenze	22,2	25,8	17,5	12,9	12,9	11,7	11,1	12,3	13,5	13,1
Inv. a beneficio assic. e fondi pensione	24,1	18,4	16,8	24,0	31,7	35,0	39,8	31,1	24,6	24,7
Totale	100,0									

DISTRIBUZIONE % DEI PROVENTI LORDI
ORDINARI VITA E DANNI

- *terreni e fabbricati*, per un importo di 237 milioni di euro (+0,1% rispetto al 2007), rappresentano lo 0,9% del totale;
- *rettifiche di valore e realizzi di investimenti*, per un importo di 3.429 milioni di euro (-2,5% rispetto al 2007), rappresentano il 13,1% del totale;
- *titoli, obbligazioni e altri investimenti*, per un importo di 12.496 milioni di euro (+1,9% rispetto al 2007), rappresentano il 47,9% del totale.

Gli **oneri da investimento** sono, invece, saliti da 13.268 milioni di euro nel 2007 a 35.844 milioni nel 2008, con un aumento del 170%. In particolare:

- gli oneri da investimento del danni, pari a 5.049 milioni di euro, sono aumentati del 147%. Il risultato degli investimenti al netto di tali oneri è rimasto positivo per 420 milioni di euro (3.043 milioni di euro nel 2007);
- gli oneri da investimento del vita (classe C), pari a 9.380 milioni di euro, sono aumentati del 109%. Il risultato degli investimenti al netto di tali oneri è stato positivo e pari a 4.785 milioni di euro (10.031 milioni di euro nel 2007);
- gli oneri da investimento del vita (classe D) pari a 21.416 milioni di euro sono aumentati del 218%; ne consegue un risultato degli investimenti al netto degli oneri negativo e pari a 14.965 milioni di euro (era negativo per soli 346 milioni di euro nel 2007).

Nel complesso il risultato netto degli investimenti per l'intero settore assicurativo è stato negativo e pari a 9.760 milioni di euro (era positivo e pari a 12.727 milioni di euro nel 2007).

I **proventi straordinari**, al lordo degli oneri, sono stati pari a 1.376 milioni di euro (2.300 nel 2007) e i relativi oneri pari a 627 milioni di euro (823 nel 2007).

IL RISULTATO DELL'ESERCIZIO

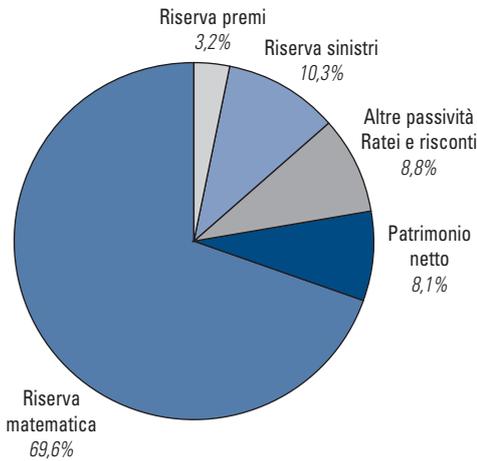
Il **risultato dell'attività ordinaria**, danni e vita, è stato pari a -4.126 milioni di euro (era positivo per 5.431 milioni di euro nel 2007) mentre quello dell'**attività straordinaria** (che si aggiunge a quella ordinaria) è stato positivo e pari a 750 milioni di euro, ossia circa la metà rispetto al 2007. Complessivamente, quindi, il **risultato prima delle imposte** è stato pari a -3.376 milioni di euro.

Se si considera l'effetto (positivo) della **tassazione** pari a -1.407 milioni di euro, il **risultato complessivo** del settore evidenzia una perdita pari a -1.969



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

milioni di euro. In particolare, l'andamento della tassazione è stato determinato dall'iscrizione di imposte differite attive per oltre 1.600 milioni di euro, riferibili principalmente alla contabilizzazione del risparmio di imposta che deriva dalle perdite fiscali riportabili a scomputo dei redditi fiscali degli esercizi successivi, ma non oltre il quinto esercizio.



505.281 milioni di euro

COMPOSIZIONE % PASSIVITÀ - 2008

LA SITUAZIONE PATRIMONIALE

Il passivo

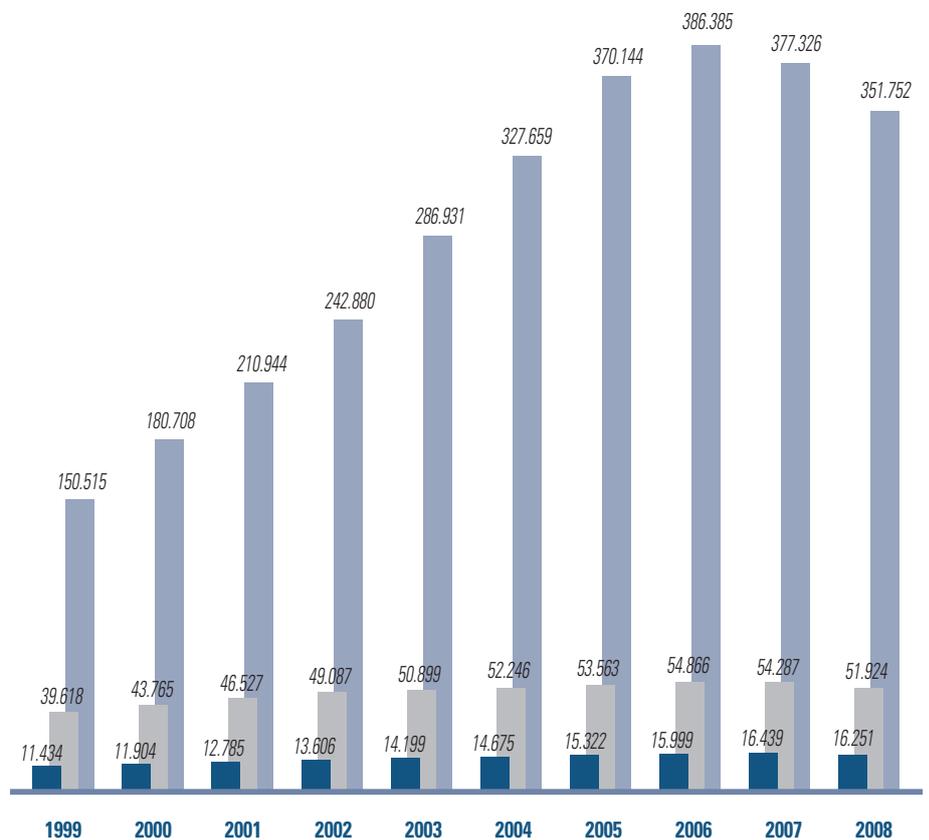
Il totale delle voci del passivo dello stato patrimoniale, pari a 505.281 milioni di euro, è diminuito del 5,9% rispetto al 2007.

In particolare:

- il *patrimonio netto*, pari a 40.934 milioni di euro, è diminuito dell'11,1% rispetto al 2007 ed è pari all'8,1% del totale del passivo; per le diverse componenti, si registra un'invarianza rispetto al 2007 del capitale sociale (per un importo di 11.476 milioni di euro), mentre le riserve patrimoniali, pari a 31.427 milioni di euro, sono aumentate del 7,0% rispetto al 2007. La diminuzione del patrimonio netto registrata nel 2008 è stata influenzata dal mancato apporto dell'utile che nel 2007 era stato pari a oltre 5 miliardi di

RISERVE TECNICHE COMPLESSIVE
Valori in milioni di euro

■ Premi ■ Sinistri ■ Matematiche



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2006

euro, mentre nel 2008 la perdita di quasi 2 miliardi di euro ha determinato un deterioramento del patrimonio complessivo;

- le *riserve tecniche*, che rappresentano gli impegni assunti nei confronti degli assicurati, sono state pari a 419.928 milioni di euro e hanno registrato una diminuzione del 6,3% rispetto al 2007; esse rappresentano l'83,1% del totale del passivo. Le riserve vita, che hanno un peso del 69,6% sul totale, sono diminuite del 6,8%, mentre le riserve danni (sinistri e premi) sono diminuite del 3,6%;
- le *altre passività*, pari a 43.752 milioni di euro (8,7% del totale), sono aumentate del 3,0% rispetto all'anno precedente. Tra le componenti, sono aumentate del 13,8% le passività subordinate (da 6.085 a 6.924 milioni di euro) e del 4,3% i debiti e altre passività (da 21.139 a 22.043 milioni di euro). I fondi per rischi e oneri (2.125 milioni di euro) sono diminuiti dello 0,4%, mentre i depositi ricevuti da riassicuratori del 3,4%, passando da 13.109 a 12.660 milioni di euro;
- i *ratei e risconti* sono stati pari a 667 milioni di euro (0,1% del totale).

L'attivo

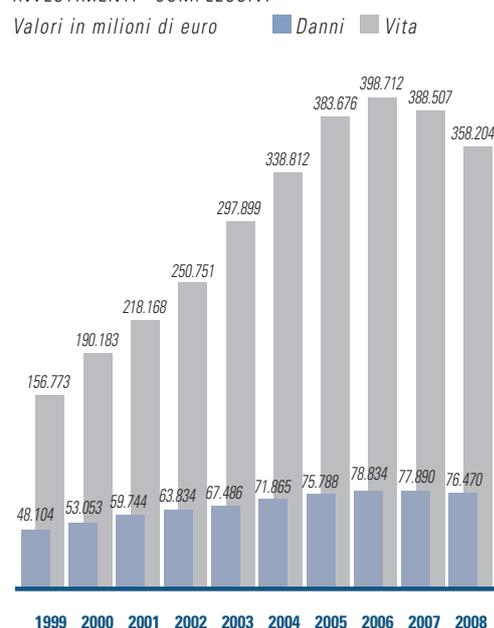
A fronte delle passività sono iscritti investimenti, riserve tecniche a carico dei riassicuratori, crediti, altri elementi dell'attivo, ratei e risconti per un importo complessivo di 505.281 milioni di euro, che pareggia il totale del passivo.

In particolare:

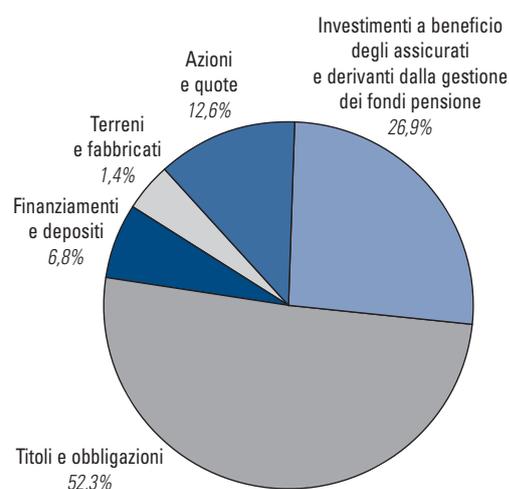
- gli *investimenti*, pari a 434.674 milioni di euro, rappresentano l'86,0% del totale attivo. Gli investimenti dei rami danni sono stati pari a 76.470 milioni di euro (-1,8% rispetto al 2007) e quelli dei rami vita pari a 358.204 milioni di euro (-7,8% rispetto al 2007). Per questa parte degli attivi, si registra solo un aumento del 7,8% per i terreni e fabbricati con un importo di 6.259 milioni di euro. L'ammontare di tutte le altre forme di investimento è in diminuzione; in particolare si riducono:
 - del 2,3% le azioni e quote che ammontano a 54.983 milioni di euro;
 - del 9,0% i finanziamenti e depositi con 29.587 milioni di euro;
 - del 5,1% le obbligazioni e altri titoli a reddito fisso che ammontano a 226.866 milioni di euro;
 - del 14,8% gli investimenti a beneficio degli assicurati pari a 116.979 milioni di euro.
- le *riserve tecniche a carico dei riassicuratori*, pari a 19.408 milioni di euro, sono diminuite del 6,0% e rappresentano il 3,8% del totale attivo;
- i *crediti*, pari a 25.659 milioni di euro, sono aumentati del 9,7% e rappresentano il 5,1% del totale. Si tratta di crediti derivanti da assicurazioni dirette (12.096 milioni di euro), crediti derivanti dalla riassicurazione (1.830 milioni di euro) e altri crediti (11.733 milioni di euro);

INVESTIMENTI* COMPLESSIVI

Valori in milioni di euro



(*) Sono esclusi i riassicuratori professionali



434.674 milioni di euro

COMPOSIZIONE % INVESTIMENTI - 2008



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

STATO PATRIMONIALE
Valori in milioni di euro

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PASSIVO	378.192	429.890	475.716	526.899	547.569	537.180	505.281
PATRIMONIO NETTO	37.401	41.342	44.780	51.301	50.297	46.042	40.934
<i>Capitale sociale</i>	9.961	10.529	10.991	12.982	13.402	11.399	11.476
<i>Riserve patrimoniali</i>	23.930	27.033	28.621	32.463	31.837	29.370	31.427
<i>Utile dell'esercizio</i>	3.510	3.780	5.169	5.857	5.058	5.273	-1.969
RISERVE TECNICHE	305.573	352.029	394.581	439.029	457.250	448.052	419.928
<i>Rami danni</i>	62.693	65.098	66.921	68.885	70.865	70.726	68.176
<i>Rami vita</i>	242.880	286.931	327.659	370.144	386.385	377.326	351.752
ALTRE PASSIVITÀ	34.920	36.203	35.989	36.141	39.352	42.465	43.752
<i>Passività subordinate</i>	1.990	2.666	2.862	3.295	4.725	6.085	6.924
<i>Fondi per rischi e oneri</i>	2.045	2.189	2.105	2.219	2.206	2.133	2.125
<i>Depositi ricevuti dai riassicuratori</i>	13.011	13.231	12.876	12.994	12.999	13.109	12.660
<i>Debiti ed altre passività</i>	17.874	18.117	18.146	17.632	19.423	21.139	22.043
RATEI E RISCONTI	298	316	366	428	670	621	667
ATTIVO	378.192	429.890	475.716	526.899	547.569	537.180	505.281
CREDITO VERSO SOCI	84	45	15	3	25	30	9
ATTIVI IMMATERIALI	2.792	3.707	4.262	3.947	3.839	3.441	3.021
INVESTIMENTI:	320.069	370.814	416.322	465.109	483.143	470.989	434.674
<i>Terreni e fabbricati</i>	5.484	4.534	4.842	5.805	5.933	5.808	6.259
<i>Azioni e quote</i>	40.145	43.763	48.793	54.096	55.532	56.249	54.983
<i>Obbligazioni e altri titoli a reddito fisso</i>	161.343	186.564	208.051	235.036	252.727	239.081	226.866
<i>Finanziamenti e depositi</i>	28.342	28.837	30.460	33.603	29.100	32.529	29.587
<i>Investimenti a beneficio degli assicurati e derivanti dalla gestione dei fondi pensione</i>	84.755	107.116	124.176	136.569	139.852	137.322	116.979
RISERVE TECNICHE A CARICO DEI RIASSICURATORI	22.003	21.789	20.753	21.072	20.770	20.658	19.408
CREDITI	19.915	20.333	21.020	21.529	22.381	23.400	25.659
ALTRI ELEMENTI DELL'ATTIVO	10.585	10.198	10.149	11.652	13.168	14.342	18.099
RATEI E RISCONTI	2.744	3.004	3.194	3.587	4.242	4.321	4.411

- i *crediti verso soci* (9 milioni di euro), gli *attivi immateriali* (3.021 milioni di euro di provvigioni e altre spese) e gli *altri elementi dell'attivo* (18.099 milioni di euro) hanno raggiunto un totale di 21.129 milioni di euro (4,2% del totale), con un aumento del 18,6%;
- i *ratei e risconti*, pari a 4.411 milioni di euro (0,9% del totale), sono aumentati del 2,1%.



IL VALORE CORRENTE DEL PORTAFOGLIO TITOLI

Al fine di disporre di informazioni di dettaglio sul valore corrente degli investimenti e valutare gli effetti di eventuali plusvalenze e minusvalenze latenti sul portafoglio complessivo, l'ANIA ha richiesto alle imprese di fornire i dati sul monitoraggio degli investimenti alla data del 31 dicembre 2008, sulla base di una metodologia coerente con quella della lettera circolare dell'ISVAP del 20 febbraio 2008.

Il monitoraggio riguarda i soli investimenti di classe C (ossia non sono considerati gli investimenti di classe D, relativi alle polizze linked e ai fondi pensione). Vengono esclusi dal monitoraggio forme di investimento meno rilevanti come i finanziamenti, i depositi presso enti creditizi e i depositi presso imprese cedenti. A fronte di 317,7 miliardi di euro di investimenti di classe C desumibili dai bilanci del 2008, quelli monitorati sono pari a circa 303,5 miliardi (oltre il 95%).

Il monitoraggio in questione ha il vantaggio di mettere a disposizione – per ciascuna classe di investimento – informazioni aggiuntive rispetto a quelle rilevate in bilancio; in particolare si possono analizzare:

- (1) *il valore di carico*, ossia il valore risultante in contabilità prima delle valutazioni di bilancio
- (2) *le plusvalenze latenti*
- (3) *le minusvalenze latenti*
- (4) $= (1)+(2)-(3)$ *il valore corrente*

Per il valore corrente ottenuto come sopra descritto si registra, al 31 dicembre 2008, un ammontare di 305,3 miliardi di euro, a fronte di un valore di carico prima delle valutazioni di bilancio di 312,2 miliardi. Nel complesso, quindi, il saldo netto delle plusvalenze e minusvalenze latenti è stato negativo per 6,9 miliardi.

Il valore di bilancio del portafoglio titoli al 31 dicembre 2008 è pari a 303,5 miliardi; la differenza rispetto al valore corrente dipende dal fatto che il valore di bilancio 2008 non incorpora, ovviamente, le plusvalenze e le minusvalenze sul portafoglio durevole.

Inoltre, il valore di bilancio non incorpora le plusvalenze latenti sul portafoglio non durevole e, per le imprese che hanno utilizzato la facoltà prevista dal decreto anticrisi d.l. 185/2008, le minusvalenze latenti sul portafoglio titoli non durevole.

Dei 305,3 miliardi di investimenti (a valore corrente), 226,1 miliardi (ossia il 74,1%) sono relativi alla gestione vita mentre 79,2 miliardi (ossia il 25,9%) sono relativi alla gestione danni (tavola 1).



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

TAVOLA 1
VALORE CORRENTE DEGLI INVESTIMENTI
PER TIPOLOGIA DI GESTIONE
Valori in milioni di euro

Tipologia di gestione	Valore corrente investimenti - anno 2008		
	Durevoli	Non durevoli	Totale
Danni	42.833	36.382	79.215
Vita	118.600	107.517	226.117
Totale	161.433	143.899	305.332

È interessante osservare come la quota di investimenti non durevoli sia di poco inferiore alla metà del totale sia per la gestione vita sia per quella danni.

GESTIONE VITA

All'interno della gestione vita, la distribuzione degli investimenti per tipologia è molto simile sia per quelli durevoli sia per quelli non durevoli (tavola 2):

- la tipologia prevalente è data dalle obbligazioni e da altri titoli a reddito fisso dove si concentra quasi il 90% degli investimenti non durevoli (per 93,9 miliardi di euro) e quasi l'80% di quelli durevoli (per 90,8 miliardi);
- un'ulteriore importante quota di investimenti durevoli (pari a circa il 16% del totale) si registra nelle azioni e quote di imprese del gruppo e di altre imprese partecipate (per 19,3 miliardi di euro);
- l'altra forma rilevante di investimento è rappresentata dalle quote di fondi comuni che in media, per il totale vita, incidono per il 5% e ammontano a 11,3 miliardi di euro.

TAVOLA 2
VALORE CORRENTE DEGLI INVESTIMENTI
PER TIPOLOGIA DI INVESTIMENTO
Valori in milioni di euro

Tipologia di investimento	Valore corrente investimenti vita - anno 2008			Distribuzione %		
	Durevoli	Non durevoli	Totale	Durevoli	Non durevoli	Totale
Terreni e fabbricati	1.284	1	1.285	1	0	1
Azioni e quote di imprese del gruppo e altre imprese partecipate	19.309	128	19.437	16	0	9
Obbl. emesse da imprese del gruppo e altre imprese partecipate	774	1.014	1.787	1	1	1
Azioni e quote di imprese	1.972	4.791	6.762	2	4	3
Quote di fondi comuni di investimento	4.413	6.911	11.323	4	6	5
Obbligazioni e altri titoli a reddito fisso	90.847	93.868	184.715	77	87	82
Quote in investimenti comuni	0	1	1	0	0	0
Investimenti finanziari diversi	2	805	807	0	1	0
Totale	118.600	107.517	226.117	100	100	100



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

Dato il notevole peso delle obbligazioni e dal momento che si dispone per questo tipo di investimenti di maggiori dettagli riguardo alla sua composizione, è possibile fare un'analisi più approfondita:

- nel caso di investimenti durevoli, il 73% delle obbligazioni sono titoli di Stato quotati (per 66,6 miliardi di euro) e la parte restante è costituita da altri titoli quotati (21,4 miliardi) (figura 1);
- nel caso di investimenti non durevoli, i titoli di Stato quotati pur essendo prevalenti (55% del totale, per 51,5 miliardi di euro) pesano di meno rispetto agli investimenti durevoli, mentre cresce la quota di altri titoli quotati (43% per 40,2 miliardi) (figura 2).

Considerato il periodo particolarmente critico dal punto di vista delle performance finanziarie in quasi tutti i comparti di investimento, come era nelle aspettative il saldo fra plusvalenze e minusvalenze latenti nel settore vita è stato negativo sia per gli investimenti durevoli (-1,1 miliardi di euro) sia, soprattutto, per quelli non durevoli (-6,8 miliardi). Nel complesso l'incidenza del saldo sul valore di carico degli investimenti per il totale vita è stata negativa e pari al 3% (figura 3).

È il comparto delle azioni e quote di imprese ad avere l'incidenza del saldo tra plusvalenze e minusvalenze latenti sul valore di carico degli investimenti maggiormente negativa nel 2008 (pari a circa -40%). Tuttavia, dato il peso preponderante delle obbligazioni e degli altri titoli a reddito fisso sul complesso del portafoglio, è il saldo negativo (con un'incidenza del -2%) di tale comparto a contribuire in misura determinata alla perdita di valore del portafoglio vita.

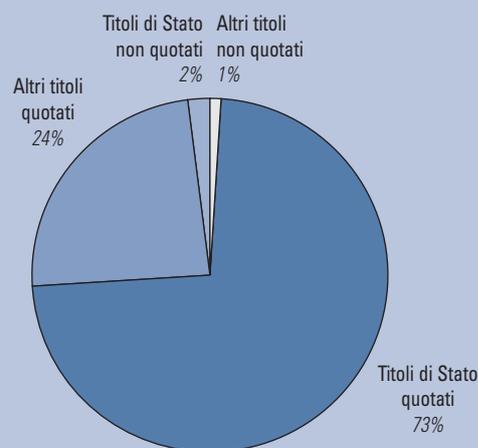


FIGURA 1 – INVEST. DUREVOLI: DISTRIB. % DELLE OBBLIGAZ. E ALTRI TITOLI A REDDITO FISSO – 2008

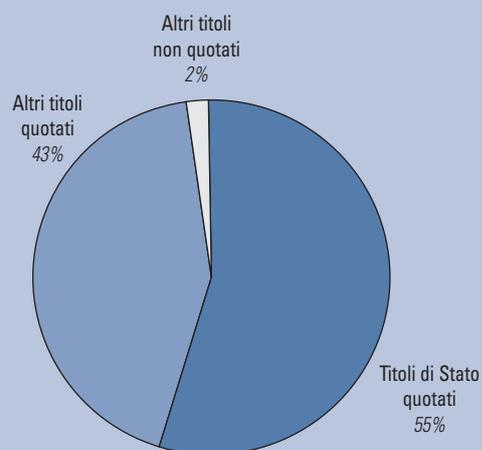


FIGURA 2 – INVEST. NON DUREVOLI: DISTRIB. % DELLE OBBLIGAZ. E ALTRI TITOLI A REDDITO FISSO – 2008

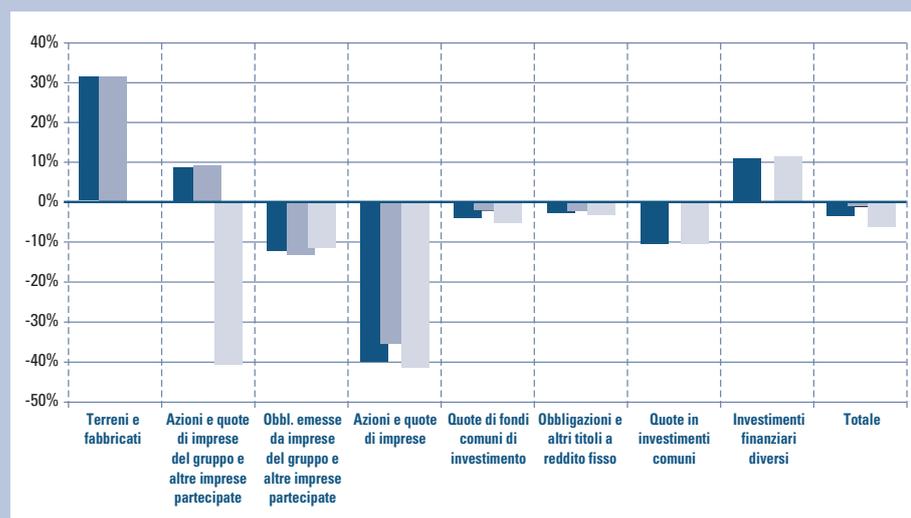


FIGURA 3 – INCIDENZA % DEL SALDO (PLUSVALENZE-MINUSVALENZE) SUL VALORE DI CARICO DEGLI INVESTIMENTI – GESTIONE VITA ANNO 2008



GESTIONE DANNI

Per la gestione danni, la scelta della tipologia di investimento differisce sensibilmente a seconda che si tratti di un investimento durevole o di uno non durevole (tavola 3):

- nel caso di investimenti durevoli, la scelta preponderante di investimento si registra nelle azioni e quote di imprese del gruppo e altre imprese partecipate che, per un totale di 27,1 miliardi di euro, incidono per il 63%. Seguono le obbligazioni e altri titoli a reddito fisso (6,8 miliardi e quota del 16%), i terreni e fabbricati (6,1 miliardi e incidenza del 14%) e infine le azioni e quote di imprese (2,3 miliardi con un'incidenza del 5%);
- nel caso di investimenti non durevoli, quasi il 90% del totale è composto da obbligazioni e altri titoli a reddito fisso (per un importo pari a 28,8 miliardi di euro); seguono le quote di fondi comuni di investimento (3,0 miliardi e un'incidenza del 6%) e, infine, le azioni e quote di imprese per un importo di 2,6 miliardi e un peso del 4%.

TAVOLA 3
VALORE CORRENTE DEGLI INVESTIMENTI
PER TIPOLOGIA DI INVESTIMENTO
Valori in milioni di euro

Tipologia di investimento	Valore corrente investimenti danni - anno 2008			Distribuzione %		
	Durevoli	Non durevoli	Totale	Durevoli	Non durevoli	Totale
Terreni e fabbricati	6.131	289	6.420	14	0	1
Azioni e quote di imprese del gruppo e altre imprese partecipate	27.122	592	27.714	63	0	9
Obbl. emesse da imprese del gruppo e altre imprese partecipate	154	457	611	0	1	1
Azioni e quote di imprese	2.288	2.608	4.895	5	4	3
Quote di fondi comuni di investimento	328	2.965	3.293	1	6	5
Obbligazioni e altri titoli a reddito fisso	6.810	28.791	35.602	16	87	82
Quote in investimenti comuni	0	0	0	0	0	0
Investimenti finanziari diversi	0	679	679	0	1	0
Totale	42.833	36.382	79.215	100	100	100

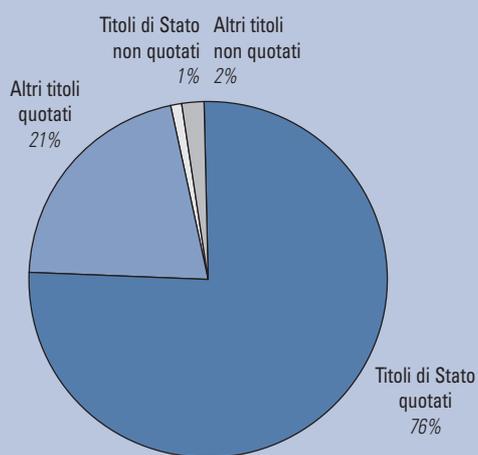


FIGURA 4 – NON DUREVOLI: DISTRIB. % DELLE OBBLIGAZ. E ALTRI TITOLI A REDDITO FISSO – 2008

Anche nei danni, così come nella vita, data la rilevanza delle obbligazioni (per il solo settore non durevole) si può analizzare la composizione sottostante (figura 4):

- oltre tre quarti delle obbligazioni sono rappresentate da titoli di Stato quotati, per un importo di 5,2 miliardi;
- circa il 20% è costituito da altri titoli quotati, per 1,4 miliardi;
- una piccola parte (0,2 miliardi per un peso del 3%) è rappresentata dalla somma di titoli di Stato non quotati e altri titoli non quotati.

Nella gestione danni, dall'analisi del saldo fra plusvalenze e minusvalenze latenti risulta che nel 2008 vi è stato un andamento diverso a seconda della durata degli investimenti; nel caso di investimenti non durevoli il saldo è stato



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

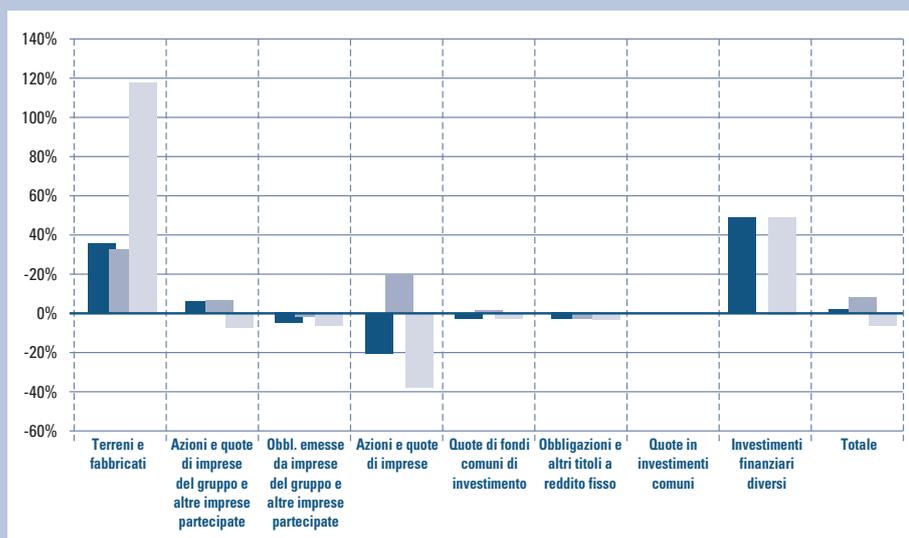


FIGURA 5
INCIDENZA % DEL SALDO
(PLUSVALENZE-MINUSVALENZE) SU VALORE
DI CARICO DEGLI INVESTIMENTI - GESTIONE DANNI
ANNO 2008

■ Totale investimenti
■ Investimenti durevoli
■ Investimenti non durevoli

negativo e pari a 2,2 miliardi; tale andamento è stato però più che compensato da un saldo positivo per gli investimenti durevoli (3,3 miliardi) che ha contribuito a un saldo positivo di 1,1 miliardi per il totale danni.

Per gli investimenti durevoli ha contribuito a tale risultato l'apporto positivo del saldo per i terreni e fabbricati e per le azioni e quote (sia di imprese del gruppo sia di altre imprese).

Nel caso di investimenti non durevoli, considerata anche la rilevanza delle obbligazioni e di altri titoli a reddito fisso, è il saldo negativo registrato in titoli quotati diversi da quelli di Stato ad avere contribuito al saldo negativo per il totale settore.

IL MARGINE DI SOLVIBILITÀ

Le imprese di assicurazione aventi sede legale in Italia, escludendo le imprese di riassicurazione, disponevano a fine 2008 per il complesso delle loro attività, nel settore vita e in quello danni, di un margine di solvibilità pari a 36,8 miliardi di euro, in diminuzione rispetto allo scorso anno.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
VITA							
Margine di solvibilità posseduto	18.418	20.000	20.954	23.999	24.435	22.533	19.753
Margine di solvibilità da possedere	7.986	9.132	10.266	11.544	12.041	11.796	11.583
Rapporto di copertura	2,31	2,19	2,04	2,08	2,03	1,91	1,71
DANNI							
Margine di solvibilità posseduto	14.792	15.615	17.308	20.826	20.382	17.384	17.036
Margine di solvibilità da possedere	5.138	5.356	5.825	6.095	6.263	6.341	6.474
Rapporto di copertura	2,88	2,92	2,97	3,42	3,25	2,74	2,63

MARGINE DI SOLVIBILITÀ 2002-2008
(ESCLUSE LE IMPRESE DI RIASSICURAZIONE)
Valori in milioni di euro

Fonte: ISVAP



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

Per i rami vita, il margine posseduto (19,8 miliardi di euro) era pari a 1,71 volte il minimo richiesto ai sensi di legge (11,6 miliardi di euro), determinato in rapporto alle riserve matematiche e ai capitali sotto rischio; tale rapporto era pari a 1,91 nel 2007.

Nei rami danni il margine posseduto (17,0 miliardi di euro) era pari a 2,63 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). Il rapporto era pari a 2,74 nel 2007 e a 3,42 nel 2005 quando aveva raggiunto il livello massimo del decennio.

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

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

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

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

The diagram shows four boxes at the bottom, each with an arrow pointing upwards to a specific part of the ROE formula above. From left to right: 'GESTIONE ORDINARIA' points to the $\frac{GA}{RTn}$ term; 'LEVA' points to the (L) term; 'GESTIONE STRAORDINARIA' points to the $\frac{GS}{PN}$ term; and 'TASSAZIONE' points to the $(1 - T)$ term.

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

Gestione ordinaria: la redditività della gestione ordinaria si ottiene come somma della redditività della gestione assicurativa (GA/RTn : risultato della gestione assicurativa/riserve tecniche nette) e della redditività finanziaria ordinaria, ossia del tasso di rendimento degli attivi (ROI : proventi da investimento/totale degli



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

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

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

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

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

Settore danni – La tavola 1 riporta per il totale danni i valori delle varie componenti costituenti il ROE a partire dal 1998, anno iniziale in cui si dispone di tutte le informazioni necessarie per effettuare questo tipo di analisi. I risultati presentati sono relativi al solo mercato diretto italiano e sono pertanto escluse le riassicuratrici professionali.

Nel 2008, la crisi finanziaria che ha impattato negativamente su tutti i settori dell'economia mondiale ha coinvolto anche il mondo assicurativo. Il ROE, dopo essere aumentato di circa 15 punti percentuali nel periodo 1998-2007 passan-

DANNI	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Tasso di Rendimento degli attivi (ROI)	5,9%	4,3%	4,5%	3,9%	2,6%	3,3%	3,9%	3,9%	3,4%	3,6%	0,5%
Redditività della gestione assicurativa (GA/RTn)	-8,3%	-6,5%	-5,7%	-2,5%	-1,4%	0,0%	0,2%	0,8%	-0,2%	0,3%	-1,9%
Redditività della gestione straordinaria (GS/PN)	4,7%	5,2%	3,0%	5,2%	12,2%	2,9%	3,0%	2,2%	3,1%	4,3%	1,7%
Leva finanziario-assicurativa (L)	3,0	3,0	3,0	3,2	3,5	3,4	3,2	3,0	2,8	3,2	3,3
Indicatore dell'imposizione fiscale (T)	107,4%	94,1%	68,4%	33,4%	27,8%	38,0%	26,1%	25,9%	25,2%	28,2%	61,1%
ROE	-0,3%	0,2%	1,2%	9,0%	13,8%	10,6%	15,0%	14,7%	11,6%	14,6%	-0,9%

TAVOLA 1
SCOMPOSIZIONE DEL ROE NEI RAMI DANNI

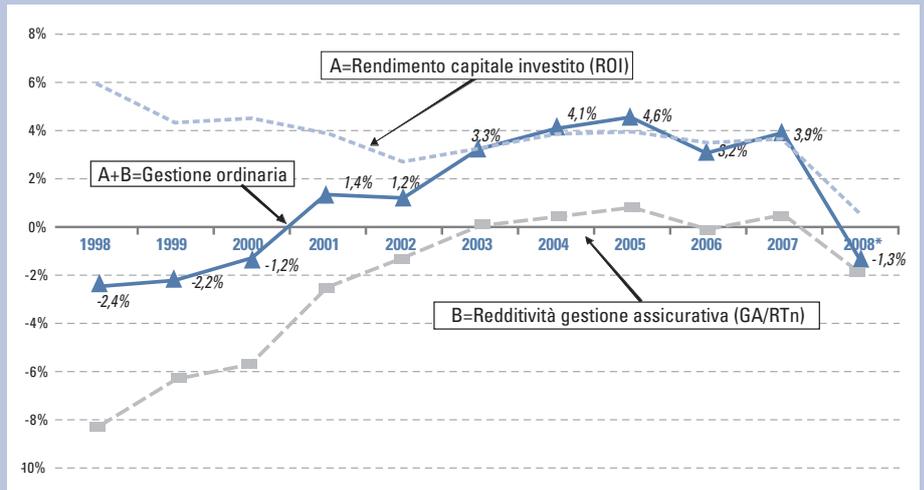
* Stima ANIA



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

FIGURA 1
GESTIONE FINANZIARIA E GESTIONE ASSICURATIVA
SETTORE DANNI

--- A = Rendimento capitale investito (ROI)
—▲— A + B = Gestione ordinaria
---■--- B = Redditività gestione assicurativa (GA/RTn)



* Stima ANIA

do dal -0,3% del 1998 al 14,6% del 2007, si è azzerato nel 2008 a causa di un risultato d'esercizio negativo pari a circa 160 milioni di euro. In particolare, nel 2008 il ROE del settore danni è stato pari al -0,9%.

Nella figura 1 si evidenzia l'andamento della gestione ordinaria come "somma" dell'andamento delle due gestioni: assicurativa e finanziaria ordinaria. È evidente come negli anni 1998-2002, a fronte di una contribuzione negativa della gestione assicurativa, vi era un apporto positivo proveniente dal reddito degli investimenti ordinari che hanno in una certa misura riequilibrato la carenza nei risultati tecnici. Dal 2003 in poi l'elemento che più di altri ha inciso sulla progressiva crescita del ROE è stato il continuo miglioramento della gestione ordinaria del settore (in particolare della gestione assicurativa). Se infatti al miglioramento dell'attività assicurativa, si aggiunge un positivo rendimento degli attivi (ROI) (entrambi i fattori "enfaticizzati" dall'effetto "leva"), si registra per gli anni 2004-2007 un valore del ROE medio di circa il 14%, in linea con quanto registrato in altri principali paesi europei. Nel 2008 la gestione ordinaria del settore è tornata a essere negativa, al pari di quanto già sperimentato alla fine degli anni '90; a differenza di quel periodo in cui avveniva, almeno in parte, una compensazione della redditività negativa della gestione assicurativa attraverso un buon andamento finanziario, nel 2008 al peggioramento del rendimento della gestione assicurativa si è associata una contribuzione negativa del rendimento del capitale investito (ROI) che è diminuito di oltre 3 punti percentuali, arrivando praticamente ad azzerarsi.

La figura 2 analizza gli altri due elementi fondamentali nella valutazione della redditività assicurativa del settore: la leva finanziario-assicurativa e la gestione straordinaria; la leva finanziaria, data dal rapporto tra riserve tecniche nette e patrimonio netto, è oscillata nel periodo in esame tra 3,0 e 3,3, raggiungendo il valore di 3,5 nel 2002; nel 2008 il lieve aumento registrato (da 3,2 a 3,3) ha contribuito ad accentuare il valore negativo della gestione ordinaria.



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

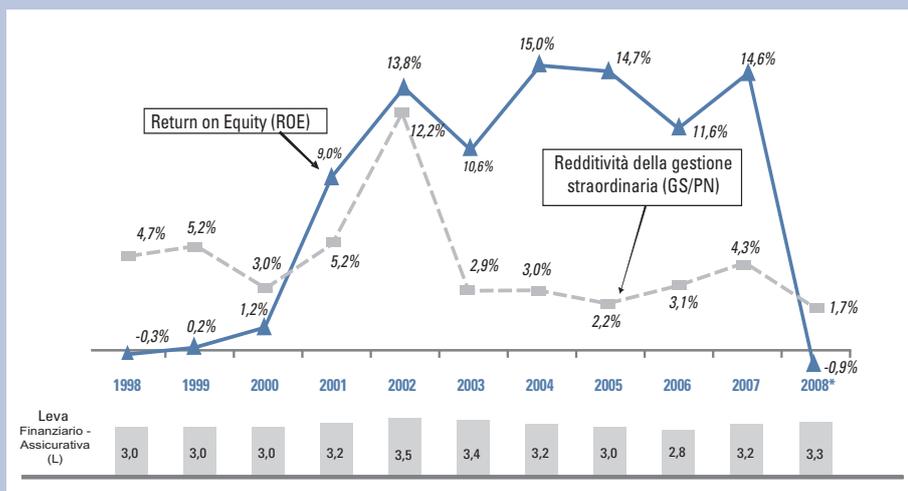


FIGURA 2
GESTIONE STRAORDINARIA, LEVA E ROE
SETTORE DANNI

Return on Equity (ROE)
Redditività gestione straordinaria (GS/PN)

* Stima ANIA

Il risultato della gestione straordinaria in molti anni ha contribuito positivamente a migliorare la redditività del settore; questo è stato particolarmente evidente negli anni dal 2001 al 2007, quando tale fattore rapportato al patrimonio netto ha determinato un ROE quasi sempre superiore al 10%; sono stati anni di buone plusvalenze realizzate anche con gli spin-off immobiliari effettuati dalle più grandi imprese del mercato. Nel 2008, invece, anche la diminuzione della redditività della gestione straordinaria (mai così bassa dal 1998) ha contribuito a determinare un valore negativo del ROE pari allo 0,9%.

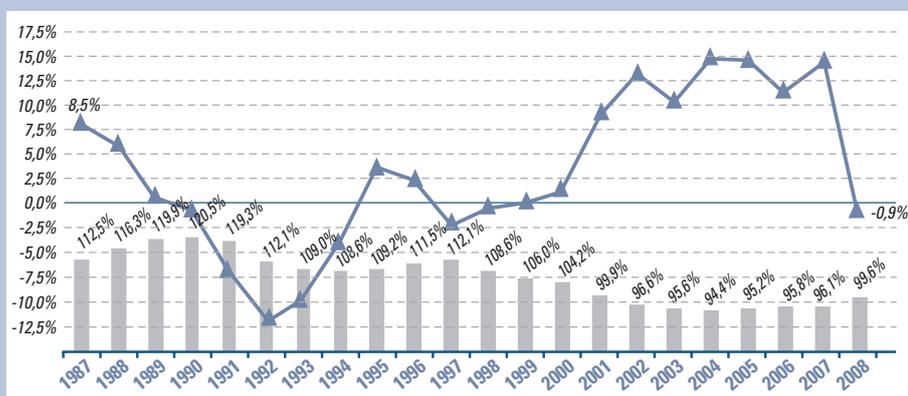


FIGURA 3
ROE SETTORE DANNI E COMBINED RATIO
DI COMPETENZA

ROE Danni
Combined ratio di competenza

Come già evidenziato, nel settore danni la capacità per un'impresa di creare valore è strettamente collegata alla gestione assicurativa e, in misura minore, alla gestione finanziaria. A tal proposito è utile analizzare anche la serie storica del ROE danni confrontandola con la serie storica del combined ratio di competenza (figura 3). 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%.



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

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 per arrivare al 2007 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 2008, il combined ratio di competenza del settore danni è aumentato di 3,5 punti percentuali e, in corrispondenza di questo peggioramento tecnico registrato dal settore, il ROE ha raggiunto un valore negativo e pari allo 0,9%.

Settore vita – Nel decennio osservato, con l'eccezione del 2008, l'andamento del ROE nel settore vita (tavola 2) è stato sempre positivo e meno volatile rispetto a quello analizzato nei rami danni. Nel 2008 su tale settore, dove è prevalente la componente finanziaria rispetto a quella tecnico-assicurativa, sono pesati notevolmente gli andamenti avversi registrati dai mercati finanziari.

TAVOLA 2
SCOMPOSIZIONE DEL ROE NEI RAMI VITA

VITA	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Tasso di Rendimento degli attivi (ROI)	7,5%	6,4%	3,7%	1,7%	1,4%	4,4%	4,8%	5,3%	3,7%	2,5%	-2,7%
Redditività della gestione assicurativa (GA/RTn)	-6,8%	-5,8%	-2,6%	-0,9%	-0,7%	-3,9%	-4,2%	-4,7%	-3,1%	-2,0%	1,9%
Redditività della gestione straordinaria (GS/PN)	2,5%	6,1%	3,3%	2,4%	2,8%	3,2%	2,5%	1,1%	1,3%	2,8%	1,8%
Leva finanziario-assicurativa (L)	7,8	8,7	9,7	10,4	11,6	12,7	13,8	14,6	15,1	15,7	15,1
Indicatore dell'imposizione fiscale (T)	37,7%	34,7%	35,7%	32,6%	30,7%	32,0%	24,0%	21,0%	19,5%	14,4%	39,0%
ROE	9,6%	11,3%	11,6%	8,2%	8,1%	9,6%	11,9%	12,6%	11,3%	10,6%	-7,8%

* Stima ANIA

Dalla figura 4 è possibile analizzare meglio la complementarità fra gestione finanziaria ordinaria e attività assicurativa (da cui scaturisce il risultato della gestione ordinaria): infatti, ai risultati tecnici negativi della gestione assicurativa, si è sempre contrapposto un risultato positivo del reddito degli investimenti che ha consentito alla gestione ordinaria stessa di mantenersi positiva anche se su valori molto contenuti, compresi tra lo 0,5% e l'1,0%. Nell'ultimo anno, invece, l'andamento sfavorevole dei rendimenti del capitale investito ha penalizzato il risultato della gestione ordinaria rendendolo per la prima volta negativo, nonostante la gestione assicurativa sia stata, anch'essa per la prima volta, positiva.



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

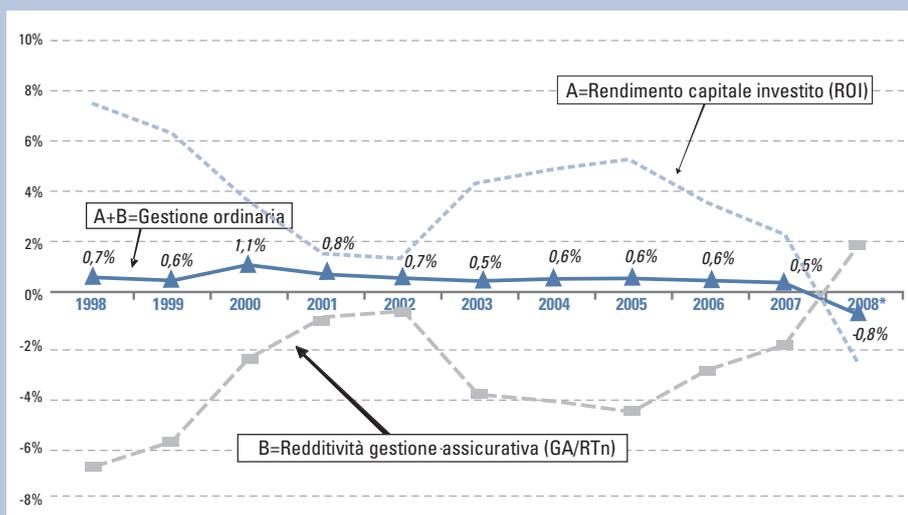
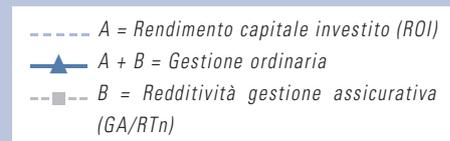


FIGURA 4
GESTIONE FINANZIARIA E GESTIONE ASSICURATIVA
SETTORE VITA



* Stima ANIA

L'effetto moltiplicativo della leva finanziario-assicurativa che è aumentata progressivamente negli anni passando da 7,4 del 1998 a 15,7 del 2007 (figura 5) ha contribuito in modo positivo all'aumento del ROE. Nel 2008 la leva, pur se lievemente diminuita per effetto del calo delle riserve tecniche indotto principalmente dalla diminuzione dei premi contabilizzati dal settore, ha comunque accentuato il risultato negativo della gestione ordinaria.

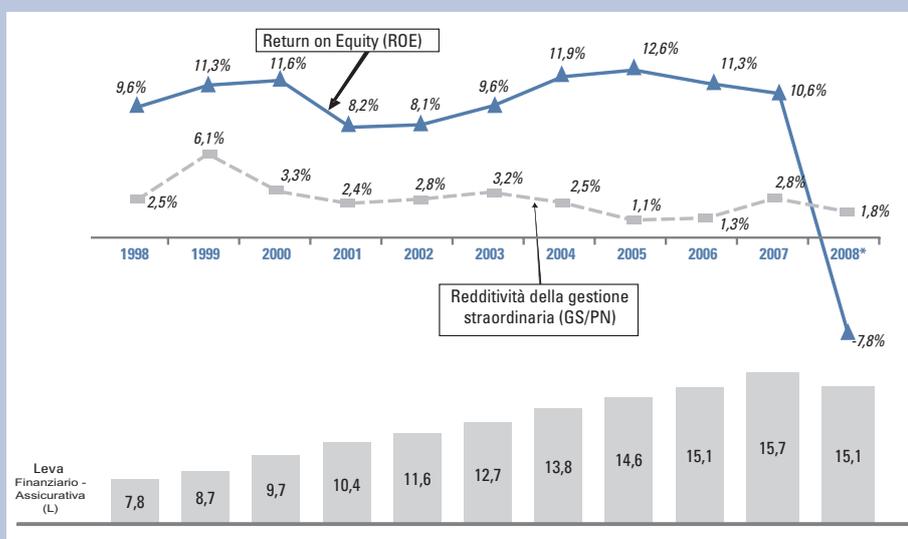
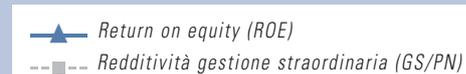


FIGURA 5
GESTIONE STRAORDINARIA, LEVA E ROE
SETTORE VITA



* Stima ANIA

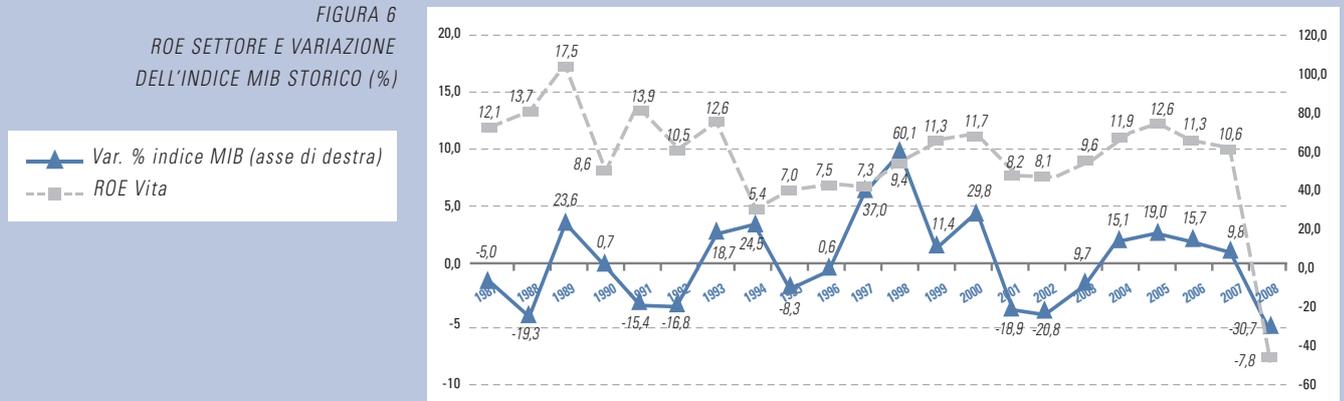
Si mantiene agli stessi livelli del settore danni il rendimento dell'attività straordinaria che, nel vita, è stato nel 2008 pari all'1,8%.



L'assicurazione italiana: i dati significativi 2008

La figura 6, infine, rappresenta un'ulteriore conferma dell'influenza che la componente finanziaria riveste sull'andamento della redditività del settore vita. Dal confronto di due serie storiche (il ROE del settore vita e la variazione percentuale dell'indice MIB) si nota come a partire dalla seconda metà degli anni '90, quando si sono iniziati a diffondere i nuovi prodotti con elevata componente finanziaria (linked), i due indicatori hanno iniziato ad avere andamenti simili, risultando positivamente correlati fra loro. In particolare in quest'ultimo anno di crisi finanziaria i due indicatori sono diventati entrambi negativi raggiungendo rispettivamente il -7,8% (ROE) e il -30,7% (MIB STORICO).

FIGURA 6
ROE SETTORE E VARIAZIONE
DELL'INDICE MIB STORICO (%)



Totale settori (danni e vita) – Analizzando l'intero settore assicurativo e confrontandolo con lo stesso indice calcolato per il settore bancario e con il rendimento dei titoli di Stato, si può notare come negli ultimi dieci anni, il ROE medio delle assicurazioni (pari all'8,9%) è stato lievemente inferiore a quello delle banche (9,3%) e superiore al rendimento medio dei titoli di Stato (4,2%). In particolare, nel 2008 il ROE del settore assicurativo è diventato negativo e pari al -4,7% mentre il ROE del settore bancario, comunque in calo rispetto al 2007, è rimasto superiore al rendimento dei titoli di Stato con un valore pari al 4,8%.

FIGURA 7
CONFRONTO ROE (%)



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

CONFRONTI INTERNAZIONALI

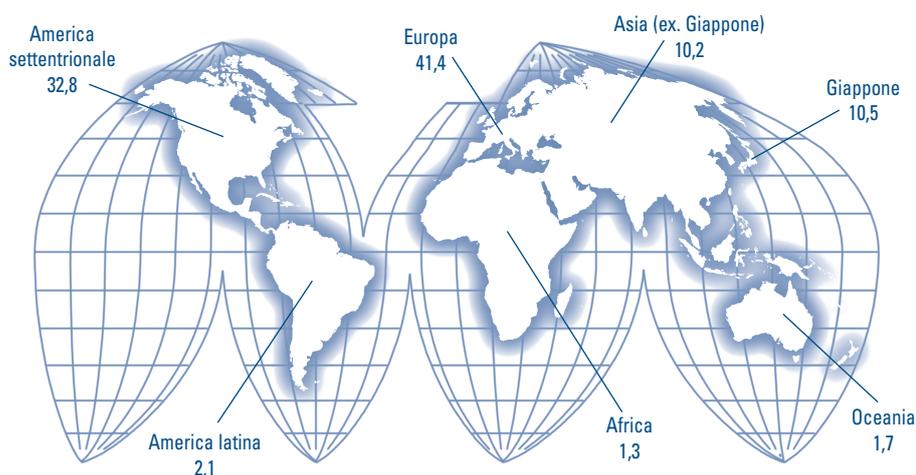
A livello mondiale la raccolta premi nel 2007 è stata pari a 4.061 miliardi di dollari, con un aumento in termini reali del 3,3% rispetto all'anno precedente (nel 2006 l'incremento era stato del 4,0%).

L'assicurazione vita ha registrato una crescita in termini reali del 5,4% (+4,1% nel 2006), a fronte di una raccolta premi pari a 2.393 miliardi di dollari; molto più contenuto è stato invece l'incremento del volume premi relativo alle assicurazioni danni, appena dello 0,7% rispetto all'anno precedente (+3,9% nel 2006), raggiungendo un importo pari a 1.668 miliardi di dollari.

In termini di volume premi, il settore vita ha continuato a registrare anche nel 2007 una dinamica espansiva sia nei paesi industrializzati sia in quelli emergenti, con l'eccezione del Giappone.

Il settore danni rimane invece caratterizzato da trend di crescita diversi tra mercati industrializzati ed emergenti: nei primi la raccolta premi rimane stazionaria se non in diminuzione, mentre nei paesi emergenti vi è una crescita, sia pure a un tasso inferiore a quello registrato negli anni passati.

QUOTE % DEL MERCATO MONDIALE ASSICURAZIONE DIRETTA NEL 2007



Fonte: Swiss Re - SIGMA

IL PESO DELL'ASSICURAZIONE NEI DIVERSI PAESI

Tra il 2006 e il 2008 il rapporto tra il volume dei premi e il PIL – il c.d. indice di penetrazione assicurativa – ha mostrato andamenti diversi tra il settore vita e quello danni. Si precisa tuttavia che i dati per il 2008 forniti dal CEA sono ancora provvisori e, in alcuni casi, sono stati determinati attraverso stime da parte delle associazioni assicurative dei rispettivi paesi.

Relativamente ai rami vita, il rapporto ha registrato un lieve aumento solo in Spagna passando dal 2,2% nel 2007 al 2,4% nel 2008. In Germania è rimasto pres-

RACCOLTA PREMI 2007

Valori in milioni di dollari

	VITA	DANNI	TOTALE
America settentrionale	623.950	706.116	1.330.066
America latina	35.809	51.588	87.397
Europa	1.035.942	644.751	1.680.693
Asia	623.469	217.132	840.601
di cui: Giappone	330.651	94.182	424.833
Africa	38.111	15.183	53.294
Oceania	35.807	33.011	68.818
Totale	2.393.088	1.667.781	4.060.869

Fonte: Swiss Re - SIGMA

CRESCITA % REALE 2007

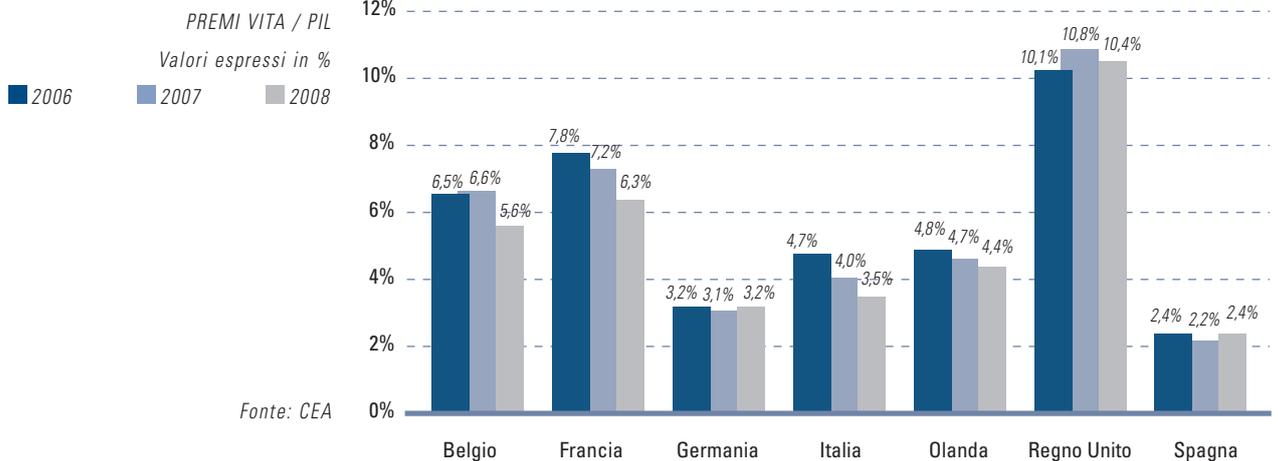
	VITA	DANNI	TOTALE
America settentrionale	5,8	-1,0	2,1
America latina	11,4	8,3	9,6
Europa	5,6	0,7	3,4
Asia	4,3	5,1	4,5
di cui: Giappone	-3,6	-1,6	-3,2
Africa	3,4	0,6	2,8
Oceania	7,9	-0,2	3,9
Totale	5,4	0,7	3,3

Fonte: Swiss Re - SIGMA



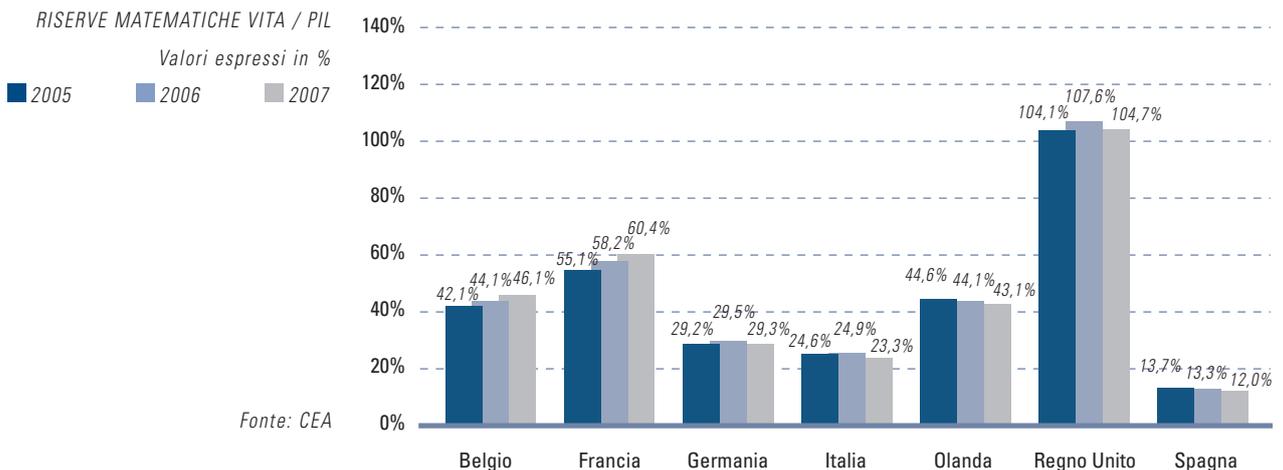
L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

soché stabile e pari al 3,2% nel 2008 mentre per tutti gli altri paesi è stato un anno di decrescita. In particolare, il calo più evidente è stato registrato in Belgio (5,6% nel 2008) e in Francia (6,3% nel 2008) con una diminuzione dell'indice di un punto percentuale rispetto al 2007, seguiti dall'Italia che passa dal 4,0% nel 2007 al 3,5% nel 2008 e infine il Regno Unito (10,4%) e l'Olanda (4,4%), il cui decremento non supera il mezzo punto percentuale rispetto all'anno precedente.



Per quanto riguarda invece le riserve matematiche, a causa della mancanza di informazioni per l'anno 2008, l'analisi si è limitata al triennio 2005-2007.

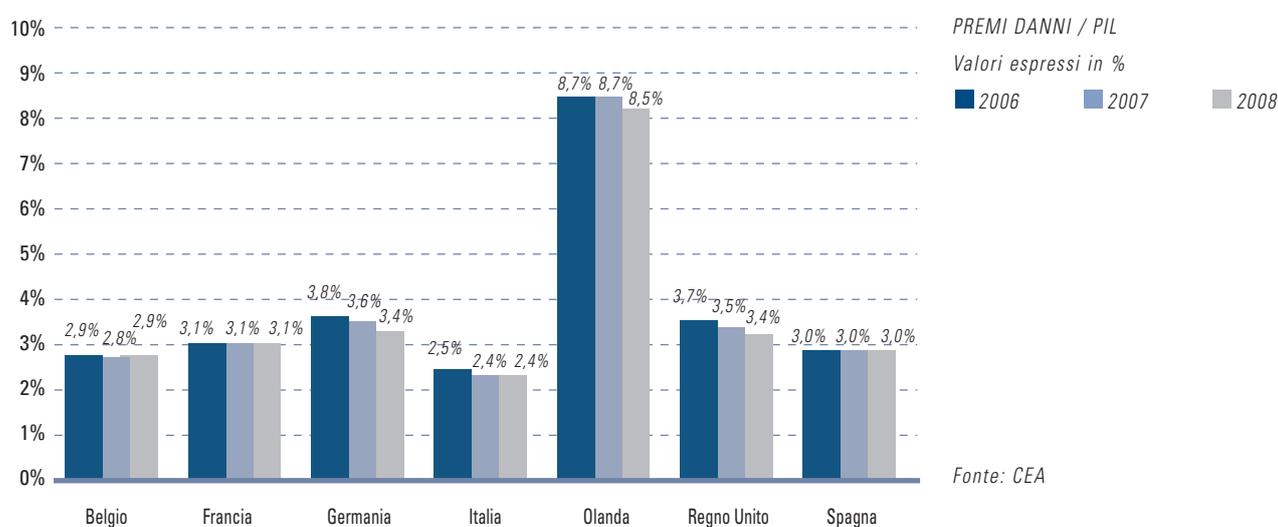
In Italia il rapporto tra le riserve matematiche e il PIL, indicatore che approssima il grado di maturazione del mercato vita, dopo un lieve aumento registrato nel 2006 con un valore pari al 24,9% (24,6% nel 2005), nel 2007 è diminuito scendendo al 23,3%; a eccezione della Spagna, il cui indice è risultato peraltro sempre in calo nel triennio analizzato, il valore del rapporto in Italia si situa al di sotto degli altri paesi europei. Nel 2007 il Regno Unito continua a registrare il valore più alto con 104,7% (107,6% nel 2006), seguito dalla Francia (60,4%) e dal Belgio (46,1%), i cui indici crescono progressivamente nel trien-



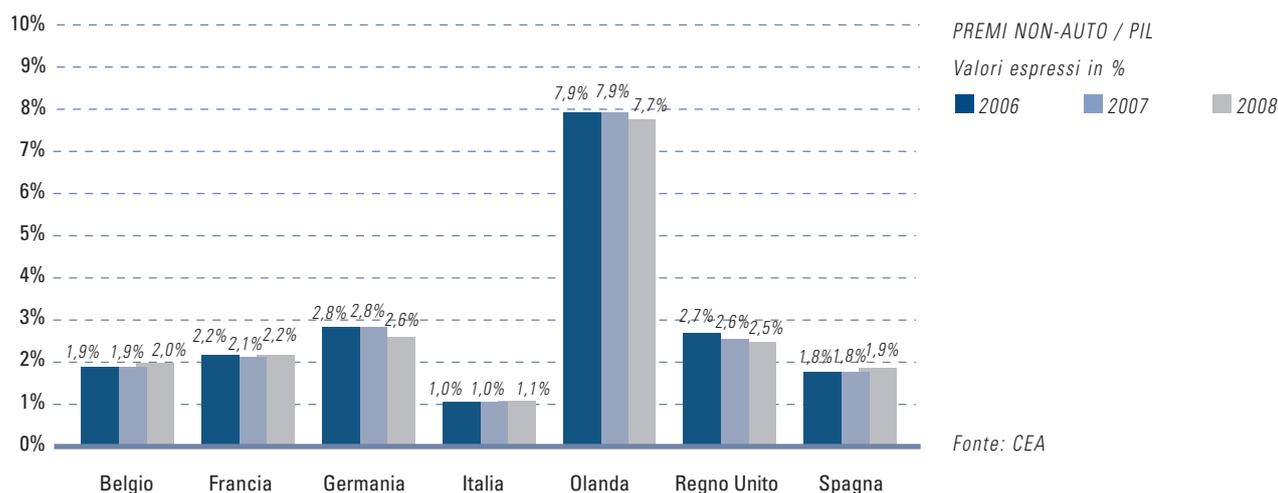
L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

nio analizzato; infine l'Olanda scende al 43,1% nel 2007, dal 44,1% nel 2006, mentre la Germania si attesta al 29,3% nel 2007 (29,5% nel 2006).

Nel settore delle assicurazioni danni l'Italia continua a essere il paese con il più basso rapporto tra premi e PIL. Nel triennio considerato (2006-2008) l'indice diminuisce lievemente attestandosi al 2,4% nel 2008, con un divario significativo rispetto agli altri paesi. In particolare, il "gap" è stato pari a circa mezzo punto percentuale rispetto al Belgio, alla Spagna e alla Francia, i cui valori rimangono pressoché stabili al 3,0% in tutti e tre gli anni analizzati; di un punto percentuale risulta invece il distacco con il Regno Unito, pari nel 2008 al 3,4% (3,5% nel 2006), mentre per effetto della privatizzazione del sistema sanitario avvenuta nel 2006 l'Olanda continua a registrare una differenza con l'Italia di ben sei punti percentuali.



Se dal totale premi delle assicurazioni danni escludiamo però i premi contabilizzati del settore auto (assicurazione obbligatoria in tutti i paesi), il ritardo dell'Italia rispetto agli altri paesi europei risulta ancora più ampio. Nel 2008 il



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

rapporto tra questi premi e il PIL è stato pari all'1,1% per l'Italia (1,0% nei due anni precedenti), mentre gli altri paesi registrano valori mediamente doppi (come nel caso di Francia, Belgio e Spagna) o ancor più elevati, come nel caso di Regno Unito, Germania e Olanda.

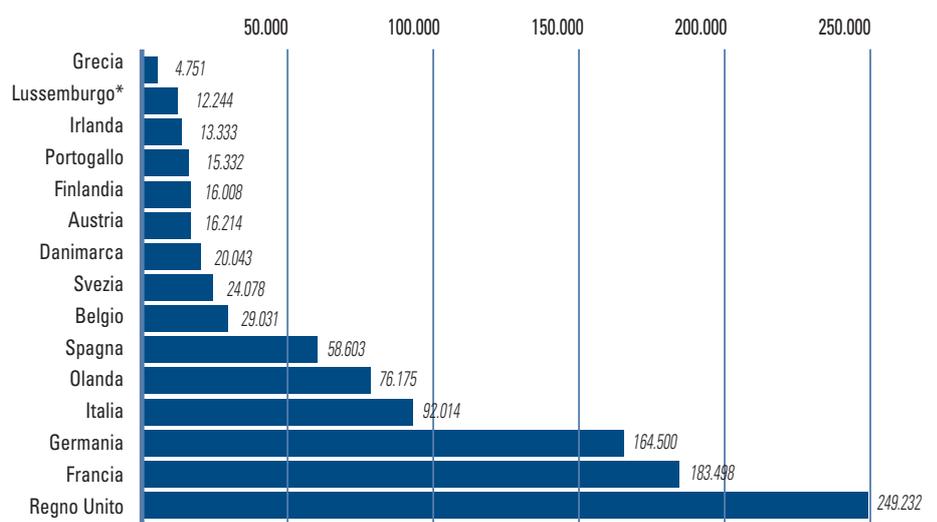
I PRINCIPALI MERCATI DELL'UNIONE EUROPEA

Nel 2008 i primi 15 paesi dell'Unione Europea hanno raccolto premi per 975.056 milioni di euro con un decremento del 6,1% rispetto al 2007 (lo scorso anno vi era stata una crescita del 3,0%). Su tale risultato pesa il calo del Regno Unito pari al -15,5%, da interpretarsi però non come una reale diminuzione di fatturato da parte dell'industria assicurativa inglese ma come effetto del deprezzamento della sterlina rispetto all'euro che nel 2008, utilizzando come tassi di cambio la media annua, ha inciso per circa il 15,0%; se si considerano infatti i premi in valuta nazionale, il calo del Regno Unito è stato marginale e pari a -0,6%. Significativi sono i tassi di diminuzione registrati dal Belgio (-7,7%), dall'Italia (-7,1%) e dalla Francia (-5,6%) che annullano l'aumento della raccolta premi della Spagna (+7,5%), della Finlandia (+6,4%) e del Portogallo (+11,5%).

In merito all'assicurazione vita, nel 2008 i premi sono stati pari a 601.652 milioni di euro con un decremento dell'8,1% rispetto all'anno precedente (+3,5% nel 2007). A parte il calo del Regno Unito che, a causa dell'effetto del tasso di cambio sopra descritto, registra premi in diminuzione del 15,4% (ma appena dello 0,5% se si considerano i valori in valuta nazionale), i cali più evidenti si osservano in Belgio (-12,8%), in Italia (-11,2%) e in Francia (-9,9%). In

PREMI DIRETTI NEI PAESI UE15 NEL 2008

TOTALE
Valori in milioni di euro



Fonte: CEA

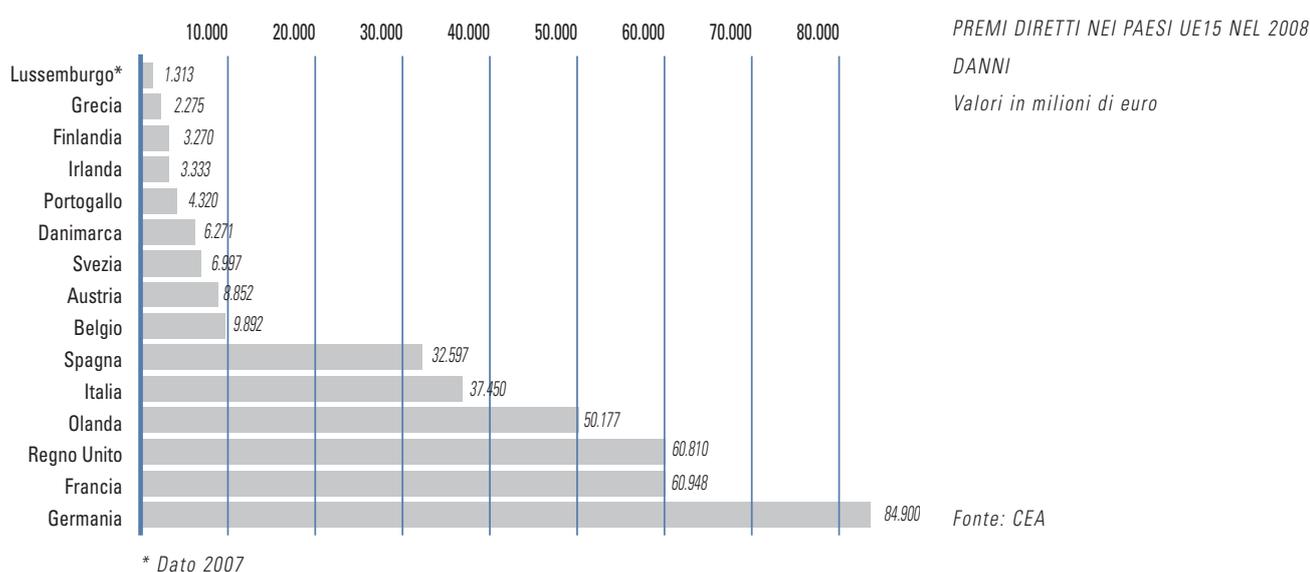
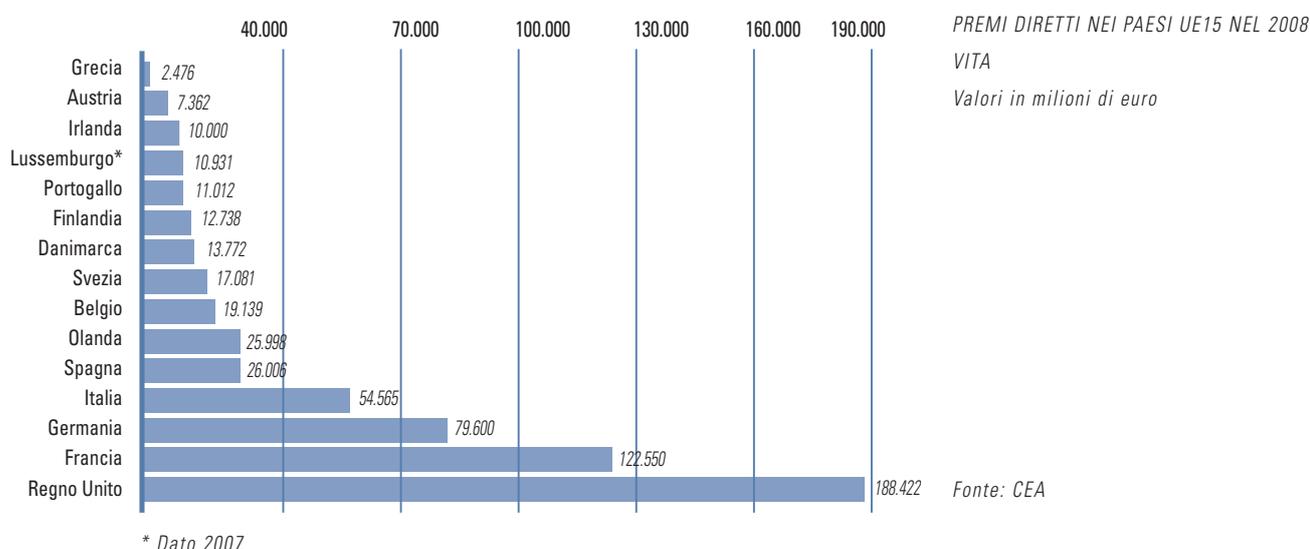
* Dato 2007



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

crescita invece la raccolta premi vita della Germania (+5,6%), della Spagna (+10,9%), della Finlandia (+6,9%) e del Portogallo (+17,5%).

Nel 2008 il settore delle assicurazioni danni, a fronte di un ammontare premi pari a 373.405 milioni di euro, ha registrato un decremento del 2,6% rispetto all'anno precedente (+2,2% nel 2007). I paesi che hanno contribuito al suddetto risultato sono principalmente la Germania (-3,3%), l'Italia (-0,5%) e per effetto del tasso di cambio il Regno Unito i cui premi calano del 15,8% (solo dello 0,9% se si considera in valuta nazionale). Tassi di crescita positivi sono stati invece registrati in particolare dalla Francia (+4,5%), dall'Olanda (+1,6%) e dalla Spagna (+4,9%).



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

LA TASSAZIONE DEI PREMI NELL'UNIONE EUROPEA

Anche quest'anno dobbiamo rilevare la conferma di un trend che evidenzia un livello di imposizione indiretta sui premi nel nostro Paese tra i più elevati in Europa.

In particolare, nel ramo r.c. auto gli oneri fiscali e parafiscali sono in Italia pari al 23%, valore ampiamente superiore rispetto alla media europea (17%). Nel dettaglio dei paesi, la tassazione è molto bassa nel Regno Unito (5%), Olanda (7,5%) e Spagna (9,30%). Un valore di poco superiore alla media si registra in Germania (19%), mentre in Francia raggiunge il 33,6%.

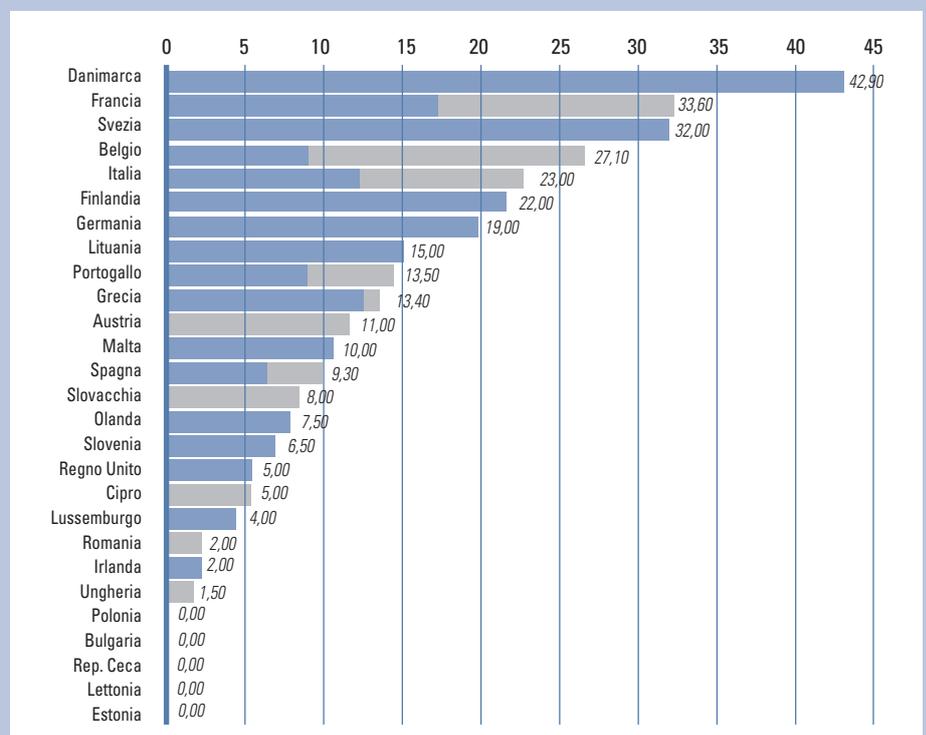
Nel ramo incendio l'aliquota della tassazione dei premi è in Italia pari al 22,25%, superiore a quelle applicate in Germania e nel Regno Unito, rispettivamente pari al 14% e al 5%, anche se inferiore all'aliquota francese (30%).

Nel ramo r.c. generale l'aliquota fiscale italiana è la più elevata in Europa (22,25%), notevolmente superiore rispetto a quelle applicate dagli altri paesi europei, in particolare Germania (19%), Francia (9%), Spagna (6,3%) e Regno Unito (5%).

La fiscalità indiretta italiana sui premi relativi al ramo merci trasportate si conferma 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

R.C. AUTO

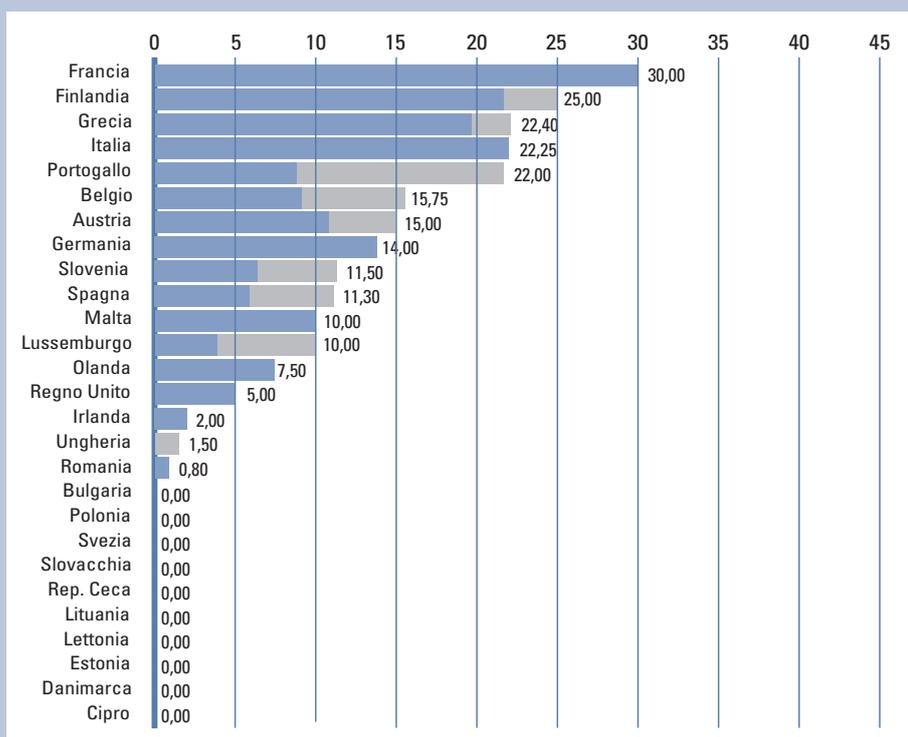
■ Imposte ■ Oneri parafiscali



Fonte: CEA



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

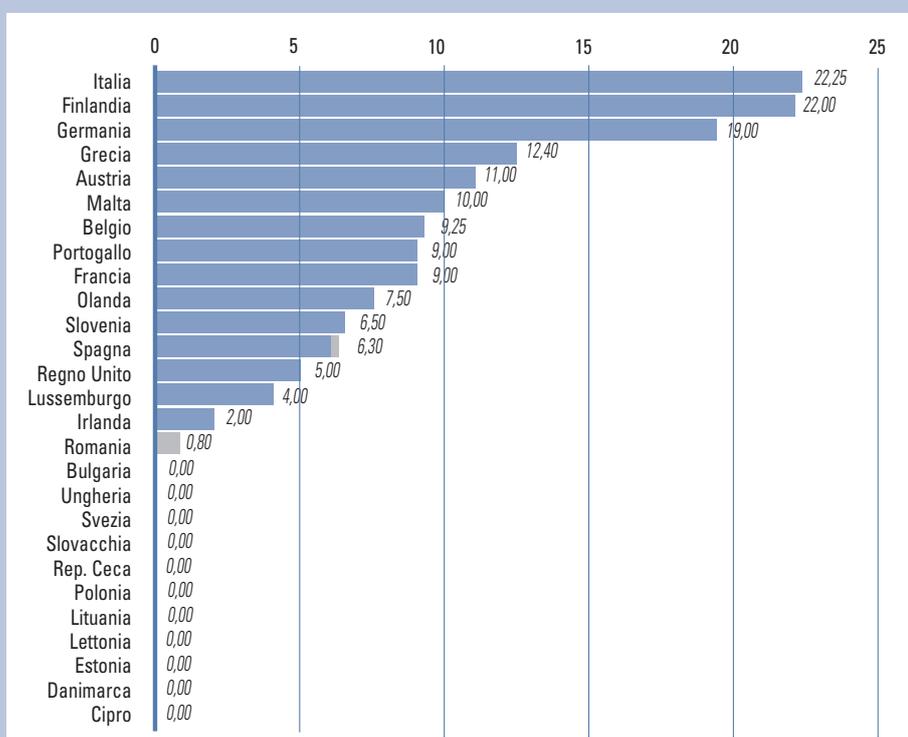


INCENDIO



Fonte: CEA

elevata sono la Finlandia (22%), la Germania (19%) e la Grecia (12,4%); il Regno Unito applica un'aliquota del 5%, mentre in Francia e nella maggior parte degli altri paesi i premi di tale ramo sono esenti da tassazione.



R.C. GENERALE

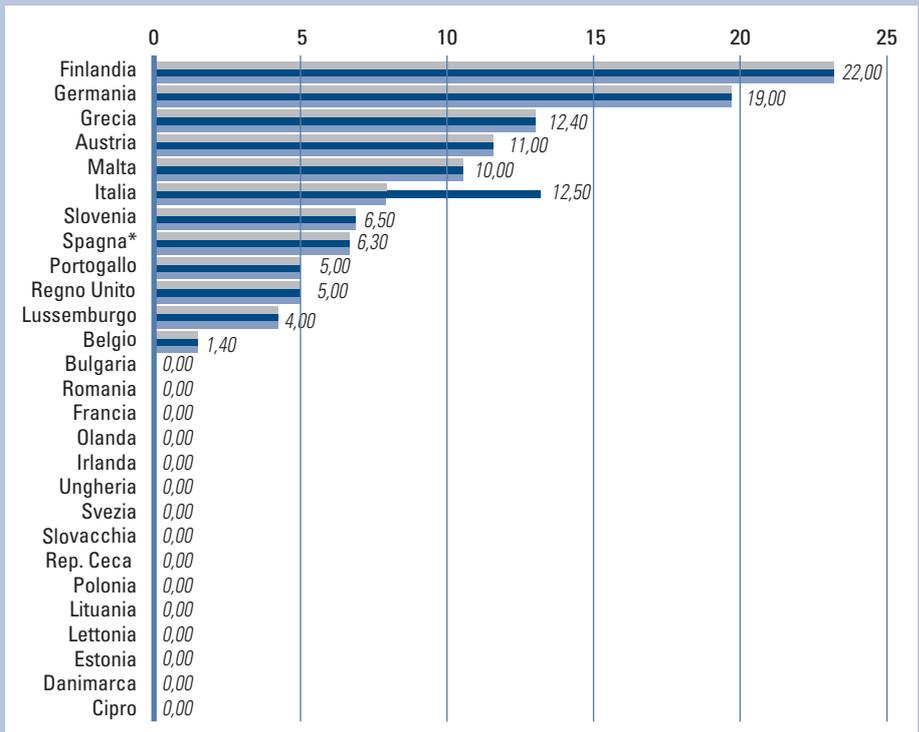


Fonte: CEA



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

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 un campione di imprese che rappresentano oltre il 90% del mercato. Il periodo di osservazione va dal 2002 al 2007.

Le imprese che esercitano il ramo danni

Nel 2007 le imprese che esercitano il ramo danni censite da ISIS sono 2.333, di cui 1.653 negli Stati Uniti, 242 in Germania, 188 nel Regno Unito, 113 in Spagna, 70 in Italia e 67 in Francia.

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, altre riserve e del riporto utili).



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

Secondo questo indicatore sintetico, la profittabilità dell'impresa mediana italiana è diminuita passando dal 16,5% nel 2006 al 15,2% nel 2007 (figura 1); in diminuzione anche il ROE dell'impresa tedesca (dal 9,8% nel 2006 al 9,2% nel 2007), di quella americana (dal 12,2% all'11,2%) ma soprattutto di quella francese (dal 18,6% al 15,7%). Pressoché stabile intorno al 21% è il rapporto registrato negli ultimi due anni dall'impresa mediana spagnola mentre l'unico paese a osservare il ROE in crescita è stato il Regno Unito raggiungendo il 15,7% nel 2007 (13,8% nel 2006).

È possibile ottenere un'informazione della 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 2007 il Regno Unito ha registrato, rispetto agli altri paesi osservati, la più ampia differenza tra il primo e il terzo quarto della distribuzione delle imprese (oltre 26 punti percentuali); segue l'Italia con 23 punti, la Spagna 20, gli Stati Uniti e la Francia 14 e infine la Germania 13.

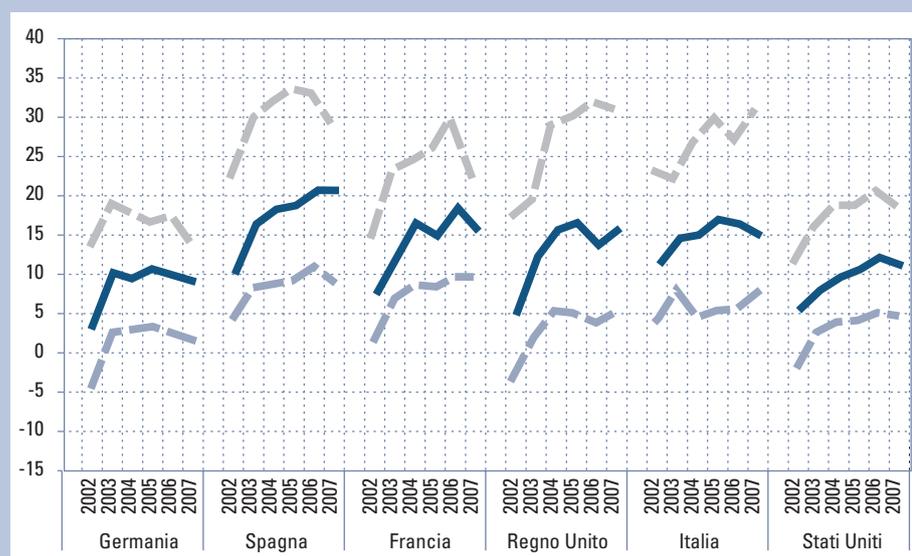


FIGURA 1
RENDIMENTO % DEL CAPITALE PROPRIO - DANNI



Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

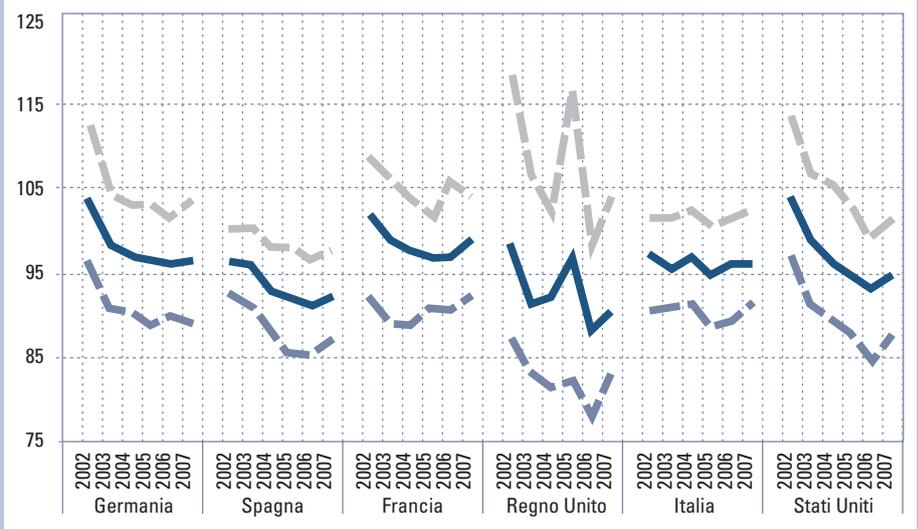
Nel 2007, per il principale indicatore tecnico, il *combined ratio*, definito come la somma tra il loss ratio e l'expense ratio, si osserva un aumento in valore dell'impresa mediana in tutti i paesi analizzati (figura 2). Il Regno Unito registra il più significativo peggioramento dell'indice, passando dall'87,9% nel 2006 al 90,3% nel 2007; segue subito dopo la Francia (dal 96,6% nel 2006 al 98,7% nel 2007) e gli Stati Uniti (dal 92,7% nel 2006 al 94,3% nel 2007). Più contenuti invece gli aumenti riportati dai rimanenti paesi, in particolar modo dall'Italia, il cui *combined ratio* si attesta a un valore pari al 95,8% (95,6% nel 2006).



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

FIGURA 2
COMBINED RATIO % - DANNI

--- 75%-ile
— Mediana
--- 25%-ile

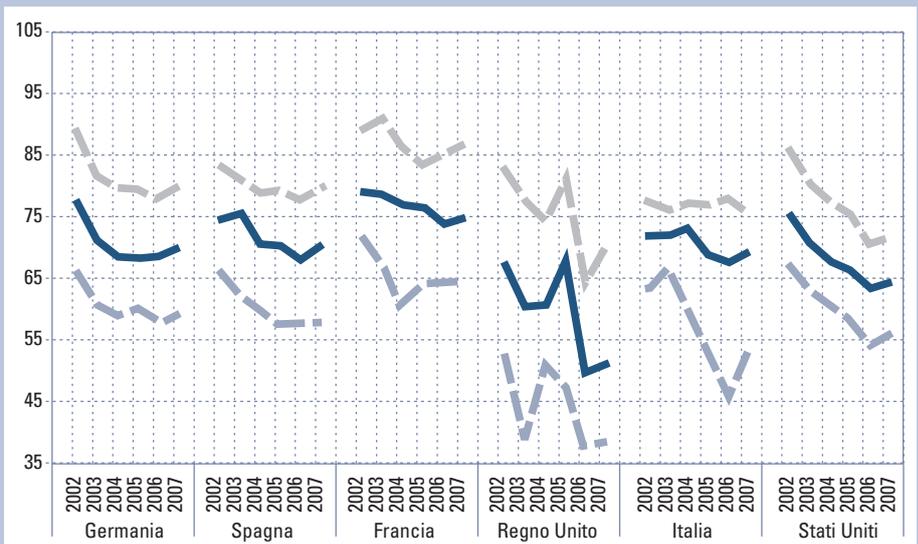


Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

La dinamica del combined ratio nel 2007 riflette a grandi linee l'evoluzione della sinistralità sintetizzata dal *loss ratio*; in quest'ultimo anno analizzato l'indicatore risulta in forte aumento in Spagna e nel Regno Unito, passando rispettivamente dal 67,7% nel 2006 al 69,7% nel 2007 e dal 49,6% al 51,0% (figura 3). Significativi aumenti, di poco inferiori al 2% rispetto all'anno precedente, si registrano anche in Germania e in Italia dove nel 2007 l'indice risulta pari rispettivamente al 69,4% e al 68,6%. L'impresa mediana francese registra il rapporto più alto e pari al 74,5% mentre quella statunitense, con un incremento dell'1% rispetto all'anno precedente, si attesta al 64,0%. Nello stesso anno l'*expense*

FIGURA 3
LOSS RATIO % - DANNI

--- 75%-ile
— Mediana
--- 25%-ile



Fonte: Bureau van Dijk, ISIS



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

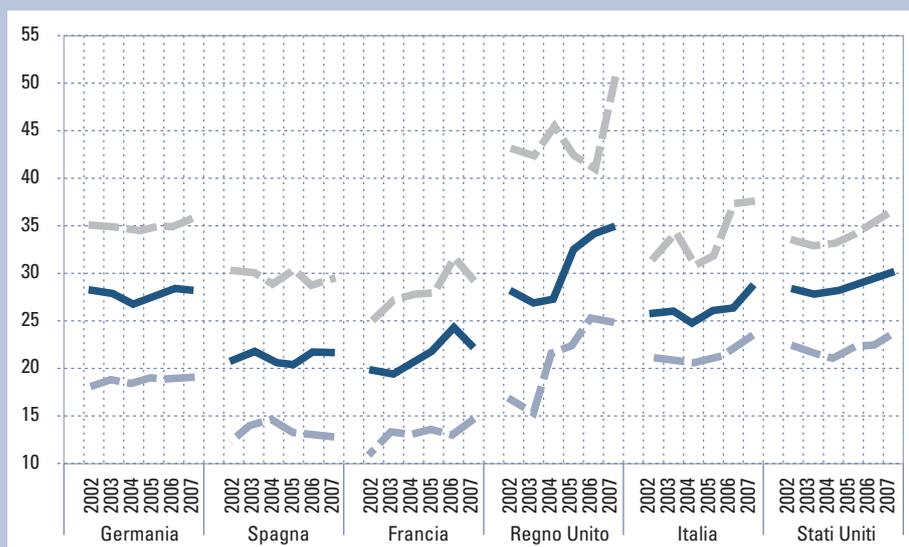


FIGURA 4
EXPENSE RATIO % - DANNI

--- 75%-ile
— Mediana
- - - 25%-ile

Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

ratio è stato invece pari al 34,9% nel Regno Unito, 30,1% negli Stati Uniti, 28,7% in Italia, 28,1% in Germania e a circa il 22% in Francia e in Spagna (figura 4).

Nel 2007 il rendimento degli investimenti dell'impresa mediana è in crescita in quasi tutti i paesi analizzati a eccezione della Francia, pari al 3,1% per il terzo anno consecutivo (figura 5). Nel Regno Unito si registra il rendimento più alto (4,4%), seguono Stati Uniti e Spagna con il 4,3%. L'impresa mediana italiana raggiunge nel 2007 un valore pari al 3,2% (2,8% nel 2006) mentre quella spagnola passa dal 2,4% nel 2006 al 2,8% nel 2007.

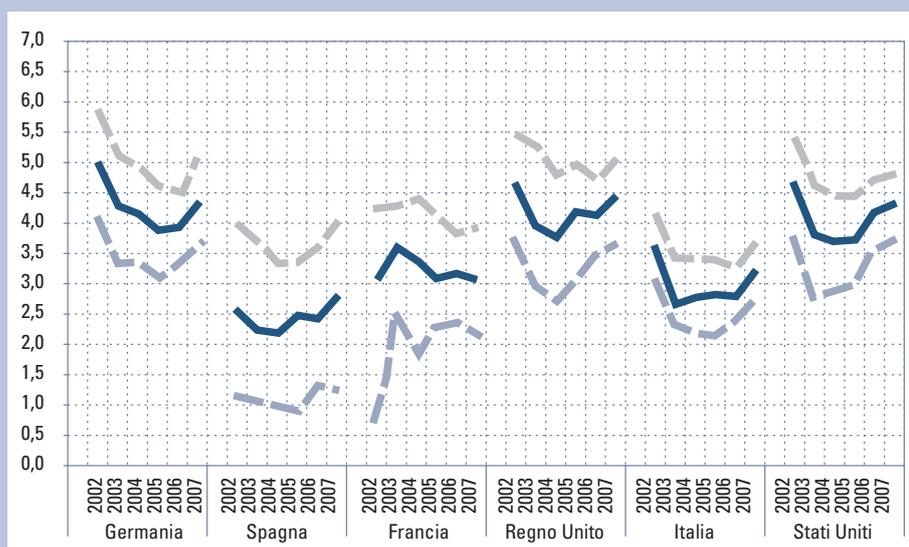


FIGURA 5
RENDIMENTO % DEGLI INVESTIMENTI - DANNI

--- 75%-ile
— Mediana
- - - 25%-ile

Fonte: Bureau van Dijk, ISIS



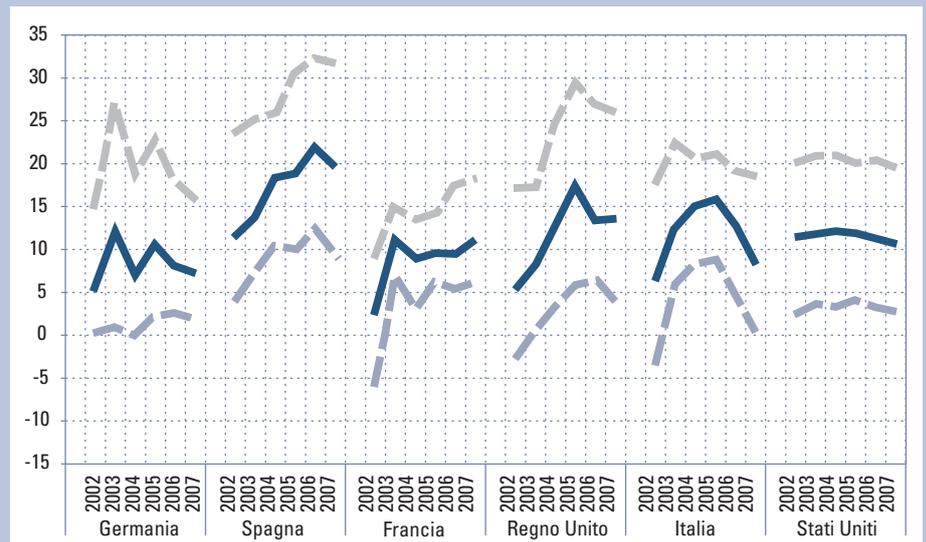
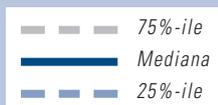
L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

Le imprese che esercitano il ramo vita

Nel 2007 le imprese che esercitano il ramo vita censite da ISIS sono 1.048, di cui 542 negli Stati Uniti, 236 in Germania, 101 nel Regno Unito, 70 in Italia, 65 in Spagna e 34 in Francia.

Rispetto all'anno precedente, nel 2007 è aumentato il rendimento sul capitale proprio dell'impresa mediana in Francia (dal 9,8% all'11,4%) e nel Regno Unito (dal 13,6% al 14,0%). La redditività dell'impresa mediana italiana è invece diminuita raggiungendo un livello pari all'8,5% (13,1% nel 2006); in calo anche l'indicatore per la Germania, la Spagna e gli Stati Uniti, rispettivamente dall'8,4% al 7,5%, dal 22,1% al 19,9% e dall'11,6% all'11,0% (figura 6). Nel 2007 la dispersione della redditività delle imprese intorno al valore mediano aumenta lievemente in Francia e nel Regno Unito mentre diminuisce in tutti gli altri paesi analizzati.

FIGURA 6
RENDIMENTO % DEL CAPITALE PROPRIO – VITA



Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

Rispetto all'anno precedente, nel 2007 l'*expense ratio* dell'impresa mediana italiana registra una crescita raggiungendo il 9,0% (8,3% nel 2006); in aumento anche l'indicatore della Francia e del Regno Unito che passa rispettivamente dal 6,8% nel 2006 all'8,4% nel 2007 e dal 24,3% nel 2006 al 24,7% nel 2007 (figura 7). I restanti paesi sono invece caratterizzati da un *expense ratio* in diminuzione e pari al 10,4% per la Germania (11,0% nel 2006), 11,5% per la Spagna (11,6% nel 2006) e 28,1% per gli Stati Uniti (28,3% nel 2006). 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.



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

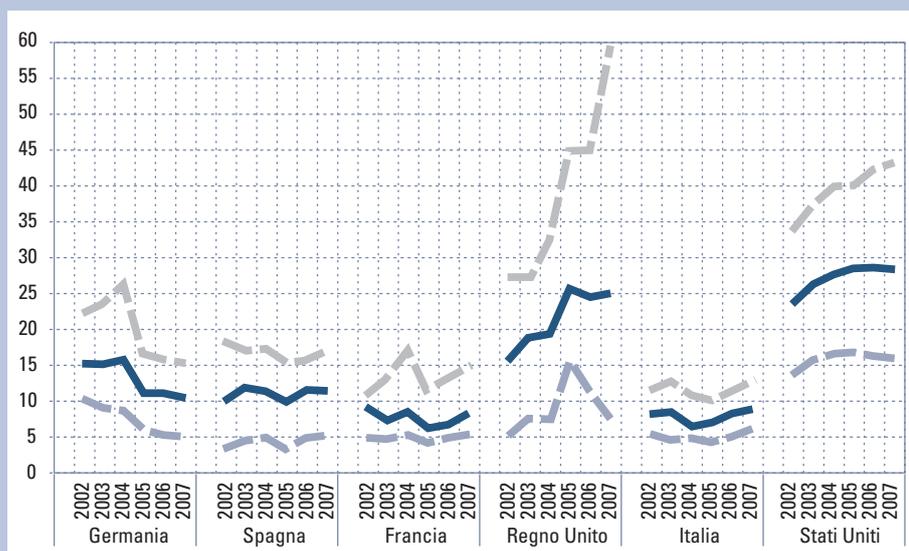
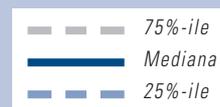


FIGURA 7
EXPENSE RATIO % - VITA



Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

Nel 2007 il tasso di crescita delle riserve matematiche dell'impresa mediana diminuisce in tutti i paesi analizzati: in particolare in Italia si passa dal 5,9% nel 2006 a una variazione negativa e pari allo 0,5%, nel Regno Unito l'importo delle riserve matematiche rimane simile a quello dell'anno precedente originando una variazione pressoché nulla, mentre in Spagna si osserva una variazione dell'1,7% nel 2007 (5,6% nel 2006). Una discreta diminuzione si osserva anche negli Stati Uniti (dal 4,3% nel 2006 al 3,4% nel 2007), in Francia (dal 9,7% nel 2006 all'8,0% nel 2007) e in Germania (dal 9,4% nel 2006 all'8,4% nel 2007) (figura 8).

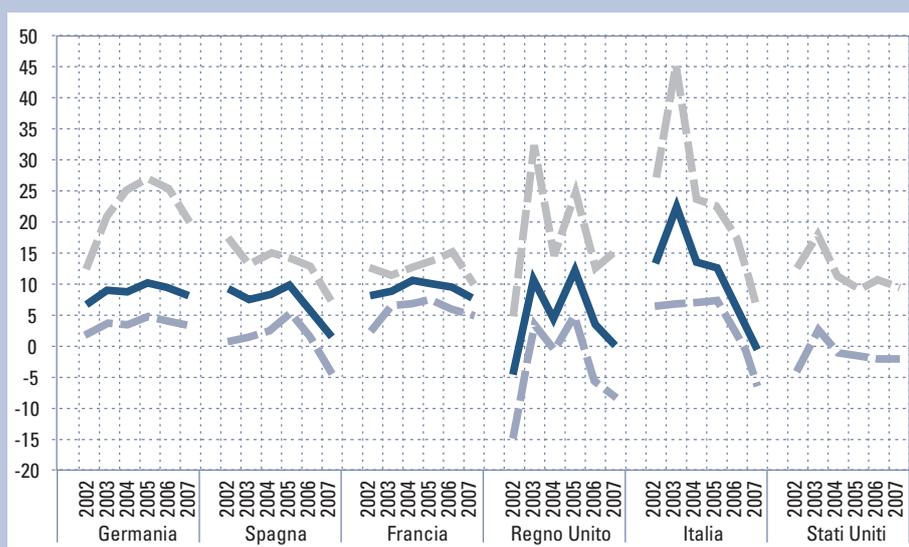
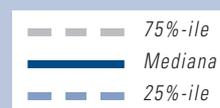


FIGURA 8
VARIAZIONE % RISERVE - VITA



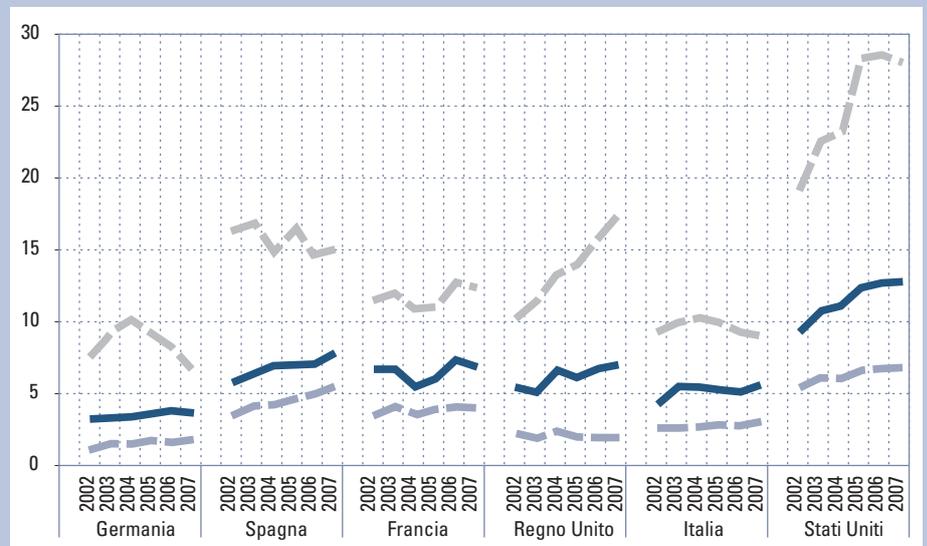
Fonte: Bureau van Dijk, ISIS



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

Nel 2007 la Francia risulta essere l'unico paese, tra quelli osservati, ad avere il *solvency ratio* dell'impresa mediana in diminuzione rispetto all'anno precedente (dal 7,3% nel 2006 al 7,0% nel 2007). Aumenta invece significativamente in Spagna (dal 7,2% nel 2006 al 7,8% nel 2007), in Italia (dal 5,2% al 5,6%) e nel Regno Unito (dal 6,8% al 7,1%). Decisamente più alto è il rapporto registrato dagli Stati Uniti, il cui valore raggiunge il 12,9% (12,7% nel 2006); in Germania invece si osserva un valore stazionario negli ultimi due anni e pari al 3,8% (figura 9).

FIGURA 9
SOLVENCY RATIO % - VITA



Fonte: Bureau van Dijk, ISIS

LA STRUTTURA DELL'INDUSTRIA FINANZIARIA IN ITALIA E NELL'AREA DELL'EURO

Di recente, la Banca Centrale Europea (BCE) ha pubblicato gli *"Integrated economic and financial accounts by institutional sector"*, statistiche che riportano il valore delle attività e passività finanziarie per i diversi settori dell'economia. La BCE non pubblica la componente italiana, che però è possibile stimare sulla base dei Conti Finanziari della Banca d'Italia.

Il totale delle attività finanziarie dell'industria finanziaria dell'area dell'euro era alla fine del terzo trimestre del 2008 pari a 39.630 miliardi di euro, oltre quattro volte il PIL dell'area. In particolare, le Istituzioni Monetarie e Finanziarie (che oltre alle banche includono le Banche centrali) avevano attivi pari al 59,7% del totale; le Altre Istituzioni Finanziarie (che oltre ai fondi comuni includono società di gestione del risparmio) al 24,8%; le Assicurazioni e Fondi Pensione al 15,5%.



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

TAVOLA 1 - ATTIVITÀ E PASSIVITÀ FINANZIARIE PER I DIVERSI SETTORI DELL'ECONOMIA - AREA DELL'EURO

Dati al 3° trimestre 2008 - Valori in miliardi di euro

	Istituzioni Monetarie e Finanziarie		Altre Istituzioni Finanziarie		Assicurazioni e Fondi Pensione		Totale Industria Finanziaria			
	Attività	Passività	Attività	Passività	Attività	Passività	Attività	Distr. %	Passività	Distr. %
Oro monetario e DSP	221,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	221,5	0,6	0,0	0,0
Biglietti, monete e depositi a vista	2.569,4	14.708,9	1.703,4	34,5	835,3	2,2	5.108,1	12,9	14.745,6	37,7
Titoli a breve termine	138,5	386,8	347,0	122,5	283,9	0,5	769,4	1,9	509,8	1,3
Obbligazioni	3.954,5	2.856,2	1.750,4	1.948,1	2.058,8	26,0	7.763,7	19,6	4.830,3	12,3
Derivati e altre voci attive e passive	2.085,0	2.445,3	239,5	92,5	344,0	270,2	2.668,5	6,7	2.808,0	7,2
Prestiti	12.885,8	0,0	1.812,7	1.713,0	355,4	199,3	15.053,9	38,0	1.912,3	4,9
Azioni e altre partecipazioni	1.574,7	1.659,3	3.378,8	1.217,4	1.016,8	567,6	5.970,3	15,1	3.444,3	8,8
Quote di fondi comuni	237,1	1.159,0	582,0	4.402,4	1.099,5	0,0	1.918,6	4,8	5.561,4	14,2
Riserve tecniche di assicurazione	2,0	59,0	0,0	0,6	153,5	5.283,8	155,5	0,4	5.343,4	13,6
Totale	23.668,5	23.274,5	9.813,8	9.531,0	6.147,2	6.349,6	39.629,5	100,0	39.155,1	100,0

Fonte: Banca Centrale Europea

Alla stessa data, l'industria finanziaria italiana aveva attivi finanziari per 4.728 miliardi di euro, pari a circa tre volte il PIL nazionale e all'11,9% del totale dell'area dell'euro. La quota delle Istituzioni Monetarie e Finanziarie, pari al 73,5%, era di circa quindici punti superiore a quella osservata nell'area dell'euro, mentre quelle delle Altre Istituzioni Finanziarie e delle Assicurazioni e Fondi Pensione erano pari, rispettivamente, al 15,5% e all'11,2%.

Il 43% degli attivi finanziari dell'industria finanziaria italiana era rappresentata da prestiti; la quota è superiore di oltre cinque punti all'analoga quota nell'area dell'euro, anche per la più elevata incidenza delle Istituzioni Monetarie e Finanziarie sul complesso dell'industria finanziaria. In rapporto al PIL, i prestiti sono pari al 130% in Italia e al 160% nell'area dell'euro.

Sempre dal lato delle attività detenute dal settore finanziario, la quota delle obbligazioni è pari al 19,7%, valore analogo a quello riscontrato nell'area dell'euro (19,6%). L'investimento in obbligazioni delle Altre Istituzioni Finanziarie e, soprattutto, delle Assicurazioni e Fondi Pensione (rispettivamente, pari al 31,5% e al 49,0% del portafoglio) è però molto superiore a quello riscontrato nell'area dell'euro (rispettivamente, 17,8% e 33,5%). Al contrario, la quota degli investimenti in azioni e partecipazioni dell'intera industria finanziaria è inferiore (10,1% contro 15,1% nell'area dell'euro) anche per una minore incidenza dell'investimento in questa classe di attivi da parte delle Altre Istituzioni Finanziarie.

Dal lato delle passività dell'industria finanziaria italiana, biglietti moneta e depositi a vista rappresentano il 45,2% del totale, una quota di quasi otto punti



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

TAVOLA 2 - ATTIVITÀ E PASSIVITÀ FINANZIARIE PER I DIVERSI SETTORI DELL'ECONOMIA - ITALIA
Dati al 3° trimestre 2008 - Valori in miliardi di euro

	Istituzioni Monetarie e Finanziarie		Altre Istituzioni Finanziarie		Assicurazioni e Fondi Pensione		Totale Industria Finanziaria			
	Attività	Passività	Attività	Passività	Attività	Passività	Attività	Distr. %	Passività	Distr. %
Oro monetario e DSP	48,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	48,9	1,0	0,0	0,0
Biglietti, monete e depositi a vista	831,6	2.141,5	84,2	0,0	58,9	0,0	974,7	20,6	2.141,5	45,2
Titoli a breve termine	29,7	0,1	12,8	0,1	4,8	0,0	47,3	1,0	0,2	0,0
Obbligazioni	445,7	729,0	230,3	183,5	255,3	4,6	931,3	19,7	917,2	19,4
Derivati	91,2	102,0	4,7	4,1	2,9	4,3	98,8	2,1	110,3	2,3
Prestiti	1.808,5	201,5	211,7	219,6	11,1	16,0	2.031,4	43,0	437,1	9,2
Azioni e altre partecipazioni	209,4	268,3	179,7	38,5	90,3	117,9	479,3	10,1	424,6	9,0
Quote di fondi comuni	8,7	63,5	8,4	137,3	53,6	0,0	70,7	1,5	200,8	4,2
Riserve tecniche di assicurazione	1,3	18,6	0,0	0,0	35,3	482,3	1,3	0,0	501,0	10,6
Totale	3.475,0	3.524,5	731,8	583,1	521,2	625,1	4.728,1	100,0	4.732,6	100,0

Fonte: Stime ANIA sulla base dei Conti Finanziari della Banca d'Italia

percentuali superiore a quella riscontrata nell'area dell'euro, anche per la più elevata incidenza delle Istituzioni Monetarie e Finanziarie sul complesso dell'industria finanziaria. Le obbligazioni rappresentano il 19,4% delle passività dell'industria finanziaria italiana, un valore superiore a quello dell'area dell'euro (12,3%) in ragione del più elevato ricorso a questa forma di finanziamento da parte delle Istituzioni Monetarie e Finanziarie e, soprattutto, delle Altre Istituzioni Finanziarie.

Le riserve tecniche di assicurazioni rappresentano il 10,6% del totale delle passività dell'industria finanziaria italiana, un valore di circa tre punti percentuali inferiore a quello dell'area dell'euro, mentre le quote di fondi comuni il 4,2%, oltre dieci punti percentuali in meno rispetto a quello dell'area dell'euro.

LA REDDITIVITÀ DELLE IMPRESE EUROPEE QUOTATE NEL 2008

Con riferimento alle sole imprese quotate è possibile un confronto sulle redditività nel 2008. Va tenuto conto che si tratta di bilanci consolidati ossia comprensivi dell'attività svolta dalle controllate estere e che tali bilanci sono redatti secondo i principi IAS che permettono di rilevare alcune minusvalenze nel patrimonio netto senza transitare a conto economico.

Sulla base di questi dati, nel 2008 il ROE delle imprese di assicurazione quotate è diminuito in tutti i paesi analizzati (tavola 1). La Germania, dopo la positi-



L'assicurazione italiana nel confronto internazionale

	2004	2005	2006	2007	2008
Francia	11,9	18,9	15,7	14,1	7,7
Germania	8,9	8,8	16,8	16,9	1,1
Italia	13,3	16,8	15,7	15,3	2,6
Regno Unito	15,3	19,2	20,0	19,9	7,9

TAVOLA 1
RETURN ON EQUITY (%)
DELLE IMPRESE QUOTATE

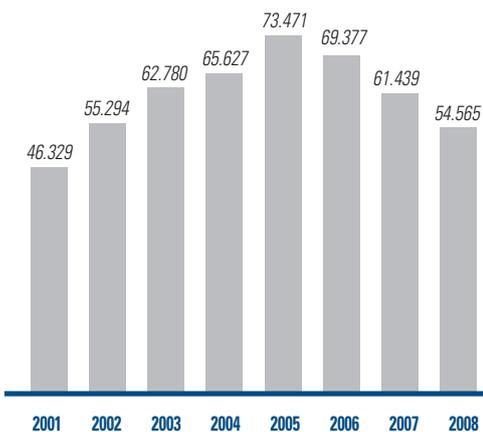
Fonte: elaborazione da dati
Thomson Reuters, Datastream

va performance registrata nei due anni precedenti e pari al 17%, registra nel 2008 un netto calo arrivando all'1,1%, seguita dall'Italia che passa dal 15,3% nel 2007 al 2,6% nel 2008. Nel Regno Unito la profittabilità dell'impresa mediana è diminuita di dodici punti percentuali, raggiungendo un valore pari al 7,9% nel 2008 (19,9% nel 2007) mentre la diminuzione più contenuta viene registrata dalla Francia che passa dal 14,1% nel 2007 al 7,7% nel 2008.



Le assicurazioni vita

PREMI DIRETTI
Valori in milioni di euro

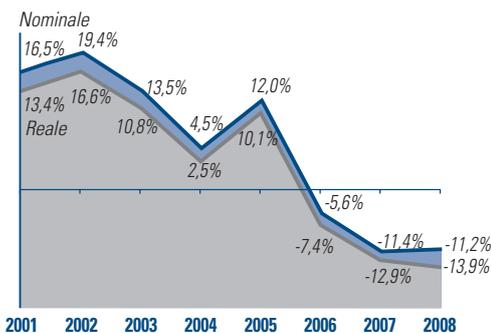


Nel 2008 la raccolta premi nei rami vita si è ridotta dell'11,2% rispetto all'anno precedente, valore analogo a quello registrato nel 2007 (-11,4%). La dinamica dei premi osservata nel 2008 è il risultato del forte calo delle polizze linked (-36,1%) e della crescita delle polizze di ramo I (+15,7%). La riduzione dei premi e il risultato negativo degli investimenti hanno contribuito a determinare un risultato tecnico complessivo negativo.

IL LAVORO ITALIANO

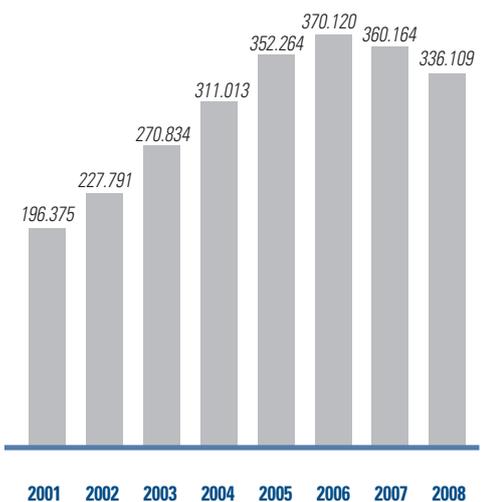
I premi del lavoro diretto italiano, raccolti dalle 82 imprese operanti nei rami vita, sono stati pari a 54.565 milioni di euro e hanno registrato una variazione rispetto al 2007 del -11,2% in termini nominali (-11,4% nel 2007) e del -13,9% in termini reali (-12,9% nel 2007). In termini percentuali, i premi vita rappresentano nel 2008 il 59% del totale (vita e danni), quota di tre punti percentuali inferiore a quella registrata nel 2007. Un andamento simile ha riguardato anche i premi raccolti in Italia dalle imprese che operano in libera prestazione di servizi (LPS) e che offrono essenzialmente polizze di ramo III - linked. L'ANIA stima che nel 2008 i premi contabilizzati da tali imprese siano stati pari a circa 6 miliardi di euro, con una diminuzione di circa il 40% rispetto al 2007.

PREMI DIRETTI
Tasso di variazione annua



Le somme pagate e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, pari a 65.552 milioni di euro, sono diminuite dell'11,8%.

RISERVE TECNICHE TOTALE RAMI VITA
Valori in milioni di euro



Le riserve matematiche, pari a 336.109 milioni di euro, sono diminuite del 6,7%; questo calo è dovuto principalmente all'avverso andamento dei mercati finanziari ma anche a un flusso di raccolta netta che nel 2008 è stato per il secondo anno consecutivo negativo. L'ANIA stima che nel 2008 le riserve tecniche messe a bilancio dalle imprese che operano in regime di libera prestazione di servizi siano state approssimativamente pari a 55 miliardi di euro.

La variazione delle riserve matematiche e delle riserve tecniche diverse è stata negativa e pari a 22.643 milioni di euro (-10.245 milioni nel 2007). Per il secondo anno consecutivo si registra una contrazione dello stock di riserve, che era sempre aumentato nei diciotto anni precedenti.

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 10.987 milioni di euro (-12.877 milioni nel 2007). A questa dinamica ha contribuito una riduzione dei riscatti, pari a 41,7 miliardi, rispetto a quelli del 2007 (48,7 miliardi).



TOTALE RAMI VITA

Valori in milioni di euro

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Premi contabilizzati	46.329	55.294	62.780	65.627	73.471	69.377	61.439	54.565
Oneri relativi ai sinistri (-)	16.100	21.783	25.453	34.313	43.710	57.804	74.316	65.552
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	28.981	31.504	43.257	39.666	41.196	18.303	-10.245	-22.643
Saldo delle altre partite tecniche	175	284	427	476	697	633	468	109
Spese di gestione (-)	3.323	3.379	3.745	3.864	4.308	4.589	4.681	4.062
Utile investimenti	2.812	1.845	10.661	13.523	17.062	12.126	8.176	-11.019
Risultato del conto tecnico diretto	912	757	1.413	1.783	2.016	1.440	1.331	-3.316
Saldo della riassicurazione e altre partite	480	279	293	249	327	471	292	321
Risultato del conto tecnico complessivo	1.392	1.036	1.706	2.032	2.343	1.911	1.623	-2.995
Variazione % annua dei premi	16,5%	19,4%	13,5%	4,5%	12,0%	-5,6%	-11,4%	-11,2%
Expense ratio	7,2%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	6,6%	7,6%	7,4%
Utile investimenti/Riserve tecniche	1,5%	0,9%	4,3%	4,6%	5,1%	3,5%	2,3%	-3,2%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	2,0%	1,4%	2,3%	2,7%	2,7%	2,1%	2,2%	-6,1%
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	3,0%	1,9%	2,7%	3,1%	3,2%	2,8%	2,6%	-5,5%
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	0,77%	0,49%	0,68%	0,70%	0,71%	0,54%	0,46%	-0,87%

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

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 4.062 milioni di euro (4.681 milioni nel 2007); l'incidenza sui premi è stata del 7,4% (7,6% nel 2007).

Anche per il risultato degli investimenti, nel 2008 si registra, per la prima volta negli ultimi venti anni, un valore negativo pari a 11.019 milioni di euro. Questo fattore è la principale causa di un **risultato del conto tecnico** del lavoro diretto negativo per 3.316 milioni di euro (era positivo e pari a 1.331 milioni nel 2007). L'incidenza sui premi del risultato è scesa dal 2,2% nel 2007 al -6,1% nel 2008.

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato positivo per 321 milioni di euro (292 milioni nel 2007).

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato negativo e pari a 2.995 milioni di euro (era positivo e pari a 1.623 milioni nel 2007). Sono ovviamente diminuite sia l'incidenza sui premi (dal 2,6% nel 2007 al -5,5% nel 2008) sia quella sulle riserve tecniche (dallo 0,46% al -0,87%).



Le assicurazioni vita

I SINGOLI RAMI VITA

Ramo I - Assicurazioni sulla durata della vita umana

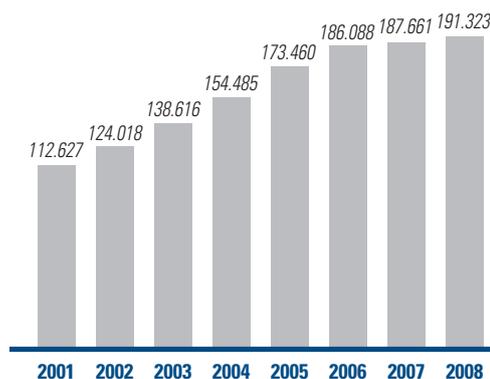
Grazie all'espansione di nuova produzione verso polizze di tipo tradizionale, i **premi diretti del lavoro italiano** raccolti dalle 82 imprese operanti nel ramo sono stati pari a 31.429 milioni di euro; l'aumento rispetto al 2007 è stato del 15,7%. L'incidenza dei premi del ramo sul totale dei premi vita è salita dal 44,2% nel 2007 al 57,6% nel 2008.

RAMO I - VITA UMANA
Valori in milioni di euro

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Premi contabilizzati	19.413	23.991	27.788	30.101	33.871	32.746	27.166	31.429
Oneri relativi ai sinistri (-)	11.254	13.660	14.839	16.761	18.253	23.064	28.995	29.717
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	9.806	12.233	14.737	15.692	18.610	12.796	1.531	4.711
Saldo delle altre partite tecniche	-81	-109	-96	-88	-41	-113	-192	-356
Spese di gestione (-)	1.791	1.770	1.941	2.048	2.365	2.634	2.811	2.850
Utile investimenti	4.801	4.399	5.350	5.950	6.458	6.610	7.025	3.430
Risultato del conto tecnico diretto	1.282	618	1.525	1.462	1.060	749	662	-2.775
Saldo della riassicurazione e altre partite	407	293	292	247	371	459	335	332
Risultato del conto tecnico complessivo	1.689	911	1.817	1.709	1.431	1.208	997	-2.443
Variazione % annua dei premi	21,6%	23,6%	15,8%	8,3%	12,5%	-3,3%	-17,0%	15,7%
Expense ratio	9,2%	7,4%	7,0%	6,8%	7,0%	8,0%	10,3%	9,1%
Utile investimenti/Riserve tecniche	4,5%	3,7%	4,1%	4,1%	3,9%	3,8%	3,9%	1,8%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	6,6%	2,6%	5,5%	4,9%	3,1%	2,3%	2,4%	-8,8%
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	8,7%	3,8%	6,5%	5,7%	4,2%	3,7%	3,7%	-7,8%
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	1,57%	0,77%	1,38%	1,17%	0,87%	0,69%	0,55%	-1,31%
Incidenza dei premi sul totale dei rami vita	41,9%	43,4%	44,3%	45,9%	46,1%	47,2%	44,2%	57,6%

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 29.717 milioni di euro (+2,5% rispetto al 2007).

All'aumento dei premi relativi ai nuovi contratti ha fatto seguito una **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse pari a 4.711 milioni di euro, con un importo più che triplicato rispetto al 2007.

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 1.712 milioni di euro, in aumento rispetto al 2007 quando era stata negativa e pari a 1.829 milioni di euro.

Le **spese di gestione** sono state pari a 2.850 milioni di euro (2.811 milioni nel 2007). L'incidenza sui premi è fortemente diminuita, dal 10,3% nel 2007 al 9,1% nel 2008.



Considerati gli utili degli investimenti (3.430 milioni di euro), dimezzati rispetto al 2007, il **risultato del conto tecnico diretto** è stato negativo per 2.775 milioni di euro (era positivo e pari a 662 milioni nel 2007). In rapporto ai premi, tale risultato è diminuito passando dal 2,4% nel 2007 al -8,8% nel 2008.

Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato positivo per 332 milioni di euro.

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato negativo e pari a 2.443 milioni di euro. L'incidenza sui premi è stata pari al -7,8%; quella sulle riserve tecniche è passata dallo 0,55% nel 2007 al -1,31% nel 2008.

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

A causa delle turbolenze sui mercati finanziari verificatesi nella seconda metà del 2008, si è fortemente contratta la commercializzazione di prodotti assicurativi a elevato contenuto finanziario come le polizze linked, distribuite soprattutto dal canale bancario. Questo spiega perché i **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 74 imprese operanti nel ramo e pari a 18.558 milioni di euro, sono calati del 36,1% rispetto al 2007. L'incidenza dei premi di questo ramo sul totale dei premi vita è scesa conseguentemente dal 47,3% nel 2007 al 34,0% nel 2008.

RAMO III - FONDI DI INVESTIMENTO O INDICI

Valori in milioni di euro

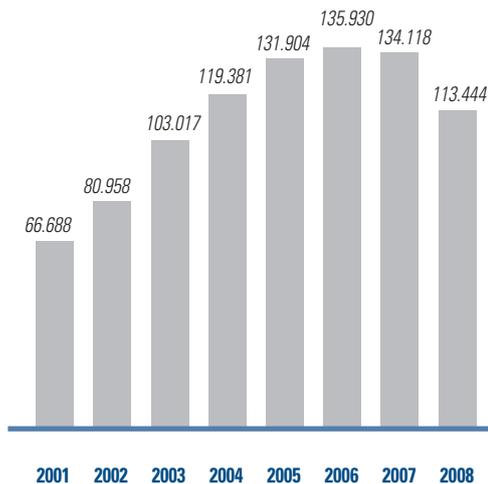
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Premi contabilizzati	23.613	24.559	26.488	24.756	26.389	27.385	29.053	18.558
Oneri relativi ai sinistri (-)	3.098	5.562	7.590	13.370	20.797	25.192	28.821	23.159
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	16.670	14.233	22.145	16.146	12.634	4.220	-1.862	-20.218
Saldo delle altre partite tecniche	267	341	548	589	757	759	671	471
Spese di gestione (-)	1.394	1.378	1.578	1.614	1.706	1.747	1.661	1.073
Utile investimenti	-2.576	-3.318	4.156	5.993	8.781	3.723	-418	-14.594
Risultato del conto tecnico diretto	142	409	-121	207	790	708	686	421
Saldo della riassicurazione e altre partite	61	-19	-5	5	-45	16	-33	-9
Risultato del conto tecnico complessivo	203	390	-126	212	745	724	653	412
Variazione % annua dei premi	6,3%	4,0%	7,9%	-6,5%	6,6%	3,8%	6,1%	-36,1%
Expense ratio	5,9%	5,6%	6,0%	6,5%	6,5%	6,4%	5,7%	5,8%
Utile investimenti/Riserve tecniche	-4,4%	-4,5%	4,5%	5,4%	7,0%	2,8%	-0,3%	-11,9%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	0,6%	1,7%	-0,5%	0,8%	3,0%	2,6%	2,4%	2,3%
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	0,9%	1,6%	-0,5%	0,9%	2,8%	2,6%	2,2%	2,2%
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	0,35%	0,53%	-0,14%	0,19%	0,59%	0,55%	0,49%	0,33%
<i>Incidenza dei premi sul totale dei rami vita</i>	<i>51,0%</i>	<i>44,4%</i>	<i>42,2%</i>	<i>37,7%</i>	<i>35,9%</i>	<i>39,5%</i>	<i>47,3%</i>	<i>34,0%</i>

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



Le assicurazioni vita

RISERVE TECNICHE - RAMO III - FONDI DI INVESTIMENTO
Valori in milioni di euro



Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, pari a 23.159 milioni di euro, hanno registrato un sensibile decremento rispetto al 2007 (-19,6%).

La **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse è diminuita passando da -1.862 milioni di euro nel 2007 a -20.218 milioni di euro nel 2008. In termini percentuali lo stock di riserve, pari a 113 miliardi di euro, è diminuito di oltre il 15% rispetto all'anno precedente.

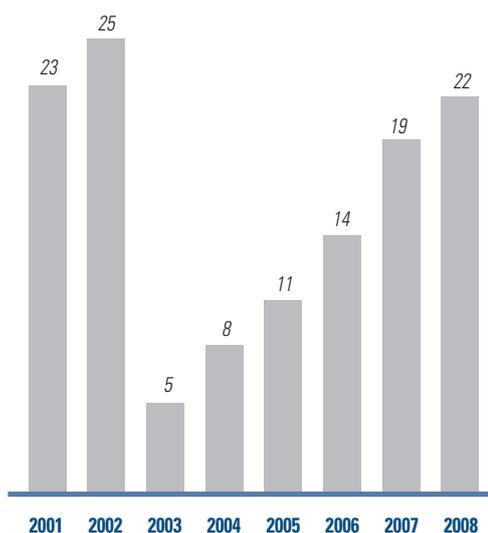
Nel complesso la **raccolta netta**, definita come la differenza tra i premi e le somme pagate e la variazione delle riserve per somme da pagare, è stata per la prima volta negativa e pari a 4.601 milioni di euro, in diminuzione rispetto al risultato positivo del 2007 (232 milioni di euro).

Le **spese di gestione** sono state pari a 1.073 milioni di euro (1.661 milioni nel 2007). L'incidenza sui premi è stata del 5,8%, in lieve aumento rispetto a quella del 2007.

Nonostante i risultati negativi dei rendimenti degli investimenti (pari a -14.594 milioni di euro da -418 milioni nel 2007), il **risultato del conto tecnico diretto** è stato positivo per 421 milioni di euro, in diminuzione rispetto al valore del 2007. L'incidenza sui premi si è mantenuta praticamente costante e pari al 2,3%.

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

RISERVE TECNICHE - RAMO IV
MALATTIA A LUNGO TERMINE
Valori in milioni di euro



Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 412 milioni di euro (653 milioni nel 2007). Sia l'incidenza sui premi (pari a 2,2%) sia quella sulle riserve tecniche (pari a 0,33%), risultano in linea con il 2007.

Ramo IV - Assicurazioni malattia a lungo termine

I **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 33 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 25 milioni di euro (-17,1% rispetto al 2007).

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 4 milioni di euro (3 milioni nel 2007). L'incidenza sui premi è stata del 17,3% (9,8% nel 2007), mentre l'incidenza sulle riserve è stata di circa il 24%.

Ramo V - Operazioni di capitalizzazione

I **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 75 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 3.196 milioni di euro, in diminuzione di circa il 30% rispetto al 2007. L'incidenza dei premi di questo ramo sul totale è conseguentemente scesa dal 7,3% nel 2007 al 5,9% nel 2008.



RAMO IV - MALATTIA A LUNGO TERMINE

Valori in milioni di euro

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Premi contabilizzati	12	10	17	18	24	23	30	25
Oneri relativi ai sinistri (-)	3	3	7	9	12	7	7	8
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	8	4	2	2	2	3	6	3
Saldo delle altre partite tecniche	0	1	0	0	-2	0	1	-1
Spese di gestione (-)	0	0	4	2	3	3	3	3
Utile investimenti	1	1	0	0	1	0	0	0
Risultato del conto tecnico diretto	2	5	4	5	6	10	15	10
Saldo della riassicurazione e altre partite	0	-2	-5	-4	-5	-9	-12	-6
Risultato del conto tecnico complessivo	2	3	-1	1	1	1	3	4
Variazione % annua dei premi	46,8%	-10,3%	61,3%	9,2%	28,9%	-2,4%	32,8%	-17,1%
Expense ratio	3,3%	2,3%	21,8%	11,6%	12,5%	12,3%	9,9%	12,9%
Utile investimenti/Riserve tecniche	6,0%	5,9%	1,4%	3,9%	5,6%	2,7%	3,2%	2,5%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	14,8%	44,2%	24,2%	27,7%	23,6%	42,7%	49,9%	40,8%
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	20,6%	28,9%	-6,2%	3,5%	6,0%	2,3%	9,8%	17,3%
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	12,71%	12,48%	-6,93%	9,67%	14,93%	4,58%	19,60%	23,62%
<i>Incidenza dei premi sul totale dei rami vita</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>

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

Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, hanno raggiunto i 12.523 milioni di euro (16.380 milioni nel 2007).

La **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse è stata negativa e pari a 8.079 milioni di euro (-10.562 milioni nel 2007).

Le **spese di gestione** sono state pari a 100 milioni di euro (177 milioni nel 2007); l'incidenza sui premi è passata dal 4,0% nel 2007 al 3,1% nel 2008.

Considerati gli utili degli investimenti, pari a 418 milioni di euro, il **risultato del conto tecnico diretto** è stato negativo per 953 milioni di euro (-3 milioni di euro nel 2007).

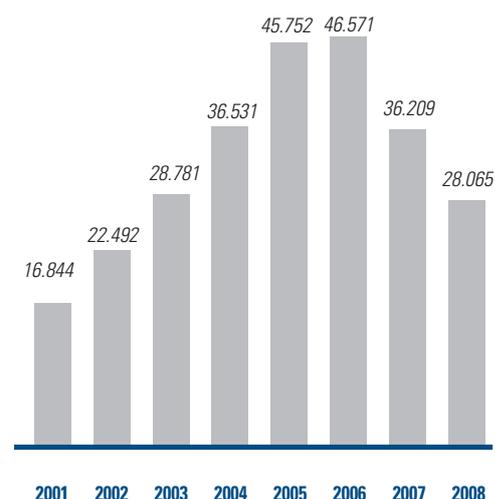
Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato positivo per 4 milioni di euro.

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato negativo e pari a 949 milioni di euro (era pari a 0 nel 2007).

Ramo VI - Gestione di fondi pensione

I **premi diretti del lavoro italiano**, raccolti dalle 45 imprese operanti nel ramo, sono stati pari a 1.356 milioni di euro, circa due volte quelli registrati nel 2007

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



Le assicurazioni vita

RAMO V - CAPITALIZZAZIONE

Valori in milioni di euro

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Premi contabilizzati	3.201	6.610	8.360	10.554	12.692	8.938	4.469	3.196
Oneri relativi ai sinistri (-)	1.739	2.551	3.003	4.149	4.615	9.478	16.380	12.523
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	2.421	4.951	6.243	7.631	9.418	1.017	-10.562	-8.079
Saldo delle altre partite tecniche	-13	52	-26	-29	-20	-19	-19	-23
Spese di gestione (-)	131	224	215	190	223	188	177	100
Utile investimenti	594	792	1.136	1.558	1.751	1.747	1.542	418
Risultato del conto tecnico diretto	-509	-272	9	113	167	-17	-3	-953
Saldo della riassicurazione e altre partite	11	7	11	1	5	5	3	4
Risultato del conto tecnico complessivo	-498	-265	20	114	172	-12	0	-949
Variazione % annua dei premi	113,0%	106,5%	26,5%	26,2%	20,3%	-29,6%	-50,0%	-28,5%
Expense ratio	4,1%	3,4%	2,6%	1,8%	1,8%	2,1%	4,0%	3,1%
Utile investimenti/Riserve tecniche	3,8%	4,0%	4,4%	4,8%	4,3%	4,0%	3,8%	1,2%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	-15,9%	-4,1%	0,1%	1,1%	1,3%	-0,2%	-0,1%	-29,8%
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	-15,6%	-4,0%	0,2%	1,1%	1,4%	-1,0%	0,0%	-29,7%
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	-3,18%	-1,35%	0,08%	0,35%	0,42%	-0,03%	0,00%	-2,79%
<i>Incidenza dei premi sul totale dei rami vita</i>	<i>6,9%</i>	<i>12,0%</i>	<i>13,3%</i>	<i>16,1%</i>	<i>17,3%</i>	<i>12,9%</i>	<i>7,3%</i>	<i>5,9%</i>

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

(quando la raccolta era stata pari a 720 milioni di euro). La crescita di questo ramo è dovuta principalmente ai conferimenti delle quote di TFR (Trattamento di Fine Rapporto) verso i fondi pensione gestiti e/o istituiti da imprese di assicurazione, come previsto dalla normativa sulla previdenza complementare vigente.

Le **somme pagate** e la variazione delle riserve per somme da pagare, al netto dei recuperi, sono state pari a 145 milioni di euro (113 milioni nel 2007).

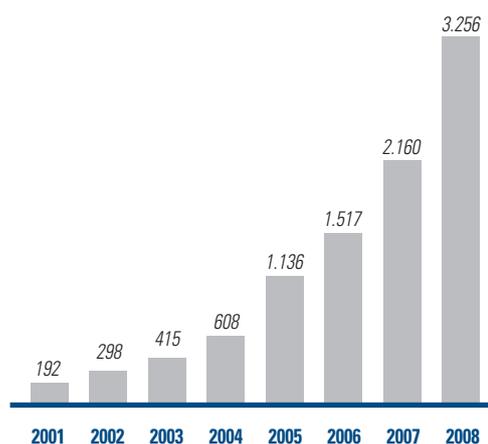
La **variazione delle riserve matematiche** e delle riserve tecniche diverse è stata di 939 milioni di euro, con un aumento di circa il 46%.

Le **spese di gestione** sono state pari a 35 milioni di euro (29 milioni nel 2007). L'incidenza sui premi è stata del 2,6% (4,0% nel 2007).

Includendo il risultato degli investimenti (-273 milioni di euro), il **risultato del conto tecnico diretto** è stato negativo per 19 milioni di euro (-30 milioni nel 2007).

Il **risultato complessivo del conto tecnico** ha registrato il medesimo valore, essendo pari a 0 il saldo della riassicurazione.

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



RAMO VI - FONDI PENSIONE

Valori in milioni di euro

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Premi contabilizzati	91	124	128	198	495	285	720	1.356
Oneri relativi ai sinistri (-)	7	8	15	24	33	64	113	145
Variazione delle riserve matematiche e altre riserve tecniche (-)	76	85	131	194	532	267	643	939
Saldo delle altre partite tecniche	1	2	3	3	4	7	9	17
Spese di gestione (-)	6	7	8	10	11	17	29	35
Utile investimenti	-7	-30	19	23	71	46	26	-273
Risultato del conto tecnico diretto	-4	-4	-4	-4	-6	-10	-30	-19
Saldo della riassicurazione e altre partite	0	0	0	0	0	0	0	0
Risultato del conto tecnico complessivo	-4	-4	-4	-4	-6	-10	-30	-19
Variazione % annua dei premi	-2,6%	36,6%	3,4%	54,4%	150,4%	-42,4%	152,5%	88,3%
Expense ratio	7,0%	5,8%	6,4%	5,0%	2,3%	6,0%	4,0%	2,6%
Utile investimenti/Riserve tecniche	-4,5%	-12,1%	5,2%	4,4%	8,2%	3,9%	1,5%	-11,1%
Risultato del conto tecnico/Premi contabilizzati	-4,7%	-3,1%	-3,3%	-2,0%	-1,2%	-3,4%	-4,1%	-1,4%
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi contabilizzati	-4,9%	-3,2%	-3,3%	-2,0%	-1,2%	-3,4%	-4,1%	-1,4%
Risultato del conto tecnico complessivo/Riserve tecniche	-2,72%	-1,60%	-1,20%	-0,79%	-0,66%	-0,82%	-1,77%	-0,77%
<i>Incidenza dei premi sul totale dei rami vita</i>	<i>0,2%</i>	<i>0,2%</i>	<i>0,2%</i>	<i>0,3%</i>	<i>0,7%</i>	<i>0,4%</i>	<i>1,2%</i>	<i>2,5%</i>

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

LA STRUTTURA DELLE SPESE SOSTENUTE DALLE IMPRESE VITA

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

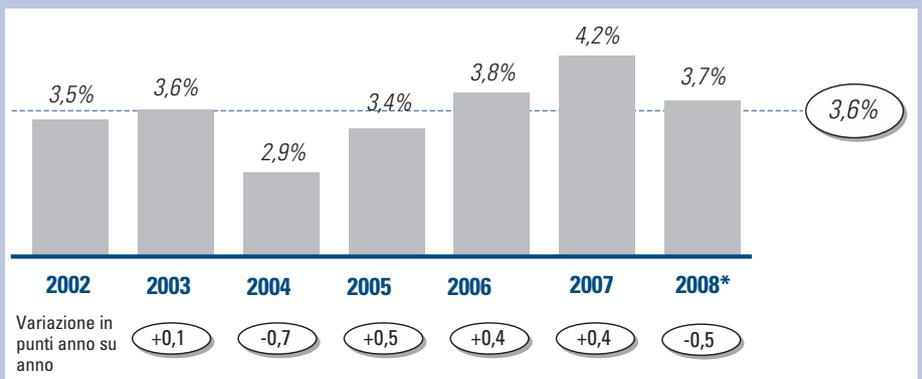
Spese di Acquisizione

Tali spese sono costituite in gran parte dalle commissioni su nuovi contratti pagate ai canali distributivi. La loro incidenza può essere calcolata rapportandole a una misura standardizzata dei premi – SPE (single premium equivalent) – pari alla somma tra i premi unici, considerati per il 100% del loro importo, e i premi annui moltiplicati per la durata media dei contratti, assunta nel nostro caso pari convenzionalmente a dieci anni. Tale rapporto coerentemente considera oltre al versamento iniziale anche gli altri versamenti attesi dei contraenti, tenendo conto della diversa composizione, talvolta corrispondente anche a una diversa struttura commissionale, tra premi unici e periodici. L'indice, dopo un trend di sostanziale crescita registrato negli anni 2004-2007, mostra in quest'ultimo anno una diminuzione di mezzo punto percentuale (dal 4,2% nel 2007 al 3,7% nel 2008). Il valore medio dell'indice negli anni 2002-2008 è pari al 3,6%.



Le assicurazioni vita

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

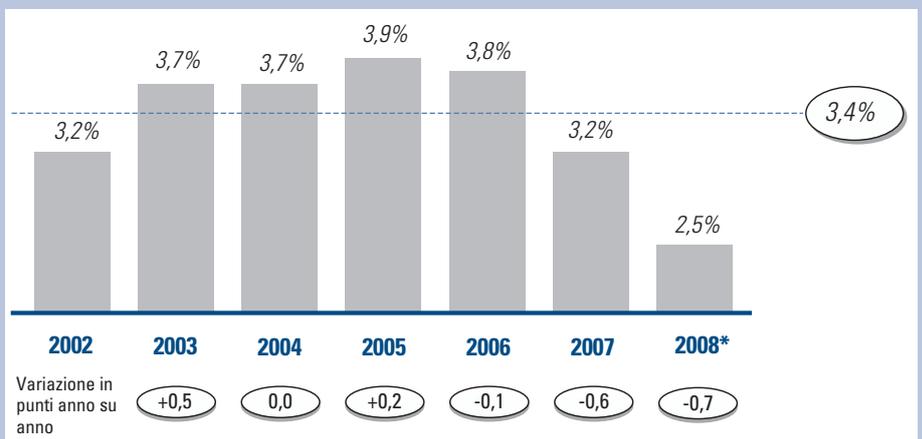


* Stima ANIA

Spese di incasso

Tali spese sono in buona parte costituite da commissioni ricorrenti pagate dalle imprese alle reti distributive nelle polizze con piani di versamento pluriennali, in corrispondenza delle annualità di premio successive alla prima. È quindi coerente calcolarne l'incidenza rapportando tali spese al totale dei premi di annualità successive alla prima, ossia escludendo i premi relativi alla nuova produzione. L'indicatore, come mostrato dal grafico seguente, mostra negli ultimi due anni un trend sostanzialmente decrescente, con un valore medio pari al 3,4% e un valore nel 2008 pari al 2,5%.

PROVVIGIONI DI INCASSO SU PREMI
DI ANNUALITÀ SUCCESSIVE – LAVORO DIRETTO



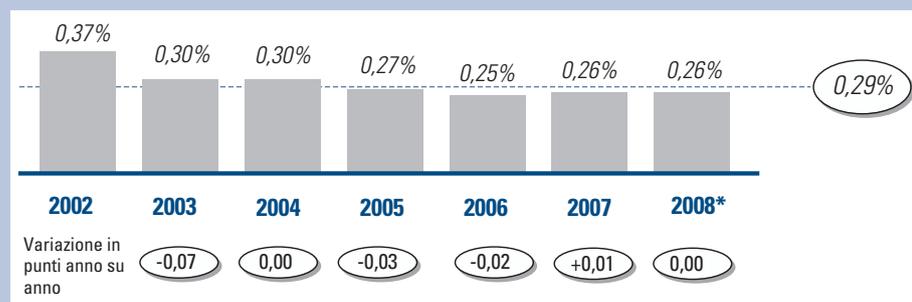
* Stima ANIA

Spese generali o di amministrazione

Tali spese vengono generalmente rapportate alle riserve tecniche, valore che approssima il complesso delle masse finanziarie investite per conto degli assicurati, in modo da rappresentare, come comunemente avviene nell'industria del risparmio gestito, l'incidenza delle spese sostenute dalle imprese per l'amministrazione dei contratti e per la gestione delle attività finanziarie a essi collegate sulla massa delle stesse. L'andamento di tale rapporto, raffigu-



rato nel grafico seguente, evidenzia negli ultimi quattro anni una sostanziale stabilità, con un valore medio pari a 0,29 punti base e un valore nel 2008 pari a 0,26 punti base (come nel 2007).



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 è determinato come il rapporto tra la somma di cedole, dividendi e realizzi di plus o minusvalenze rispetto alla giacenza media delle attività nel periodo di riferimento, generalmente annuale. Tale rendimento viene attribuito, in tutto o in una percentuale definita contrattualmente, alle prestazioni assicurate.

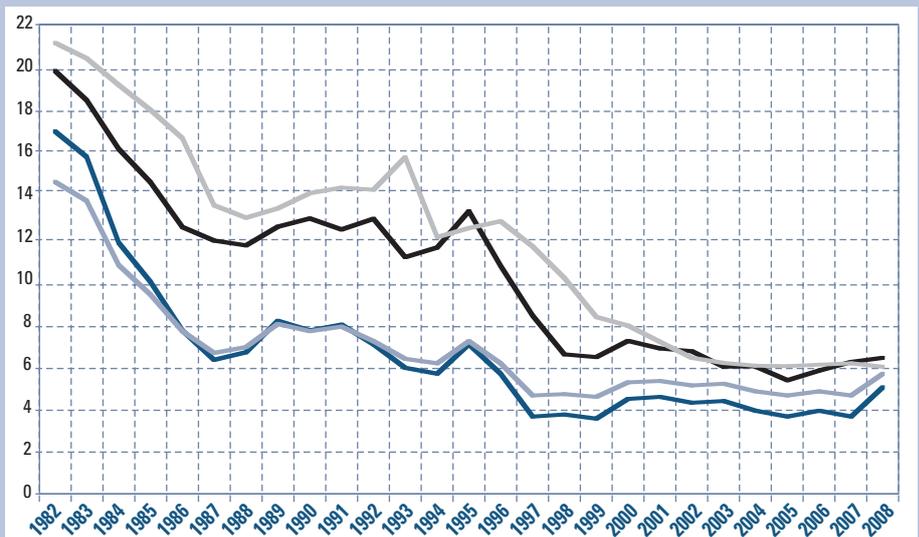
Riguardo all'andamento dei rendimenti delle polizze rivalutabili nel tempo, può essere utile effettuare un confronto di lungo periodo con il rendimento dei titoli di Stato, il tasso di inflazione e la remunerazione riconosciuta al TFR.

La figura 1 evidenzia come il rendimento lordo delle gestioni separate sia stato tra il 1982 e il 2001 generalmente 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 delle gestioni separate è stato pari al 4,3%, mentre il rendimento del BTP è stato pari al 4,2%, la remunerazione del TFR al 3,1% e l'inflazione al 2,3%.



FIGURA 1
CONFRONTO FRA I RENDIMENTI DI: POLIZZE RIVALUTABILI, TFR, TITOLO DI STATO A 10 ANNI E TASSO DI INFLAZIONE

— Rendimenti lordi delle gestioni separate
— Rendimento titoli di Stato (dal 1995 BTP)
— Inflazione
— Rendimento TFR

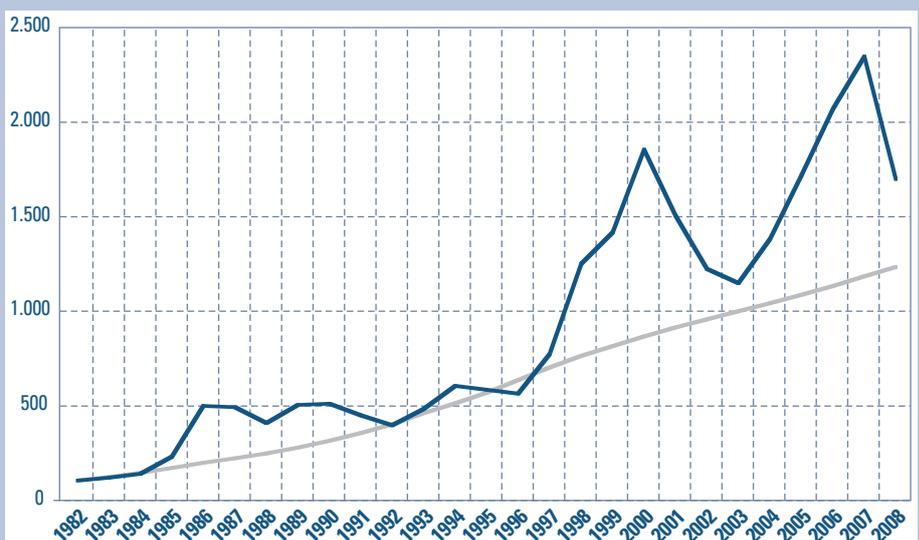


Fonti: Thomson Reuter, ANIA e ISTAT

Fatto 100 nel 1982 il valore di un investimento in una gestione separata, nel 2008, sulla base dei rendimenti lordi registrati nel periodo, il valore era pari a 1.229, con un rendimento medio annuo del 10,2%, pari al 5,7% in termini reali, con una volatilità (deviazione standard) del 4,9% (figura 2). Lo stesso investimento in azioni italiane era pari, sempre alla fine del 2008, a 1.694 (nell'ipotesi di completo reinvestimento dei dividendi), con un rendimento medio annuo del 15,1%, 10,5% in termini reali, e con una deviazione standard del 31,5%. 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 non attribuita ai contratti (tale quota è variabile da prodotto a prodotto, generalmente il rendimento viene attribuito alle prestazioni contrattuali in una quota compresa tra l'80% e il 90%).

FIGURA 2
POLIZZE RIVALUTABILI E INDICE AZIONARIO DEL MERCATO ITALIANO

— Rendimento azionario (indice Datastream comprensivo dei dividendi)
— Rendimento lordo delle gestioni separate

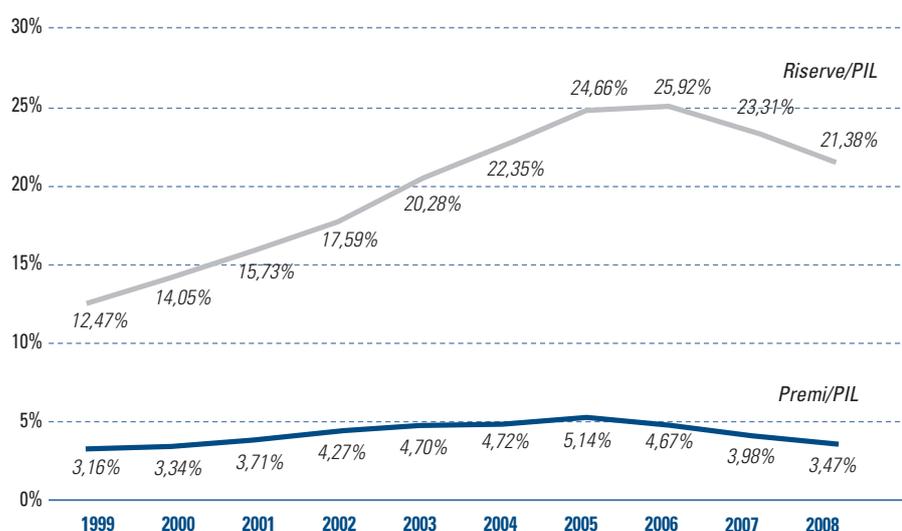


Fonti: ANIA e Thomson Reuters



ASSICURAZIONE VITA E PIL

Dopo anni di costante crescita, il 2008 è il secondo anno consecutivo per il quale si registra una riduzione dell'incidenza delle riserve matematiche sul PIL (dal 23,31% nel 2007 al 21,38% nel 2008). Il calo è dovuto principalmente alla riduzione della raccolta premi, la cui incidenza sul PIL è scesa dal 3,98% nel 2007 al 3,47% nel 2008, ritornando sui livelli raggiunti nei primi anni del decennio, nonché al calo del valore nominale delle riserve stesse a causa della crisi dei mercati finanziari.



PREMI E RISERVE IN % DEL PIL*

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

ASSICURAZIONE VITA E RISPARMIO DELLE FAMIGLIE ITALIANE

Nel 2008 il reddito disponibile delle famiglie italiane è aumentato del 2,7% in termini nominali, in diminuzione rispetto al 3,2% registrato nel 2007; in termini reali il reddito degli italiani ha registrato una flessione dello 0,5%, la prima da quasi 10 anni.

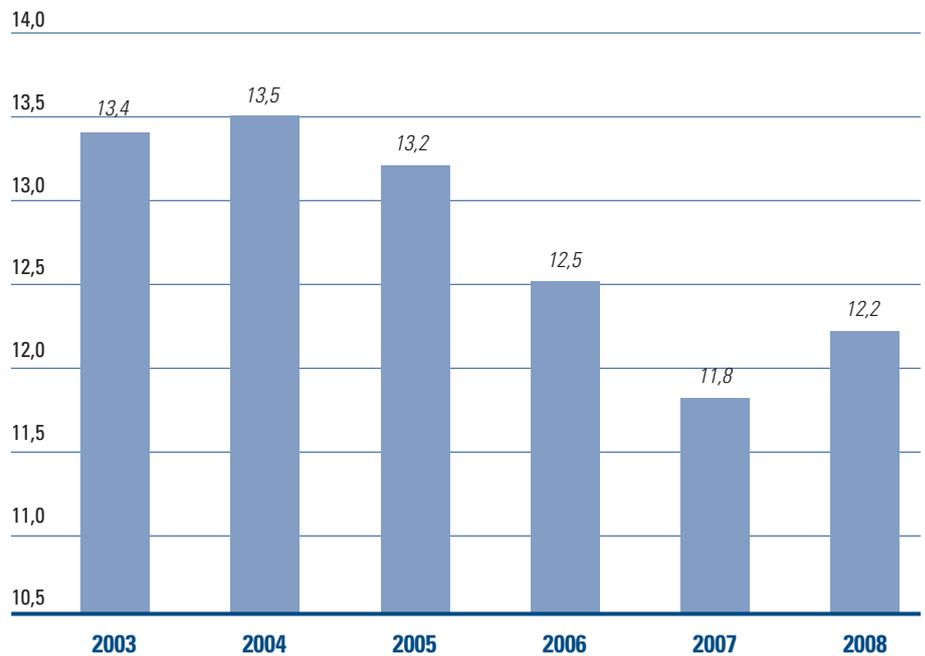
Nel 2008 il saggio di risparmio, inteso come rapporto tra risparmio al lordo degli ammortamenti e al netto della variazione dei fondi pensione e del TFR e il reddito lordo disponibile, è salito al 12,2%, dall'11,8% nel 2007 (figura 1). Si tratta del primo aumento dal 2004, probabilmente riconducibile alle perdite sugli investimenti finanziari e al peggioramento delle prospettive dell'economia e del mercato del lavoro che hanno spinto le famiglie a modificare i piani di consumo in senso prudentiale.

Nel 2008 è fortemente diminuito il flusso di investimento finanziario delle famiglie (da 103 miliardi di euro nel 2007 a 70 miliardi nel 2008); nel contempo si è drasticamente ridotto il flusso di indebitamento (da 60,5 miliardi nel 2007 a 26 miliardi nel 2008) (tavola 1).



Le assicurazioni vita

FIGURA 1
TASSO DI RISPARMIO DELLE FAMIGLIE
(% del reddito disponibile)



Fonte: ISTAT. 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 complesso, il risparmio finanziario delle famiglie, definito come la differenza tra il flusso lordo delle attività e quello delle passività, è stato pari a 43,7 miliardi di euro, sostanzialmente lo stesso valore nel 2007. In rapporto al PIL il risparmio finanziario è stato nel 2008 pari al 2,8%.

Pressoché tutti gli acquisti delle famiglie sono stati indirizzati verso strumenti di raccolta delle banche italiane, che si trovano nella necessità di compensare le difficoltà di raccolta nei mercati internazionali prosciugati dalla crisi di liquidità. Nel complesso, gli acquisti netti di questi strumenti sono stati pari a 92,5 miliardi di euro, di cui 16,7 miliardi in depositi in conto corrente e 48,7 miliardi in obbligazioni. Le famiglie hanno anche effettuato acquisti netti di titoli postali (9,6 miliardi, come nel 2007) e di azioni e partecipazioni e titoli esteri, sia pure per un ammontare dimezzato rispetto al 2007.

Le famiglie hanno invece ceduto quote di fondi comuni (per 66 miliardi di euro, contro 35,5 miliardi nel 2007), prodotti assicurativi vita (per 10,5 miliardi, contro 9 miliardi nel 2007) e titoli di Stato (per 3 miliardi, a fronte di acquisti per 39 miliardi nel 2007).

Il forte crollo di valore di azioni e partecipazioni ha fatto diminuire il valore complessivo del portafoglio finanziario delle famiglie. Nel complesso questo strumento finanziario rappresenta il 21,0% del portafoglio (27,2% alla fine del 2007). Circa il 30% del portafoglio delle famiglie è investito in strumenti emessi dalle banche italiane, di cui quasi la metà in conti correnti; il 17,1% in assicurazione vita, danni, TFR e fondi pensione (10,0% le sole assicurazioni vita, contro 9,8% nel 2007); circa il 9% in risparmio postale. Le quote di fondi comuni e i titoli di Stato italiani e i titoli esteri rappresentano ciascuno circa il 5% del portafoglio.



TAVOLA 1 - ATTIVITÀ FINANZIARIE DELLE FAMIGLIE ITALIANE

STRUMENTI	FLUSSI				CONSISTENZE			
	milioni di euro		% sul totale		milioni di euro		% sul totale	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Biglietti, monete	5.012	14.298	4,9	20,5	89.449	103.324	2,4	3,0
Strumenti emessi dalle banche	44.881	92.508	43,5	132,5	946.671	1.044.820	25,4	30,5
di cui: depositi a vista	385	16.736	0,4	24,0	477.063	493.286	12,8	14,4
altri depositi	21.497	27.068	20,8	38,8	115.539	143.956	3,1	4,2
titoli a medio e a lungo termine	23.000	48.704	22,3	69,8	354.070	407.578	9,5	11,9
Depositi e altra raccolta postale (*)	9.888	9.584	9,6	13,7	286.983	295.936	7,7	8,6
Titoli di Stato	39.048	-3.222	37,8	-4,6	204.988	186.094	5,5	5,4
di cui: a breve termine	12.578	-1.021	12,2	-1,5	26.089	20.390	0,7	0,6
a medio e a lungo termine	26.470	-2.202	25,7	-3,2	178.898	165.704	4,8	4,8
Altri titoli emessi dalle imprese	10.439	8.388	10,1	12,0	48.452	48.622	1,3	1,4
Quote di fondi comuni	-35.468	-66.024	-34,4	-94,6	268.348	165.303	7,2	4,8
di cui: italiani	-31.937	-43.350	-31,0	-62,1	186.353	128.899	5,0	3,8
esteri	-3.531	-22.674	-3,4	-32,5	81.995	36.404	2,2	1,1
Azioni e partecipazioni	22.579	10.231	21,9	14,7	1.013.758	721.355	27,2	21,0
di cui: italiane	26.109	12.208	25,3	17,5	916.855	652.316	24,6	19,0
estere	-3.530	-1.976	-3,4	-2,8	100.630	69.039	2,7	2,0
Altre attività sull'estero	7.298	4.529	7,1	6,5	145.355	154.226	3,9	4,5
Riserve per premi di assicurazione (*)	-4.181	-5.134	-4,1	-7,4	607.509	586.818	16,3	17,1
di cui: riserve ramo vita	-9.091	-10.548	-8,8	-15,1	365.251	342.262	9,8	10,0
Altre attività	3.691	4.664	3,6	6,7	115.539	121.419	3,1	3,5
Totale attività	103.188	69.821	100,0	100,0	3.727.052	3.427.917	100,0	100,0
Totale passività	60.562	26.080			811.968	836.216	100,0	100,0
SALDO	42.626	43.741			2.915.084	2.591.701		

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.

Alla fine del 2008 il totale del portafoglio finanziario era pari a 3.428 miliardi, poco più di tre volte il reddito disponibile (3,5 nel 2007), una riduzione simile a quella osservata nell'area dell'euro (da 3,1 a 2,8 volte). La ricchezza finanziaria netta, ottenuta sottraendo le passività finanziarie alle attività, era pari a 2.592 miliardi, ossia 2,5 volte il reddito disponibile (tavola 2).

Nel corso del 2008 i fondi comuni di investimento di diritto italiano ed estero e di gruppi italiani ed esteri hanno registrato nel complesso deflussi pari a 144 miliardi di euro. È stato il comparto obbligazionario a registrare l'andamento più negativo, con disinvestimenti pari a quasi 68 miliardi, seguito dal comparto azionario con deflussi pari a quasi 30 miliardi. L'effetto congiunto dei consistenti deflussi e l'andamento negativo dei corsi azionari ha determinato una



Le assicurazioni vita

TAVOLA 2
ATTIVITÀ FINANZIARIE DELLE FAMIGLIE
IN RAPPORTO AL REDDITO DISPONIBILE

	Attività finanziarie			Ricchezza finanziaria netta		
	2006	2007	2008 (sett)	2006	2007	2008 (sett)
Italia	3,61	3,54	3,23	2,87	2,77	2,46
Belgio	4,62	4,53	4,04	3,82	3,70	3,20
Francia	2,85	2,83	2,69	1,94	1,89	1,73
Germania	2,77	2,83	2,72	1,79	1,88	1,80
Spagna	2,87	2,86	2,44	1,55	1,46	1,08
Area dell'euro	3,10	3,08	2,81	2,07	2,03	1,77
Regno Unito	4,60	4,65	4,14	2,94	2,90	2,39
Stati Uniti	4,82	4,81	4,24	3,45	3,42	2,88
Giappone	4,97	4,84	—	3,69	3,62	—

Fonte: Banca d'Italia

FIGURA 2
IL CAPITALE GESTITO DAI FONDI COMUNI
PER COMPARTO



riduzione del complesso del valore delle masse gestite da 616 miliardi nel mese di dicembre del 2007 a 398 miliardi alla fine dello scorso anno.

Nel 2008 non si sono osservati cambiamenti significativi nella distribuzione del patrimonio gestito tra i vari comparti. Rispetto al 2007 è aumentata la quota di patrimonio gestita dai fondi obbligazionari, dal 35% al 39%; sono cresciute anche le quote gestite dai fondi liquidità e flessibili, rispettivamente dal 15% al 21% e dall'11% al 13%; sono diminuite invece le quote relative ai rimanenti settori: dal 25% al 17% i fondi azionari, dal 6% al 5% i fondi hedge e quelli bilanciati (figura 2).

Dai dati relativi ai primi cinque mesi del 2009 è possibile apprezzare un significativo rallentamento del deflusso di risorse dai fondi: nel periodo, la raccolta netta è stata negativa per 13 miliardi, a fronte dei deflussi per quasi 58 miliardi registrati nel corrispondente periodo del 2008 (tavola 3).

La decelerazione dei deflussi e la ripresa dei mercati azionari hanno determinato una sostanziale stabilità del valore del patrimonio gestito nei primi cinque mesi del 2009.

TAVOLA 3
RACCOLTA NETTA DEI FONDI COMUNI
DI DIRITTO ITALIANO ED ESTERO
E DI GRUPPI ITALIANI ED ESTERI
Valori in milioni di euro

Tipologia di fondo	2007	2008	2008 (gen-mag) (*)	2009 I (gen-mag) (*)
Azionari	-24.323	-29.632	-20.217	273
Bilanciati	-7.230	-8.812	-5.064	-1.269
Obbligazionari	-47.205	-67.831	-23.528	-7.086
Liquidità	7.902	-11.519	-435	180
Flessibili	12.571	-17.418	-7.807	-902
Hedge	5.864	-8.440	-690	-4.272
Totale	-52.422	-143.651	-57.742	-13.076

Fonte: Assogestioni
(*) I dati mensili sono rilevati sulla base di un campione di fondi meno ampio rispetto a quello su cui sono basati i dati annuali



LE NOVITÀ DELLA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Il regolamento COVIP sulle modalità di adesione alle forme pensionistiche complementari

Il Regolamento, in vigore dal 1° ottobre 2008, si compone di due parti: la prima riguarda alcune nuove disposizioni sulla Nota informativa, mentre la seconda prevede nuove regole sulle modalità di raccolta delle adesioni e sul comportamento dei soggetti preposti alla raccolta stessa.

Riguardo alla Nota informativa, le principali novità riguardano il suo deposito presso la COVIP e gli adempimenti da osservare in caso di variazioni dei contenuti della Nota stessa.

La Nota informativa va depositata presso la COVIP prima dell'avvio della raccolta delle adesioni. A tal fine, va trasmessa alla COVIP un'apposita comunicazione contenente l'attestazione che la Nota è stata redatta in conformità allo Schema predisposto dalla stessa COVIP ed è coerente con lo statuto o regolamento approvato. La data di deposito è il giorno in cui è effettuato l'invio di tale comunicazione con modalità telematiche che verranno stabilite dalla COVIP. Ogni variazione delle informazioni contenute nella Nota informativa depositata comporta il suo tempestivo aggiornamento, di norma mediante modifica della sezione interessata. Qualora le modifiche siano relative ai soggetti coinvolti nell'attività della forma pensionistica complementare e ai luoghi previsti per la raccolta delle adesioni si può utilizzare lo strumento del Supplemento, che potrà essere consentito anche in altre ipotesi particolari e per periodi limitati, su richiesta degli interessati. Se la variazione riguarda il Modulo di adesione, è necessario procedere alla predisposizione di una nuova versione integrale dello stesso. In ogni caso, le variazioni apportate alla Nota informativa devono essere tempestivamente comunicate alla COVIP e solo a seguito della predetta comunicazione è possibile utilizzare la nuova sezione della Nota informativa. Entro il mese di marzo di ogni anno, in occasione dell'aggiornamento delle informazioni relative all'andamento della gestione, si dovrà procedere al complessivo aggiornamento delle informazioni contenute nelle varie sezioni della Nota informativa e negli eventuali Supplementi, prevedendo il deposito della nuova Nota informativa.

Riguardo alla raccolta delle adesioni, la COVIP ha innanzitutto precisato le sedi in cui tale attività può essere svolta, prevedendo che i fondi pensione negoziali e i soggetti istitutori dei fondi pensione aperti e dei PIP debbano operare in modo che i soggetti che svolgono l'attività di raccolta osservino una serie di disposizioni ritenute adeguate ad assicurare, in linea generale, che in tali sedi sia fornita ai potenziali aderenti un'informativa idonea a consentire agli stessi di effettuare scelte consapevoli e rispondenti alle proprie esigenze.



Al potenziale aderente dovranno essere illustrate con attenzione le informazioni contenute nella Nota informativa e, in particolare, quelle riportate nella Scheda sintetica (con specifico riguardo ai costi, alle opzioni di investimento e ai relativi rischi). Per quanto attiene ai costi deve essere, tra l'altro, evidenziata l'importanza di acquisire informazioni circa l'Indicatore sintetico dei costi relativo alle altre forme pensionistiche complementari, il cui quadro complessivo è disponibile sul sito web della COVIP.

Particolari informazioni devono essere fornite anche con riguardo ai contenuti del progetto esemplificativo standardizzato e sulla possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo messo a disposizione sul sito web della forma pensionistica.

Nel caso, poi, in cui a un soggetto rientrante nell'area dei destinatari di una forma pensionistica di natura collettiva sia proposta l'adesione ad altra forma pensionistica, dovrà essere richiamata l'attenzione del potenziale aderente circa l'eventualità di non poter beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso in cui aderisca alla forma pensionistica offerta.

Per quanto riguarda le adesioni a fondi pensione aperti e PIP, il regolamento precisa che dovranno continuare a essere rispettate anche le disposizioni per il collocamento già previste dalle rispettive Autorità di vigilanza, quindi "... delle disposizioni previste per il collocamento di prodotti finanziari, nel caso di fondi pensione istituiti da banche, SGR e SIM, o assicurativi, nel caso di fondi pensione aperti e PIP istituiti da imprese di assicurazione".

Infine, con specifico riferimento alle adesioni collettive ai fondi pensione aperti, poste in essere dalle fonti istitutive di carattere collettivo, è previsto che la raccolta delle adesioni potrà avvenire negli stessi luoghi abilitati alla raccolta delle adesioni ai fondi pensione negoziali, da parte dei medesimi soggetti preposti alla raccolta di queste ultime e nel rispetto delle medesime regole di comportamento.

Le linee guida sui trasferimenti tra forme di previdenza complementare e lo standard di distinta contributiva

L'ANIA, insieme ad altre associazioni operanti nel settore della previdenza complementare (ABI, Assofondipensione, Assogestioni e Assoprevidenza), COVIP, MEFOP e alcuni fornitori di servizi amministrativi hanno sottoscritto il documento "Linee guida – Best practice della gestione dei trasferimenti". Detta sottoscrizione è avvenuta il 24 aprile 2008 presso la sede del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale alla presenza del Ministro. Il documento definisce regole di comportamento, standard di efficienza minimi e informazioni necessarie per la gestione delle procedure di trasferimento delle posizioni individuali degli aderenti da una forma pensionistica complementare a un'altra.



L'adesione alle Linee guida da parte delle forme pensionistiche è libera e volontaria e rappresenta un'autoregolamentazione utile per elevare gli standard di servizio agli aderenti. Le forme pensionistiche aderenti alle Linee guida in esame, oltre a darne notizia sul proprio sito web, sono incluse in un elenco pubblicato sul sito www.tfr.gov.it del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale e su quello del MEFOP (www.mefop.it).

Successivamente l'Associazione, insieme al Consorzio CBI – struttura dell'ABI dedicata ai servizi interbancari – ad Assogestioni e ad Assosoftware (associazione dei fornitori di applicativi gestionali per gli uffici amministrativi delle aziende), ha finalizzato un progetto di standardizzazione della distinta contributiva utilizzabile per i flussi informativi e di pagamento intercorrenti tra le forme pensionistiche complementari e gli uffici amministrativi delle aziende dove lavorano gli iscritti. Il progetto ha l'obiettivo di razionalizzare gli adempimenti gestionali attraverso la standardizzazione dei processi, come ad esempio nel caso in cui una stessa azienda, che ha lavoratori o gruppi di essi iscritti a diverse forme pensionistiche, debba inviare flussi diversificati alle diverse forme ovvero, viceversa, quando uno stesso fondo pensione aperto, ad esempio, riceva flussi diversificati di contributi da diverse aziende.

Lo standard di distinta contributiva è stato presentato nella sua versione iniziale in un evento interassociativo alla fine del marzo scorso ed è stato reso disponibile a tutti gli associati nonché proposto all'attenzione degli altri operatori del settore.

Provvedimento ISVAP sul tasso massimo garantibile dalle forme pensionistiche complementari

L'ISVAP ha recentemente emanato il Provvedimento n. 2696 che reca modifiche e integrazioni al Regolamento n. 21 per introdurre nuove disposizioni sul tasso massimo garantibile dalle forme pensionistiche complementari (fondi pensione negoziali, fondi pensione aperti, fondi pensione preesistenti e PIP).

Le nuove disposizioni consentono alle imprese la facoltà di garantire un rendimento non superiore al tasso di rivalutazione del TFR sia sulle quote di TFR destinate tacitamente o volontariamente a forme pensionistiche complementari, sia sugli eventuali flussi contributivi versati alle stesse forme da parte dei lavoratori e dei datori di lavoro. Tale garanzia di rendimento potrà essere stabilita contrattualmente per periodi non superiori a tre anni, allo scadere dei quali l'impresa – anche in funzione delle nuove condizioni di mercato e della redditività degli attivi – valuterà se continuare a prestare la medesima garanzia.

A fronte della sopra descritta facoltà, il Provvedimento pone l'attenzione sulla necessità che l'impresa verifichi che la misura di rivalutazione garantita non



sia in nessun caso "...più elevata del rendimento degli attivi a copertura delle riserve tecniche, tenendo conto di margini prudenziali, in coerenza con la durata media degli impegni e con i flussi prospettici delle quote di TFR conferite e delle prestazioni attese nonché con le condizioni del mercato finanziario, attuali e prospettive".

Della suddetta verifica l'impresa dovrà dar conto in una relazione dettagliata, sottoscritta da un responsabile per l'impresa, da trasmettere all'ISVAP. La relazione dovrà essere inviata all'Autorità stessa entro 15 giorni dalla sottoscrizione della convenzione per la gestione delle risorse con il fondo pensione o dal rilascio della garanzia da parte del fondo aperto o del PIP nonché alle eventuali successive scadenze temporali o quando le mutate condizioni di mercato richiedano una revisione sostanziale della strategia finanziaria originariamente adottata.

GLI ORIENTAMENTI DELLA CONSOB SULLA TRASPARENZA E SULLA DISTRIBUZIONE DI PRODOTTI ILLIQUIDI

Il 2 marzo 2009 la CONSOB ha pubblicato, al termine della procedura di consultazione, la Comunicazione n. 9019104 "Il dovere dell'intermediario di comportarsi con correttezza e trasparenza in sede di distribuzione di prodotti finanziari illiquidi".

La Comunicazione fornisce – in coerenza con la definizione del "livello 3" di attuazione delle disposizioni MIFID – orientamenti interpretativi sulle norme emanate con il nuovo Regolamento Intermediari 16190/2007. Tali orientamenti riguardano misure di trasparenza, qualificate dalla CONSOB come "raccomandazioni" operative, e misure di correttezza nonché doveri di comportamento che l'intermediario deve osservare in maniera vincolante.

L'ambito di operatività della Comunicazione è limitato alla distribuzione dei prodotti "illiquidi" verso clienti al dettaglio, dove sono considerati illiquidi quei prodotti "...che determinano per l'investitore ostacoli o limitazioni allo smobilizzo entro un lasso di tempo ragionevole, a condizioni di prezzo significative, ossia tali da riflettere, direttamente o indirettamente, una pluralità di interessi in acquisto e in vendita." Per i prodotti finanziario-assicurativi, tale principio va interpretato, secondo CONSOB, con riferimento a prodotti che per condizioni di diritto o di fatto (ad esempio norme di legge o condizioni contrattuali) possono presentare significative limitazioni alla loro liquidabilità. In particolare, i prodotti di capitalizzazione si configurano come illiquidi "di diritto", in quanto non riscattabili per legge nel primo anno, mentre i prodotti unit-linked e index-linked si configurano come prodotti illiquidi "di fatto" quando le condizioni contrattuali contengono limitazioni temporali o penalizzazioni significative in caso di riscatto.



Con riferimento agli intermediari interessati, la Comunicazione riguarda i c.d. soggetti abilitati all'intermediazione assicurativa (banche, SIM, Banco Posta) nonché la vendita diretta da parte delle imprese, e non concerne, quindi, la distribuzione tramite le reti tradizionali (agenti e broker). La Comunicazione richiama inoltre l'attenzione sulla necessità che gli intermediari definiscano una politica commerciale in grado di valutare la compatibilità dei prodotti offerti con le caratteristiche e i bisogni della clientela "retail" nonché di fissare "...meccanismi di incentivo secondo criteri non contrapposti al miglior interesse del cliente...".

Riguardo alla trasparenza dei prodotti, le "raccomandazioni operative" indicate da CONSOB sono da intendersi come rappresentazioni di comportamenti esemplificativi ritenuti appropriati. In particolare, è prevista la raccomandazione di informare correttamente il cliente sull'unbundling dell'investimento finanziario, ossia sulla distinzione tra fair value e costi; sul valore di smobilizzo o le modalità di rimborso, evidenziando le eventuali difficoltà di liquidazione anche in termini di tempi necessari all'operazione; sul confronto con prodotti o parametri di riferimento noti e a basso rischio di analoga durata ovvero, ove esistenti nel medesimo catalogo, con prodotti succedanei di larga diffusione e adeguata liquidità, anche mediante scenari probabilistici di confronto del rendimento.

In realtà, i suddetti presidi di trasparenza previsti nel prospetto d'offerta dei prodotti finanziario-assicurativi (ad esempio scomposizione tabellare dell'investimento finanziario, indicazione di modalità e tempi per la liquidazione delle prestazioni, confronti con parametri di riferimento o strumenti risk-free anche mediante scenari probabilistici) sembrano già sostanzialmente soddisfare le raccomandazioni in questione, ovviamente purché accompagnati dall'illustrazione dettagliata al cliente da parte degli intermediari.

Riguardo alle misure di correttezza nel comportamento degli intermediari, va premesso che le indicazioni riportate nella Comunicazione non danno luogo a disposizioni innovative, ma vanno inserite nel più ampio quadro di regole di comportamento già delineato dallo stesso Regolamento Intermediari. Ad esempio, nei casi in cui l'intermediario opera in modo da essere tenuto a valutare la sola appropriatezza egli deve comunque – sempreché non abbia in tal senso già adeguato il proprio processo di valutazione – illustrare "...le peculiari caratteristiche dei prodotti illiquidi, specie se caratterizzati da profili di complessità, raffrontandole al grado di conoscenza finanziaria e di esperienza del cliente e verificando l'effettiva capacità di quest'ultimo di comprenderne gli specifici profili di rischio". Nei casi in cui l'intermediario operi in modo da essere tenuto a valutare l'adeguatezza dell'offerta, egli deve anche dotarsi di procedure che consentano, tra l'altro, di: valutare l'adeguatezza del prodotto illiquido, tenendo conto in questo senso di eventuali prodotti succedanei con diversa onerosità presenti nel proprio catalogo, svolgere un'attenta profi-



latura dei clienti e una rigorosa mappatura dei prodotti, organizzarsi in modo da aggiornare le informazioni sugli obiettivi d'investimento e la situazione finanziaria dei clienti, porre particolare attenzione all'holding period – ossia al periodo per il quale il cliente intende conservare l'investimento – la cui coerenza dovrà essere valutata confrontando direttamente tale periodo temporale con le caratteristiche di durata e di liquidità del prodotto raccomandato, valutare attentamente, sempre nell'ottica di verifica dell'adeguatezza del prodotto offerto o richiesto con le caratteristiche e gli obiettivi d'investimento del cliente, il livello dei costi del prodotto (ad es. i caricamenti upfront).

Infine, riguardo alla tempistica la CONSOB specifica che "...gli intermediari sono tenuti ad aggiornare le proprie procedure al fine di adeguarsi, nel più breve termine ragionevolmente necessario, ai principi e ai criteri sopra delineati, avvantaggiandosi eventualmente anche dei contributi forniti dalle Associazioni di categoria...".

LA NUOVA REGOLAMENTAZIONE ISVAP SULLE POLIZZE INDEX-LINKED

L'ISVAP ha pubblicato lo scorso giugno, il Regolamento n. 32 in materia di contratti index-linked, che entrerà in vigore il 1° novembre 2009. Le nuove disposizioni introducono importanti innovazioni.

Innanzitutto, il Regolamento stabilisce che le prestazioni possono essere collegate esclusivamente a indici (azionari, obbligazionari o sull'inflazione) o combinazione degli stessi e non possono pertanto più essere collegate, ad esempio, al valore di titoli strutturati detenuti dall'impresa. Conseguenza diretta di tale impostazione è che l'impresa deve assumersi almeno il rischio di controparte relativo agli emittenti dei titoli a copertura degli impegni assunti, salvo il caso in cui decida di replicare direttamente gli impegni assunti mediante l'acquisto delle quote rappresentanti gli indici.

Gli indici azionari o obbligazionari cui collegare le prestazioni devono essere: costruiti su titoli negoziati su mercati regolamentati attivi e liquidi; di pubblica diffusione e replicabili; caratterizzati da un'adeguata diversificazione dei titoli sottostanti; calcolati in base a criteri oggettivi, che prevedano anche la modalità di eventuale sostituzione dei titoli, da soggetti che siano terzi e indipendenti rispetto alle imprese e agli emittenti i titoli su cui sono costruiti; pubblicati con cadenza giornaliera su quotidiani di diffusione nazionale. Gli indici sull'inflazione devono essere comunemente utilizzati, calcolati periodicamente da enti statistici pubblici, configurati nelle condizioni di polizza, le prestazioni della quale devono essere coperte con attivi aventi caratteristiche, quali l'indicizzazione, coerenti con gli impegni assunti.



Le modalità di indicizzazione delle prestazioni devono essere semplici e comprensibili per il contraente, mentre il profilo di rischio del prodotto deve poter essere replicabile attraverso una gestione finanziaria che utilizzi solo posizioni di investimento in acquisto non derivate.

Riguardo al rischio di concentrazione, è previsto che le imprese non possano investire in strumenti dello stesso emittente per più del 10% del totale delle riserve relative al portafoglio complessivo di contratti index-linked. Il limite riferito a più emittenti dello stesso gruppo è fissato al 20%.

Riguardo alle disposizioni sul contenuto demografico dei prodotti, il Regolamento prevede che i prodotti debbano garantire prestazioni il cui valore sia dipendente dalla valutazione del rischio demografico, determinate liberamente dall'impresa tenendo conto dell'ammontare del premio versato.

Nel caso in cui l'impresa replichi direttamente gli impegni assunti mediante l'acquisto delle quote rappresentanti gli indici cui sono collegate le prestazioni e fosse dotata di un sistema di misurazione e gestione dei rischi adeguato, il margine di solvibilità è fissato in misura ridotta all'1% delle riserve. Tale misura ridotta si applica anche in assenza della replicazione diretta, purché sia prevista una adeguata diversificazione, per singolo emittente o gruppo, degli attivi a copertura, ossia fissando un limite massimo di concentrazione per emittente o gruppo non superiore al 3% del complesso delle riserve tecniche dei contratti index diversi da quelli con la replicazione diretta. I nuovi limiti di concentrazione si applicano dal 1° gennaio 2010. Per gli attivi a copertura dei contratti esistenti, i nuovi limiti valgono dal momento in cui l'impresa emette nuovi contratti ai sensi e agli effetti del Regolamento.

Sulla base del principio di non arbitraggio regolamentare è fatto divieto di collegare prodotti unit-linked a OICR indicizzati in base ad algoritmi che non rispondano ai requisiti stabiliti nel Regolamento stesso.

Inoltre, sono state introdotte anche alcune modifiche a regolamenti già emanati:

- l'art. 54 (Principi di calcolo delle riserve tecniche dei contratti index-linked) del Regolamento 21 è integrato dall'obbligo per le imprese, nel determinare le riserve tecniche, di considerare ogni fattore di rischio che può influire sulla sicurezza e negoziabilità degli attivi, costituendo accantonamenti a fronte del rischio di credito e di liquidità. A tal fine, il tasso di interesse di valutazione delle riserve deve essere ridotto per tener conto di un margine prudenziale atto a compensare il rischio di credito e liquidità degli attivi a copertura rispetto a un analogo attivo privo di rischio;
- anche gli obblighi di pubblicità, già previsti dall'art. 12 della Circolare ISVAP n. 551/D, vengono adeguati, disponendo che le imprese, per i contratti



index emessi successivamente all'entrata in vigore del regolamento, pubblicino giornalmente sul sito internet e su almeno un quotidiano a diffusione nazionale, con cadenza almeno settimanale, i valori di riscatto espressi in funzione di un capitale assicurato nozionale pari a 100.

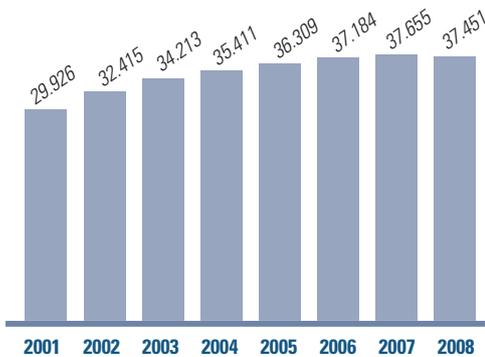
Il Regolamento si applica integralmente alle imprese italiane e alle sedi secondarie in Italia di imprese con sede legale in uno Stato terzo. Per le imprese con sede legale in uno Stato membro che operano in Italia valgono le disposizioni sugli indici ammissibili e sulle modalità di indicizzazione, nonché quelle relative ai contratti unit linked collegati a OICR con prestazioni indicizzate.





Le assicurazioni danni

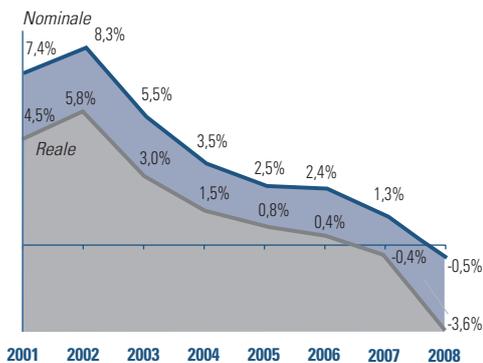
PREMI DIRETTI
Valori in milioni di euro



La raccolta premi è stata pari nel 2008 a 37.451 milioni di euro, sostanzialmente stabile rispetto al 2007 (-0,5%). L'incidenza dei rami danni sul totale dei premi è passata dal 38% al 41% per effetto della contrazione del settore vita. In presenza di una stabilità dell'expense ratio, l'aumento del rapporto tra oneri per sinistri e premi di competenza ha determinato un peggioramento del combined ratio d'esercizio; il risultato tecnico è rimasto comunque positivo, ma la sua incidenza sui premi si è fortemente ridotta passando dal 6,9% nel 2007 allo 0,7% nel 2008.

IL LAVORO ITALIANO

TASSO DI VARIAZIONE DEI PREMI DIRETTI

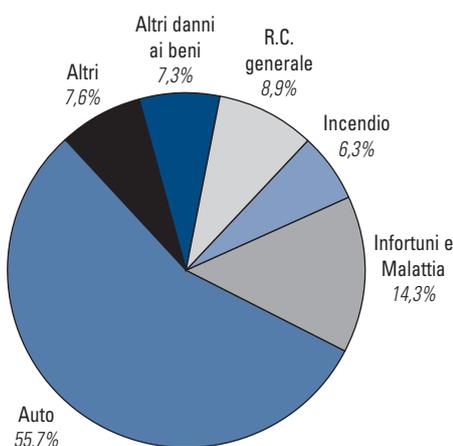


I premi diretti del lavoro italiano, raccolti dalle 113 imprese operanti nei rami danni, sono stati pari a 37.451 milioni di euro, con una diminuzione rispetto all'anno precedente dello 0,5% in termini nominali e del 3,6% in termini reali. La dinamica è stata determinata soprattutto dal decremento (-3,2%) registrato per il settore auto (r.c. auto e corpi veicoli terrestri) che da solo costituisce il 56% della raccolta totale danni. L'incidenza percentuale sul totale dei premi danni e vita è stata del 40,7%, in aumento rispetto al 38,0% del 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 27.917 milioni di euro (26.597 nel 2007), con un aumento del 5,0% rispetto all'anno precedente; in rapporto ai premi di competenza si osserva un valore pari al 75,2%, in aumento rispetto al 71,7% del 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 27.530 milioni di euro (26.079 nel 2007) con un incremento del 5,6%. Il rapporto tra tali oneri per sinistri e i premi di competenza è stato pari al 74,2%, in aumento rispetto al 70,3% del 2007.

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 9.155 milioni di euro (9.191 nel 2007), con una diminuzione dello 0,4% e un'incidenza sui premi diretti del 24,4%, in linea con il 2007. L'incidenza delle spese di amministrazione sul totale dei premi è scesa dal 5,2% nel 2007 al 4,9% nel 2008.



37.451 milioni di euro

PESO % DEI PRINCIPALI RAMI DANNI



CONTO TECNICO RAMI DANNI

Valori in milioni di euro

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Premi contabilizzati	29.926	32.415	34.213	35.411	36.309	37.184	37.655	37.451
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	776	764	734	610	627	622	570	349
Oneri relativi ai sinistri (-):	23.024	23.654	24.306	24.549	24.841	25.861	26.079	27.530
- sinistri di competenza (-)	22.397	23.407	24.456	24.928	25.709	26.509	26.597	27.917
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	-627	-247	150	379	868	648	518	387
Saldo delle altre partite tecniche	-326	-460	-503	-591	-561	-717	-653	-739
Spese di gestione (-)	6.891	7.331	7.703	8.058	8.392	8.660	9.191	9.155
- provvigioni	4.497	4.843	5.138	5.338	5.546	5.755	6.011	5.991
- altre spese di acquisizione	921	953	1.004	1.046	1.105	1.170	1.238	1.335
- altre spese di amministrazione	1.473	1.535	1.561	1.674	1.741	1.735	1.942	1.829
Saldo tecnico del lavoro diretto	-1.091	206	967	1.603	1.888	1.324	1.162	-322
Utile investimenti	1.632	1.211	1.629	1.917	1.991	1.854	1.924	771
Risultato del conto tecnico diretto	541	1.417	2.596	3.520	3.879	3.178	3.086	449
Saldo della riassicurazione	281	-124	-407	-864	-845	-661	-515	-193
Risultato del conto tecnico complessivo	822	1.293	2.189	2.656	3.034	2.516	2.571	256
Variazione % annua dei premi	7,4%	8,3%	5,5%	3,5%	2,5%	2,4%	1,3%	-0,5%
Combined ratio	102,0%	97,3%	95,1%	93,3%	92,7%	94,0%	94,7%	98,6%
- Expense ratio	23,0%	22,6%	22,5%	22,8%	23,1%	23,3%	24,4%	24,4%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	15,0%	14,9%	15,0%	15,1%	15,3%	15,5%	16,0%	16,0%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	3,1%	2,9%	2,9%	3,0%	3,0%	3,1%	3,3%	3,6%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,9%	4,7%	4,6%	4,7%	4,8%	4,7%	5,2%	4,9%
- Loss ratio:	79,0%	74,7%	72,6%	70,5%	69,6%	70,7%	70,3%	74,2%
- Loss ratio di competenza	76,8%	74,0%	73,1%	71,6%	72,1%	72,5%	71,7%	75,2%
- Suff./Insuff sinistri es. preced/Premi competenza	-2,2%	-0,8%	0,4%	1,1%	2,4%	1,8%	1,4%	1,0%
Saldo tecnico/Premi di competenza	-3,7%	0,7%	2,9%	4,6%	5,3%	3,6%	3,1%	-0,9%
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	1,9%	4,5%	7,8%	10,1%	10,9%	8,7%	8,3%	1,2%
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	2,8%	4,1%	6,5%	7,6%	8,5%	6,9%	6,9%	0,7%

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

Il **saldo tecnico del lavoro diretto** è stato negativo per 322 milioni di euro (era positivo e pari a 1.162 milioni di euro nel 2007).

Considerati gli utili degli investimenti, pari a 771 milioni di euro, il **risultato del conto tecnico** è stato positivo per 449 milioni di euro (3.086 nel 2007). L'incidenza sui premi è stata pari all'1,2% (8,3% nel 2007).

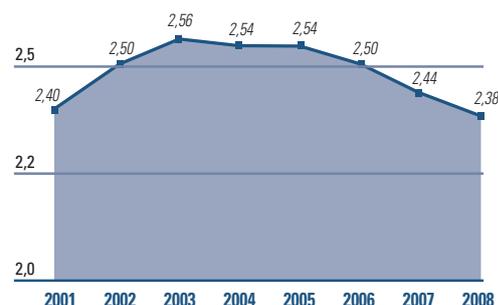
Il risultato delle cessioni in riassicurazione e del lavoro indiretto netto è stato negativo per 193 milioni di euro (-515 nel 2007).

Il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 256 milioni di euro (2.571 nel 2007). L'incidenza sui premi è stata dello 0,7% (6,9% nel 2007).

ASSICURAZIONE DANNI E PIL

Per il quinto anno consecutivo l'incidenza dei premi del settore danni sul PIL è in diminuzione; nel 2008 il rapporto è stato pari al 2,38% (era 2,56% nel 2003); determinante nella riduzione di tale rapporto è stato il calo di oltre il 3% dei premi del settore auto.

INCIDENZA % DEI PREMI DANNI SUL PIL



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



LE NUOVE DISPOSIZIONI ISVAP SULLA CLASSIFICAZIONE DEI RISCHI

Il 16 marzo 2009 l'ISVAP ha emanato il Regolamento n. 29 allo scopo di fornire istruzioni circa la classificazione di specifiche tipologie di rischio nei rami danni e nei rami vita e di precisare in alcuni casi gli ambiti di assicurabilità. Il Regolamento è entrato in vigore con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, solo con riferimento ai contratti stipulati successivamente a tale data, concedendo peraltro alle imprese novanta giorni per adeguarsi a quelle disposizioni che potrebbero implicare modifiche alla loro operatività.

Disposizioni di carattere generale

Con riferimento ai rischi non assicurabili l'ISVAP ha chiarito che non è assicurabile il rischio di ritiro o sospensione della patente nel caso in cui la copertura assicurativa si concretizzi "nella corresponsione di diarie o altre indennità giornaliere connesse con il periodo di interdizione" a seguito di violazioni del Codice della Strada. Risultano viceversa assicurabili altri rischi non direttamente connessi con la sanzione in questione in quanto effetti soltanto indiretti della sanzione stessa, quali, ad esempio, quelli derivanti dalla necessità di pagare i corsi per il recupero dei punti della patente nonché di pagare un corrispettivo per superare la revisione o per riottenere la patente stessa. Risultano parimenti ammissibili le garanzie di assistenza (ramo danni 18) finalizzate a prestare un aiuto all'assicurato, in caso di ritiro o sospensione della patente, mediante l'invio di un autista o di un taxi per i suoi spostamenti.

Per quanto riguarda l'assicurazione per i danni cagionati al datore di lavoro conseguenti alla sospensione o al ritiro della patente di guida di altri soggetti, l'ISVAP ha esteso l'ambito delle persone assicurabili da parte del datore di lavoro a tutti i soggetti per i quali la guida dei veicoli a motore – siano essi o meno di proprietà del datore di lavoro – sia "strettamente funzionale all'esercizio dell'attività cui gli stessi sono adibiti".

L'ISVAP ha inoltre ribadito l'obiettivo di evitare che vengano prestate, salvo nei casi previsti dalla legge, garanzie assicurative a fronte di obbligazioni aventi a oggetto rischi puramente finanziari, ossia i rischi "collegati al pagamento o al rimborso di finanziamenti ricevuti allo scopo di acquisire fondi o disponibilità liquide", nonché i rischi "collegati all'andamento di valore di prodotti finanziari o depositi bancari o postali non rappresentati da strumenti finanziari". È stato infine precisato che non sono ammissibili coperture destinate a garantire "il rimborso di sopravvenienze passive o minusvalenze su elementi patrimoniali derivanti da valutazioni conseguenti a operazioni straordinarie d'impresa".

L'ISVAP ha anche sottolineato che non può essere assicurata alcuna fattispecie di tipo sanzionatorio, neanche nel caso in cui un ente pubblico decidesse



di accollarsi la somma relativa alla sanzione comminata all'autore materiale dell'illecito, qualora rinunzi a rivalersi nei confronti del responsabile.

Riguardo alle prestazioni erogate sotto forma di attività di servizi, l'ISVAP ha inteso distinguere la vera e propria attività assicurativa, remunerata mediante premio, dall'attività di prestazione di servizi in natura di assistenza tecnica e sanitaria, remunerata in maniera diversa dal premio assicurativo. Gli elementi distintivi delle due fattispecie sono stati individuati nella determinazione o meno di un premio su basi statistico-attuariali e nella aleatorietà o meno dell'evento da cui deriva il bisogno della prestazione; per qualificare un servizio come non assicurativo non è necessario che tali elementi manchino entrambi, essendo sufficiente che ne difetti almeno uno.

Con riferimento ai servizi di assistenza tecnica e sanitaria offerti dalle imprese esercenti il ramo assistenza ai propri assicurati in via accessoria – a condizione che detti servizi costituiscano un "impegno marginale" e che nella polizza vi sia una separata evidenza del costo degli stessi – l'ISVAP ha precisato che, anche quando il costo in questione non sussista, tale circostanza dovrà essere in ogni caso indicata nel contratto. Le stesse condizioni valgono, per la prestazione di servizi di assistenza sanitaria a domicilio in accessorio alla copertura dei rischi propri dei rami infortuni e malattia (rami 1 e 2).

Criteria di classificazione dei rischi vita

Per quanto riguarda le assicurazioni sulla vita di ramo III, l'ISVAP ha confermato la necessità che ci sia attinenza con la durata di vita umana nel senso di "...presenza di un effettivo impegno...a liquidare... prestazioni assicurate il cui valore, o quello dei corrispondenti premi, sia dipendente dalla valutazione del rischio demografico." In merito all'assicurazione contro le malattie gravi, l'ISVAP dispone di classificare i contratti non rescindibili da parte dell'impresa – che prevedano prestazioni di importo prefissato al verificarsi di una delle malattie gravi indicate nel contratto stesso – nel ramo vita IV, quelli che prevedano l'anticipazione di tutto o parte del capitale in caso di decesso nel ramo vita I e quelli che comprendano il rimborso delle spese mediche nel ramo malattia (ramo 2). In quest'ultimo caso, l'indennizzo può configurarsi anche sotto forma di prestazione forfetaria o di indennità temporanea.

Riguardo all'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza, l'ISVAP chiarisce che i contratti non rescindibili da parte dell'impresa, se prevedono una prestazione in forma di rendita, vanno classificati nel ramo vita IV, mentre vanno classificati nel ramo malattia (ramo 2) quando la prestazione consiste in un risarcimento del costo per l'assistenza o in una prestazione in natura.

Viene confermato come i contratti le cui prestazioni siano collegate al valore delle quote di un fondo interno/OICR ovvero a un indice o altro valore di rife-



rimento senza alcuna attinenza con la durata di vita umana vadano classificati nel ramo V, purché prevedano anche una garanzia di rendimento minimo sui premi versati.

Riguardo all'assicurazione per il caso di decesso connessa con finanziamenti con cessione del quinto dello stipendio, viene confermato che, in quanto assicurazione sulla vita dell'assicurato/debitore, debba essere classificata nel ramo I.

Criteri di classificazione dei rischi danni

Riguardo alle assicurazioni fideiussorie prestate a garanzia di mutui per l'acquisto di immobili (coperture proprie del ramo cauzione) è fissato al 25% del mutuo erogato il limite entro il quale rilasciare le coperture.

Quanto al rischio "credito ipotecario", l'ISVAP ha introdotto una previsione che consente la copertura dell'ente mutuante per il rischio di insolvenza nel caso in cui la vendita forzata del bene immobile assunto in garanzia non permetta il realizzo di una somma pari a quella erogata dal finanziatore.

Con riferimento alle assicurazioni prestate a fronte di finanziamenti con cessione del quinto dello stipendio è stato espressamente previsto che quando esse sono riferite ai rischi di perdite patrimoniali derivanti da insolvenze nell'ambito del ramo credito (ramo 14), nel caso in cui sia l'ente finanziatore a stipulare il contratto e a pagare il premio, lo stesso ente non può attribuire al cliente l'onere del pagamento del premio. In tale contesto, all'impresa di assicurazione rimane comunque la possibilità di prevedere un diritto di rivalsa. Quando invece le assicurazioni in esame si riferiscono ai rischi relativi alla perdita di impiego (ramo 16, perdite pecuniarie) in cui è il cliente a pagare il premio, l'ISVAP ha chiarito come tale copertura non sia compatibile con la previsione di un diritto di rivalsa nei confronti dell'assicurato. Sempre con riferimento ai rischi relativi alla perdita di impiego, l'Istituto ha precisato di non ritenere ammissibili strutture contrattuali che comportino la coincidenza in un unico soggetto (l'ente finanziatore) delle figure di contraente per conto altrui (il debitore/finanziato) e di beneficiario.

Infine, l'ISVAP ha stabilito che l'assicurazione di responsabilità civile che copre il rischio dei danni prodotti dal lancio di paracadutisti "in occasione dell'utilizzo dell'aeromobile cui si riferisce l'assicurazione principale" è da classificare nel ramo responsabilità civile aeromobili (ramo 11), mentre è da classificare nel ramo responsabilità civile generale (ramo 13) l'assicurazione che copre "in via autonoma il rischio dei danni prodotti dal paracadutista nello svolgimento della sua attività".



I COSTI ASSICURATIVI DELLE CATASTROFI E IL MERCATO DEI CAT BOND NEL 2008

I costi assicurativi delle catastrofi nel 2008

Nel 2008 le catastrofi – naturali e quelle provocate dall'uomo – che si sono verificate nel mondo hanno causato la morte di oltre 240.000 persone e costi complessivi pari a circa 270 miliardi di dollari. Di questi, oltre 50 sono stati rimborsati dalle compagnie di assicurazione e riassicurazione è quanto riporta uno studio di Swiss Re. Il 2008 è stato tra gli esercizi più onerosi di tutti i tempi per le compagnie di assicurazione, secondo solo al 2005, anno delle devastazioni provocate dall'uragano Katrina nella costa meridionale degli Stati Uniti, durante il quale i rimborsi effettuati dalle compagnie raggiunsero la cifra di 80 miliardi di dollari. La grande maggioranza dei costi assicurativi è legata ai danni derivanti da eventi naturali, in particolare le tempeste di vento e i terremoti, che nel 2008 hanno provocato danni per oltre 45 miliardi di dollari. I rimanenti 8 miliardi sono invece da attribuirsi alle catastrofi provocate dall'uomo.

Area geografica	Numero catastrofi	Distrib. %	Vittime	Distrib. %	Sinistri risarciti (mln \$)	Distrib. %
Nord America	54	17,3	1.230	0,5	39.881	76,0
Europa	45	14,5	506	0,2	5.806	11,1
Asia	129	41,5	235.276	97,9	3.014	5,7
Sud America	13	4,2	534	0,2	360	0,7
Oceania/Australia	7	2,3	4	0,0	2.272	4,3
Africa	29	9,3	1.543	0,6	426	0,8
Oceani/spazio/mondo	34	10,9	1.367	0,6	745	1,4
	311	100,0	240.460	100,0	52.504	100,0

LE CATASTROFI PER AREA GEOGRAFICA NEL 2008

Fonte: Swiss Re - SIGMA

L'evento catastrofale con i costi umani più alti è stato il ciclone tropicale Nargis, che ha provocato nelle coste del Myanmar oltre 138.000 vittime, seguito dal terremoto che ha colpito la regione cinese del Sichuan che ha causato la morte di oltre 87.000 persone. Sebbene si concentri in questi due eventi la quasi totalità delle vittime umane, i costi assicurativi a loro collegati sono stati praticamente nulli. In Europa la tempesta invernale Emma, che ha colpito territori di Germania, Austria e Repubblica Ceca, ha provocato costi per il settore assicurativo pari a circa 1,3 miliardi di dollari. Secondo gli analisti del settore, l'entità di questi costi potrebbe determinare aumenti dei premi nei rami danni già nel corso del 2009.

Impatto del cambio climatico

Un recente studio dell'Associazione degli assicuratori britannici (ABI) riporta che le compagnie di assicurazione, operanti nelle aree più esposte a tempeste



e inondazioni, prevedono che i costi associati a questi eventi aumenteranno in modo considerevole e che questo porterà a possibili raddoppi del costo delle coperture entro 10 anni.

Lo studio dell'ABI rileva che le industrie con comparti produttivi in paesi a rapido sviluppo, quali la Cina e l'India, saranno le più esposte ai danni causati dal cambiamento climatico.

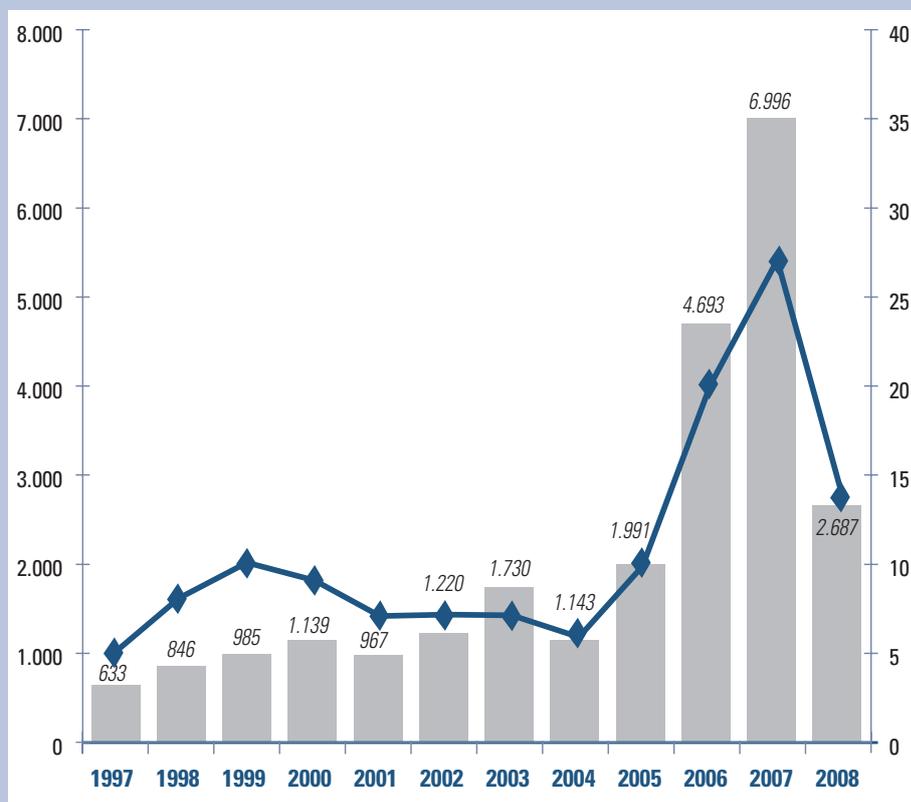
Si stima, infatti, che nel 2050 l'80% della produzione effettuata nella sola Cina provverrà da aree esposte al rischio di inondazioni. Le imprese vedranno così ridursi, in certi casi anche drasticamente, i margini di efficienza legati al più basso costo dei fattori (soprattutto lavoro). Alcune imprese potrebbero essere costrette a dover cambiare la propria strategia di localizzazione produttiva per mancanza di coperture assicurative adeguate ai rischi.

Il mercato dei cat bond nel 2008

L'attività di emissione di cat bond ha registrato nel 2008 una brusca flessione (figura 1). Il ritmo di collocamento dei primi sei mesi dell'anno, analogo a quelli, molto intensi, registrati nel 2006 e nel 2007, faceva sperare in una chiusura del 2008 ancora in espansione. Tuttavia delle 13 emissioni effettuate, solo

FIGURA 1
NUMERO E VOLUME (MLN \$) DI EMISSIONI
DI CAT BOND: 1997-2008

■ Capitale assicurato
◆ Numero di emissioni (scala destra)



Fonte: Guy Carpenter



due hanno avuto luogo nel secondo semestre dell'anno. I flussi di nuovo capitale hanno raggiunto 2,7 miliardi di dollari, con una diminuzione di oltre il 60% rispetto a quelli raccolti nel 2007.

L'effetto congiunto dei minori flussi di nuovo capitale e del venire a scadenza di emissioni passate ha determinato la prima inversione di tendenza del processo di accumulazione del capitale a garanzia delle coperture contro gli eventi catastrofici, in costante crescita da quando questi strumenti finanziari sono stati introdotti. Alla fine del 2008 lo stock di capitale assicurato raggiungeva gli 11,8 miliardi di dollari, quasi due miliardi in meno rispetto al 2007 (figura 2).

Secondo gli analisti di Guy Carpenter, sono stati vari fattori ad aver contribuito al determinarsi di questa situazione. In primo luogo, il 2008 è stato un anno particolarmente negativo sul fronte dei danni catastrofici, specialmente nella seconda metà dell'anno, durante la quale la costa meridionale degli Stati Uniti è stata colpita duramente e in rapida successione dagli uragani Gustav e Ike. Sebbene questi eventi non abbiano innescato nessun trigger previsto nei contratti in essere, i potenziali emittenti hanno rivisto al rialzo le aspettative sui rendimenti da offrire per rendere attraenti i cat bond.

A questo si è poi aggiunto, nel mese di settembre, il fallimento di alcune importanti istituzioni finanziarie che ha interessato direttamente quattro emissioni di cat bond (di queste, una ha successivamente mancato il pagamento degli interessi). In termini più generali, la crisi sembra, da un lato, aver ristretto le opportunità di raccogliere capitale sui mercati e, dall'altro, reso gli stessi investitori istituzionali meno propensi a includere il rischio assicurativo catastrofico nei propri investimenti.

Infine, l'assenza di una chiara tendenza nei prezzi della riassicurazione tradizionale nelle varie linee di business ha favorito un atteggiamento di attesa da parte degli operatori del settore in merito a nuove emissioni di cat bond.

Nel 2008 sono state le compagnie di assicurazione diretta a curare il maggior numero di emissioni, 7, una in più rispetto a quelle effettuate dal settore della riassicurazione. Il settore assicurativo diretto ha potuto raccogliere 1,7 miliardi di dollari, contro un miliardo raccolto dalle compagnie di riassicurazione. Nel 2008 non vi sono state emissioni da parte di entità corporate non appartenenti all'industria assicurativa.

FIGURA 2
CAPITALE ASSICURATO
(milioni di dollari)



Fonte: Guy Carpenter

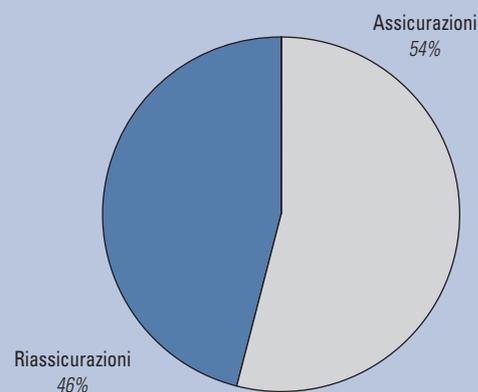


FIGURA 3
NUMERO DI EMISSIONI PER TIPO DI EMITTENTE





Nel ramo r.c. auto si registra una contrazione dei premi contabilizzati (-3,3%) che, associata con la sostanziale stabilità del costo dei sinistri, ha comportato un aumento del combined ratio (dal 99,1% nel 2007 al 100,9% nel 2008). A tale effetto si è sommato il calo dell'utile da investimenti, determinando così un risultato tecnico negativo. Permane invece positivo, anche se in netto calo, il risultato tecnico del ramo corpi veicoli terrestri.

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 68 imprese operanti nel ramo, sono stati nel 2008 pari a 17.637 milioni di euro, registrando una diminuzione del 3,3% rispetto all'anno precedente; questi premi costituiscono il 47,1% dei premi complessivi delle assicurazioni danni (48,4% nel 2007). Per il secondo anno consecutivo, la raccolta premi complessiva del ramo ha registrato una riduzione. Ciò è stato determinato sia da una sempre più diffusa applicazione di sconti sia dagli 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 impropriamente di una classe di bonus malus 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 14.752 milioni di euro, stabile rispetto al valore del 2007 (14.794). Il 2008, secondo anno di applicazione della nuova procedura per il risarcimento diretto, è stato caratterizzato da una sostanziale stabilità dei due principali indicatori tecnici di sinistrosità (frequenza e costo medio sinistri) che si sono attestati sugli stessi valori del 2007; ciò spiega perché il costo dei sinistri di competenza sia rimasto invariato 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 14.660 milioni di euro (14.732 nel 2007) e hanno registrato una diminuzione dello 0,5% rispetto al 2007. La sufficienza delle riserve per i sinistri accaduti in anni precedenti è stata nel 2008 appena positiva e pari a 92 milioni di euro. Questo spiega perché l'onere per sinistri risulta lievemente inferiore al costo dei sinistri di competenza. A causa della diminuzione dei premi più marcata rispetto a quella degli oneri, il rapporto tra gli oneri per sinistri e i premi di competenza è salito dall'80,7% nel 2007 all'82,3% nel 2008.

Le **spese di gestione** sono state pari a 3.275 milioni di euro (3.346 nel 2007) e comprendono le spese di amministrazione attinenti alla gestione tecnica e gli



L'assicurazione auto

R.C. AUTO E R.C. VEICOLI MARITTIMI

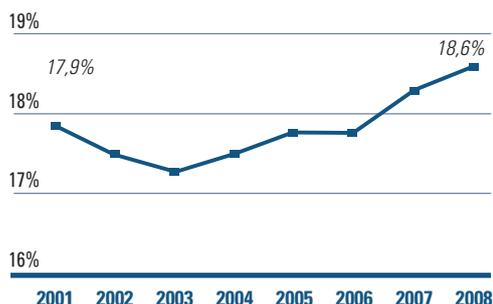
Valori in milioni di euro

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Premi contabilizzati	15.344	16.653	17.646	18.087	18.198	18.416	18.239	17.637
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	333	341	280	91	82	64	-10	-167
Oneri relativi ai sinistri (-):	13.734	13.735	14.177	14.375	14.284	14.588	14.732	14.660
- sinistri di competenza (-)	13.043	13.438	13.982	14.561	14.756	14.940	14.794	14.752
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	-691	-297	-195	186	472	352	62	92
Saldo delle altre partite tecniche	-98	-166	-178	-228	-211	-232	-226	-290
Spese di gestione (-)	2.741	2.921	3.047	3.169	3.235	3.276	3.346	3.275
- provvigioni	1.681	1.804	1.900	1.949	1.944	1.962	1.936	1.882
- altre spese di acquisizione	369	399	418	437	468	498	514	559
- altre spese di amministrazione	691	718	729	783	823	816	896	834
Saldo tecnico del lavoro diretto	-1.562	-510	-36	224	386	256	-55	-421
Utile investimenti	899	648	888	1.077	1.104	992	963	341
Risultato del conto tecnico diretto	-663	138	852	1.301	1.490	1.248	908	-80
Saldo della riassicurazione	178	36	-12	-61	-16	9	49	-4
Risultato del conto tecnico complessivo	-485	174	840	1.240	1.474	1.257	957	-84
Variazione % annua dei premi	7,9%	8,5%	6,0%	2,5%	0,6%	1,2%	-1,0%	-3,3%
Combined ratio	109,3%	101,7%	98,9%	97,4%	96,6%	97,3%	99,1%	100,9%
- Expense ratio	17,9%	17,5%	17,3%	17,5%	17,8%	17,8%	18,3%	18,6%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	10,9%	10,8%	10,8%	10,8%	10,7%	10,7%	10,6%	10,7%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%	2,6%	2,7%	2,8%	3,2%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,5%	4,3%	4,1%	4,3%	4,5%	4,4%	4,9%	4,7%
- Loss ratio:	91,5%	84,2%	81,6%	79,9%	78,8%	79,5%	80,7%	82,3%
- Loss ratio di competenza	86,9%	82,4%	80,5%	80,9%	81,5%	81,4%	81,1%	82,9%
- Suff./Insuff sinistri es. preced./Premi competenza	-4,6%	-1,8%	-1,1%	1,0%	2,6%	1,9%	0,3%	0,5%
Saldo tecnico/Premi di competenza	-10,4%	-3,1%	-0,2%	1,2%	2,1%	1,4%	-0,3%	-2,4%
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	-4,4%	0,8%	4,9%	7,2%	8,2%	6,8%	5,0%	-0,4%
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	-3,2%	1,1%	4,8%	6,9%	8,1%	6,8%	5,2%	-0,5%
<i>Incidenza dei premi sul totale premi rami danni</i>	<i>51,3%</i>	<i>51,4%</i>	<i>51,6%</i>	<i>51,1%</i>	<i>50,1%</i>	<i>49,5%</i>	<i>48,4%</i>	<i>47,1%</i>

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

SPESE DI GESTIONE

Incidenza % sui premi



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 (18,6%) è in aumento rispetto a quella del 2007; questa crescita ha riguardato soprattutto i costi legati alla distribuzione delle polizze che sono saliti dal 13,4% nel 2007 al 13,9% nel 2008. Questa crescita è un effetto del divieto di esclusiva nei mandati agenziali che ha costretto le imprese a rivedere in molti casi i livelli di remunerazione delle reti per garantirsi la loro fidelizzazione. Risulta diminuito il peso delle spese di amministrazione sui premi che è sceso dal 4,9% nel 2007 al 4,7% nel 2008.

Il **saldo tecnico del lavoro diretto** è stato negativo per 421 milioni di euro (era negativo e pari a 55 milioni di euro nel 2007).



Considerati gli utili degli investimenti (pari a 341 milioni di euro) che si sono peraltro più che dimezzati rispetto al 2007, il **risultato del conto tecnico** è stato negativo per 80 milioni di euro (era positivo e pari a 908 milioni di euro nel 2007).

Tenuto conto del saldo della riassicurazione, praticamente nullo nel 2008, il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato negativo per 84 milioni di euro (era positivo e pari a 957 milioni di euro nel 2007). L'incidenza sul totale dei premi di competenza è stata pari a -0,5%, in forte riduzione rispetto al +5,2% del 2007.

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Premi contabilizzati	2.811	2.955	3.062	3.145	3.154	3.205	3.284	3.208
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	40	70	52	45	61	61	104	-13
Oneri relativi ai sinistri (-):	1.160	1.205	1.257	1.260	1.417	1.485	1.579	1.933
- sinistri di competenza (-)	1.278	1.306	1.361	1.388	1.514	1.569	1.666	1.989
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	118	101	104	128	97	84	87	56
Saldo delle altre partite tecniche	-18	-32	-40	-46	-36	-51	-39	-38
Spese di gestione (-)	692	709	738	759	748	765	827	824
- provvigioni	477	494	517	531	518	534	569	559
- altre spese di acquisizione	84	83	88	88	89	92	100	108
- altre spese di amministrazione	131	132	133	140	141	139	158	157
Saldo tecnico del lavoro diretto	901	939	975	1.035	892	843	735	426
Utile investimenti	50	34	47	57	59	56	58	26
Risultato del conto tecnico diretto	951	973	1.022	1.092	951	899	793	452
Saldo della riassicurazione	-33	-30	-50	-46	-19	-38	-27	-4
Risultato del conto tecnico complessivo	918	943	972	1.046	932	861	766	448
Variazione % annua dei premi	5,0%	5,1%	3,6%	2,7%	0,3%	1,6%	2,5%	-2,3%
Combined ratio	66,5%	65,7%	65,8%	64,8%	69,5%	71,1%	74,8%	85,7%
- Expense ratio	24,6%	24,0%	24,1%	24,1%	23,7%	23,9%	25,2%	25,7%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	17,0%	16,7%	16,9%	16,9%	16,4%	16,7%	17,3%	17,4%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	3,0%	2,8%	2,9%	2,8%	2,8%	2,9%	3,1%	3,4%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	4,7%	4,5%	4,4%	4,4%	4,5%	4,3%	4,8%	4,9%
- Loss ratio:	41,9%	41,8%	41,7%	40,7%	45,8%	47,2%	49,7%	60,0%
- Loss ratio di competenza	46,1%	45,3%	45,2%	44,8%	48,9%	49,9%	52,4%	61,8%
- Suff./Insuff sinistri es. preced./Premi competenza	4,2%	3,5%	3,5%	4,1%	3,1%	2,7%	2,7%	1,7%
Saldo tecnico/Premi di competenza	32,5%	32,5%	32,4%	33,4%	28,8%	26,8%	23,1%	13,2%
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	34,3%	33,7%	33,9%	35,2%	30,7%	28,6%	24,9%	14,0%
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	33,1%	32,7%	32,3%	33,7%	30,1%	27,4%	24,1%	13,9%
<i>Incidenza dei premi sul totale premi rami danni</i>	<i>9,4%</i>	<i>9,1%</i>	<i>9,0%</i>	<i>8,9%</i>	<i>8,7%</i>	<i>8,6%</i>	<i>8,7%</i>	<i>8,6%</i>

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



I **premi del lavoro diretto italiano**, raccolti dalle 75 imprese operanti nel ramo, sono stati nel 2008 pari a 3.208 milioni di euro (-2,3% rispetto al 2007), con una incidenza dell'8,6% sul totale dei premi delle assicurazioni danni. Tale riduzione è strettamente connessa con il calo delle immatricolazioni dei nuovi veicoli.

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 1.989 milioni di euro, in crescita del 19,4% rispetto ai 1.666 milioni di euro del 2007, probabilmente a causa di un numero sempre più elevato di sinistri derivati dagli eventi naturali che hanno caratterizzato l'anno trascorso e di un aumento dei furti di autoveicoli. Il loss ratio di competenza del 2008 è stato pari al 61,8%, in crescita di circa 10 punti percentuali 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 1.933 milioni di euro (1.579 nel 2007). Il rapporto tra tali oneri per sinistri e i premi di competenza è stato pari al 60,0%, anch'esso in aumento rispetto al 49,7% del 2007.

Le **spese di gestione** sono state pari a 824 milioni di euro (827 nel 2007) 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 25,7% (25,2% nel 2007).

Il **saldo tecnico del lavoro diretto** è stato positivo per 426 milioni di euro (735 nel 2007).

Considerati gli utili degli investimenti, il **risultato del conto tecnico** è stato positivo per 452 milioni di euro (793 nel 2007). Tenuto conto del saldo della riassicurazione, il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato positivo per 448 milioni di euro (766 nel 2007), con un'incidenza sui premi del 13,9% (24,1% nel 2007).

I FURTI DI AUTOVEICOLI IN ITALIA

Ancora non sono disponibili i dati del Ministero dell'Interno riguardanti i furti di autoveicoli registrati in Italia nel 2008. È possibile tuttavia effettuare un'analisi dei dati relativi all'anno 2007 confrontandoli con quelli diffusi recentemente dall'ISVAP e relativa ai sinistri del ramo corpi veicoli terrestri oggetto di frode accertata (il furto di autoveicoli è il rischio prevalentemente coperto dal ramo).

Da un'analisi dei dati regionali emerge che nel 2007, confermando quanto si era riscontrato negli anni passati, nei capoluoghi di provincia il numero di vetture rubate ogni 1.000 veicoli circolanti è stato quasi ovunque più elevato



ANALISI DEI FURTI DI AUTOVEICOLI E DEI SINISTRI CON FRODE NEL RAMO CORPI VEICOLI TERRESTRI (CVT)

CAPOLUOGO/ REGIONE	Distrib. veicoli circolanti 2007*	Furti d'auto 2007**	Incidenza furti d'auto su 1.000 veicoli circol. 2007	Furti d'auto 2006**	Variazione furti d'auto 2007 su 2006	Incidenza sin. con frode sul tot. sin. CVT 2007°	Incidenza sin. con frode sul tot. sin. CVT 2006°
TORINO	3,8%	9.433	5,23	10.851	-13,1%	1,0%	1,0%
PIEMONTE	7,6%	11.332	3,16	12.725	-10,9%	0,8%	0,8%
VALLE D'AOSTA	0,4%	51	0,27	60	-15,0%	0,3%	0,5%
MILANO	6,2%	18.945	6,49	20.744	-8,7%	0,9%	0,8%
LOMBARDIA	15,7%	27.272	3,68	28.606	-4,7%	0,8%	0,7%
GENOVA	1,5%	1.877	2,73	2.422	-22,5%	2,2%	2,4%
LIGURIA	2,8%	2.542	1,95	3.119	-18,5%	1,9%	2,1%
TRIESTE	0,4%	94	0,49	105	-10,5%	0,1%	0,2%
FRIULI VENEZIA GIULIA	2,1%	463	0,47	574	-19,3%	0,2%	0,2%
TRENTO	0,8%	159	0,40	174	-8,6%	0,0%	0,1%
TRENTINO ALTO ADIGE	1,6%	251	0,34	282	-11,0%	0,0%	0,1%
VENEZIA	1,2%	612	1,09	652	-6,1%	0,2%	0,2%
VENETO	8,0%	4.338	1,16	4.300	0,9%	0,4%	0,4%
BOLOGNA	1,6%	2.401	3,13	2.272	5,7%	1,3%	0,5%
EMILIA ROMAGNA	7,6%	6.671	1,87	6.351	5,0%	0,8%	0,5%
ITALIA SETTENTRIONALE	45,7%	52.920	2,46	56.017	-5,5%	0,7%	0,7%
FIRENZE	1,9%	1.121	1,24	1.183	-5,2%	0,8%	0,9%
TOSCANA	6,8%	3.350	1,05	3.469	-3,4%	0,7%	0,7%
PERUGIA	1,2%	699	1,22	646	8,2%	0,2%	0,3%
UMBRIA	1,6%	897	1,16	842	6,5%	0,3%	0,4%
ANCONA	0,8%	364	0,93	373	-2,4%	0,6%	0,5%
MARCHE	2,8%	1.201	0,91	1.225	-2,0%	0,4%	0,4%
ROMA	7,6%	27.658	7,70	28.374	-2,5%	1,4%	1,8%
LAZIO	10,3%	30.225	6,24	30.935	-2,3%	1,4%	1,7%
ITALIA CENTRALE	21,5%	35.673	3,52	36.471	-2,2%	1,0%	1,3%
PESCARA	0,5%	815	3,29	893	-8,7%	1,3%	1,0%
ABRUZZO	2,3%	1.912	1,80	1.861	2,7%	1,0%	1,0%
CAMPOBASSO	0,4%	401	2,28	304	31,9%	1,0%	0,8%
MOLISE	0,5%	441	1,76	350	26,0%	1,0%	0,8%
NAPOLI	4,8%	19.121	8,47	22.523	-15,1%	5,9%	6,7%
CAMPANIA	9,1%	27.522	6,44	31.239	-11,9%	4,4%	5,4%
REGGIO CALABRIA	0,9%	2.513	5,98	2.658	-5,5%	3,2%	3,3%
CALABRIA	3,1%	7.309	5,03	7.201	1,5%	1,9%	2,0%
BARI	2,2%	10.355	9,85	10.326	0,3%	7,4%	7,4%
PUGLIA	5,9%	19.446	7,05	18.377	5,8%	6,4%	6,6%
POTENZA	0,6%	320	1,15	303	5,6%	0,3%	0,4%
BASILICATA	0,9%	446	1,05	414	7,7%	0,4%	0,4%
ITALIA MERIDIONALE	21,7%	57.076	5,58	59.442	-4,0%	3,6%	3,6%
PALERMO	2,0%	5.072	5,37	4.493	12,9%	1,3%	1,6%
SICILIA	8,5%	18.173	4,56	16.465	10,4%	1,9%	2,4%
CAGLIARI	0,9%	1.469	3,46	1.873	-21,6%	0,9%	1,1%
SARDEGNA	2,6%	2.373	1,92	2.898	-18,1%	1,0%	1,1%
ITALIA INSULARE	11,1%	20.546	3,94	19.363	6,1%	1,6%	1,9%
TOTALE ITALIA	100,0%	166.215	3,53	171.293	-3,0%	1,0%	1,0%

Fonte: * ACI - Annuario statistico 2008

** Ministero dell'Interno

° ISVAP - Indagine sul fenomeno della criminalità nel settore assicurativo - elaborazioni dati per il 2007 e il 2006



della media regionale. Tale indicatore, in media pari a 3,5 per l'Italia, è stato leggermente inferiore al Nord (2,5) mentre è risultato superiore al Sud (5,6). Tuttavia l'indicatore resta elevato anche nei capoluoghi di regione del Nord, come ad esempio Torino (5,2 veicoli rubati ogni 1.000 veicoli circolanti) e Milano (6,5); tali incidenze sono particolarmente rilevanti se si considera che, a esclusione di Roma, queste sono anche le città dove il parco veicoli circolante è il più numeroso. Da rilevare, tuttavia, che rispetto al 2006, nel Nord il numero di furti di autoveicoli è diminuito del 5,5%; in particolare sono state il Friuli Venezia Giulia (-19,3%) e la Liguria (-18,5%) le regioni dove si è registrata la più ampia riduzione, mentre in controtendenza risulta l'Emilia Romagna, dove il numero di furti è aumentato del 5%. In questa area dell'Italia non si è rilevata una particolare variazione nel numero di sinistri accertati con frode tra i 2006 e il 2007: l'incidenza è risultata stabile e pari allo 0,7% (inferiore alla media nazionale pari all'1,0%).

Per quanto riguarda il Centro, Roma è la città dove si registra la più elevata incidenza dei furti (7,7 veicoli ogni 1.000 circolanti). Nella capitale si è registrato nel 2007 anche il più elevato numero di autoveicoli rubati (27.658, -2,5% rispetto al 2006). Tutte le regioni del Centro rispetto al 2006 hanno mostrato un miglioramento, a eccezione dell'Umbria (in peggioramento del 6,5%). Anche per quanto riguarda il numero dei sinistri rilevati dall'ISVAP con frode accertata nel 2007 si è riscontrata una diminuzione (dall'1,3% nel 2006 all'1,0% nel 2007).

Le regioni del Sud si confermano per il più alto numero di furti subiti. In Puglia nel 2007, ogni 1.000 veicoli circolanti, ne sono stati rubati 7,1 (a Bari tale indicatore ha raggiunto il valore di 9,9). In Campania sono stati rubati 6,4 veicoli (a Napoli 8,5) e in Calabria 5,0 (a Reggio Calabria 6,0). Se si esclude la Campania, unica regione del Sud dove i furti sono diminuiti rispetto al 2006 (-11,9%), in tutte le altre regioni i furti sono aumentati. Vale la pena far notare che proprio nel Mezzogiorno, secondo i dati ISVAP del 2007, si è concentrato anche il maggior numero di frodi al sistema assicurativo nel ramo corpi veicoli terrestri: rispetto a una media nazionale dell'1,0%, il Sud ha mostrato un valore di 3,6%, sostanzialmente stabile rispetto al 2006. Va segnalato che i dati dell'ISVAP, in coerenza con la riduzione dei furti osservata dal Ministero dell'Interno, registrano che in Campania l'incidenza dei sinistri con frode è diminuita dal 5,4% nel 2006 al 4,4% nel 2007 (a Napoli dal 6,7% al 5,9%).

In Sicilia nel 2007 si è registrato un incremento del 10,4% nel numero di autoveicoli rubati (a Palermo +12,9%). In questo caso, invece, i dati dell'ISVAP mostrano una riduzione dei sinistri con frode. In Sardegna nel 2007 si è registrata una significativa riduzione nei furti di autoveicoli (-18,1% rispetto al 2006). A Cagliari tale diminuzione è stata ancora più marcata (-21,6%). Anche i dati relativi ai sinistri con frode mostrano una tendenza alla riduzione.



IL COSTO MEDIO E LA FREQUENZA SINISTRI: UN CONFRONTO EUROPEO

La misura complessiva della sinistrosità del ramo r.c. auto deve essere analizzata a livello totale di mercato considerando sia il numero dei sinistri che accadono ogni anno sul territorio (che rapportati ai veicoli assicurati danno luogo all'indicatore di frequenza sinistri) sia il loro costo medio di risarcimento.

Numero dei sinistri accaduti. Il totale dei sinistri accaduti e denunciati con seguito è dato dalla somma dei sinistri pagati chiusi e liquidati (ossia che hanno già dato luogo a un risarcimento nel corso dell'anno) e di quelli riservati (che daranno invece luogo a un pagamento nel futuro) ma non include la stima dei sinistri che, benché accaduti nel 2008, saranno denunciati negli anni successivi a quello di accadimento (i cosiddetti sinistri IBNR). Il numero dei sinistri nel 2008 è stato pari a **3.351.115** unità (3.293.270 nel 2007) con un aumento dell'1,8% rispetto al 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 cioè dato o daranno luogo a un risarcimento) nell'anno di generazione e i veicoli esposti al rischio (misurati in base ai giorni di esposizione in un anno, cosiddetti veicoli-anno).

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

ANNO	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	
	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	7,61	1,89	1.764	5,35	11.958	-9,64	3.967	-3,24	8,52	4.014
2008*	7,72	1,45	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3.903	-1,61	8,52	3.989

* Stima ANIA su dati desunti dalle anticipazioni del bilancio per l'esercizio 2008

** Fonte ISVAP - per il 2007 il dato è desunto dalla modulistica di vigilanza



Tenuto conto che il numero dei veicoli-anno è aumentato dello 0,3% (da 43,269 milioni a 43,385 milioni) ⁽¹⁾, la frequenza sinistri è aumentata dal 7,61% nel 2007 al **7,72%** nel 2008, con un incremento dell'1,4%.

Si conferma così nel 2008 un ulteriore lieve deterioramento della sinistralità già iniziato nel 2007 (+1,9%). Ciò segna un'inversione della tendenza alla riduzione della frequenza sinistri osservata tra il 2000 e 2006.

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 2008 omogeneo ai dati per gli anni precedenti che derivano da analisi effettuate dall'Istituto di Vigilanza con questa metodologia. Così calcolato, il costo medio dei sinistri è stato pari nel 2008 a **3.903** euro (era pari a 3.967 euro nel 2007), in calo dell'1,6% rispetto all'anno precedente.

Pertanto, all'aumento della frequenza sinistri dell'1,4% è corrisposta una riduzione del costo medio dell'1,6%, così da determinare una riduzione del **costo complessivo dei sinistri di competenza (voce 18 del mod. 17 di Vigilanza) dello 0,3%**.

Non si dispone ancora per il 2008 del dato relativo al costo dei danni fisici alle persone. Nel 2007 la diminuzione complessiva del costo medio dei sinistri era stata determinata da una sostanziale riduzione di questa componente di danno (-9,6%).

Numero dei sinistri e relativo costo medio (incluso sinistri IBNR, PANEL B tavola 1). Il numero totale dei sinistri, comprensivo della stima del numero dei sinistri IBNR, è stato pari a **3.697.975** unità, sostanzialmente invariato rispetto al 2007 (+0,3%). Dal momento che i veicoli assicurati sono aumentati

⁽¹⁾ Secondo stime basate sui dati dell'ACI, il numero dei veicoli circolanti è aumentato dell'1,8% nei dodici mesi terminati lo scorso dicembre. È possibile che questo dato risulti sovrastimato a causa di un'ancora incompleta registrazione del saldo effettivo tra nuove immatricolazioni e cancellazioni e radiazioni al PRA.



della stessa percentuale, la relativa frequenza sinistri risulta immutata (8,52% nel 2008). 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 4.014 euro a **3.989** euro (-0,6%).

Sulla base dei dati raccolti presso le Associazioni di altri paesi europei, è possibile condurre un'analisi comparativa sugli indicatori della sinistrosità. Occorre preliminarmente sottolineare che tale confronto risente di molti fattori, tra i quali i differenti quadri normativi, condizioni economiche e sociali eterogenee, diverse densità di veicoli circolanti, differenti livelli di legalità e di funzionamento della macchina giudiziaria.

La frequenza sinistri italiana, calcolata sulla base dell'anno di denuncia ed escludendo i sinistri senza seguito, si collocava nel 2007 tra quelle più elevate registrate nei paesi analizzati, inferiore solo a quelle del Regno Unito (10,6%) e della Spagna (11,5%), dove però non sono esclusi dal calcolo i sinistri senza seguito. Al di sotto della frequenza sinistri italiana (8,5%) si segnalano importanti paesi come il Belgio (con un valore del 7,0%), la Germania (6,2%), la Francia (4,4%); in Finlandia la frequenza sinistri nel 2007 è addirittura pari al 2,5% (figura 1).

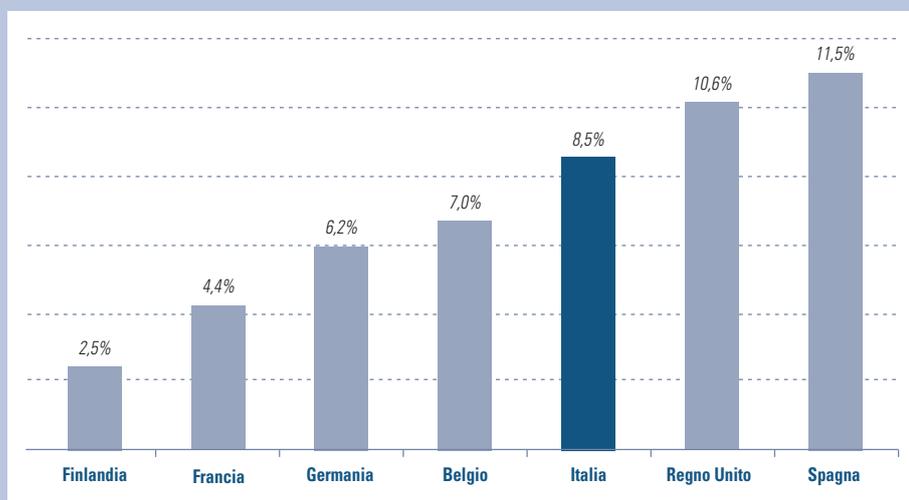


FIGURA 1
FREQUENZA SINISTRI R.C. AUTO NEL 2007

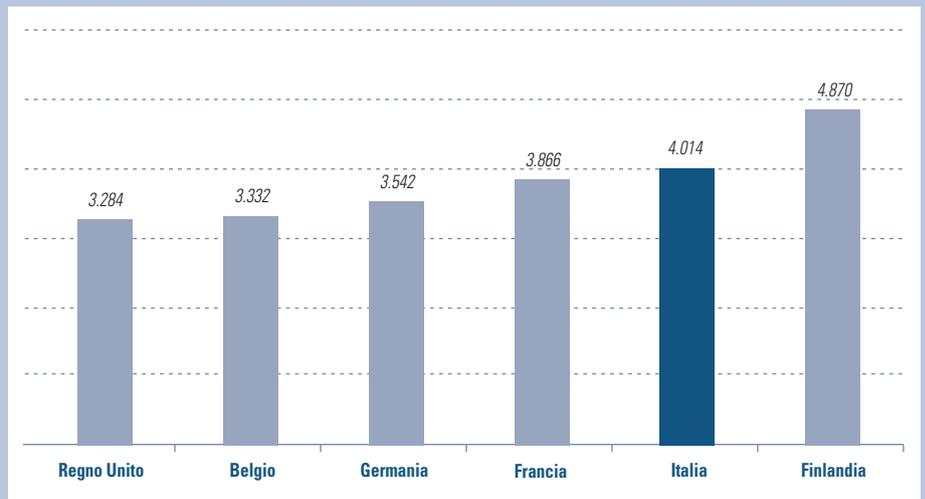
Sulla base degli stessi dati è possibile effettuare un confronto anche del costo medio dei sinistri registrato fra i principali paesi europei. Tale indicatore è stato calcolato rapportando il costo totale dei sinistri denunciati nel 2007 (pagati e riservati) e il numero degli stessi.



L'assicurazione auto

FIGURA 2
COSTO MEDIO SINISTRI R.C. AUTO NEL 2007*
Valori in euro

* Per la Francia si è stimato il valore sulla base di quello disponibile per l'anno 2005 attraverso una rivalutazione per l'inflazione. Per il Regno Unito si dispone solo del valore dell'anno 2008. Il dato della Spagna non è disponibile

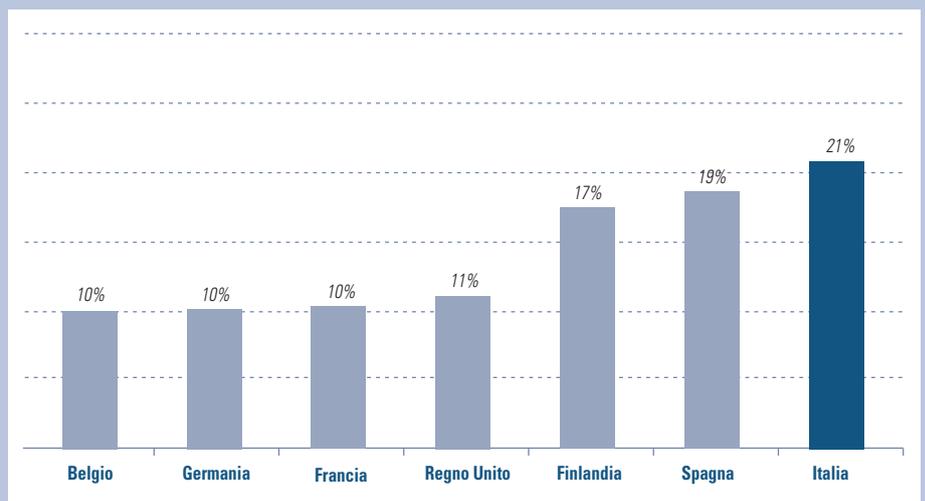


Nel 2007 il costo medio dei sinistri in Italia è stato pari a oltre 4.000 euro, ossia il valore più elevato tra tutti i paesi analizzati se si esclude la Finlandia che, come detto, è il paese però con la più bassa frequenza sinistri (figura 2). La Francia presentava un costo medio dei sinistri inferiore rispetto a quello italiano di circa 100 euro, mentre più consistente è stata la differenza con quelli della Germania (circa 450 euro), del Belgio (circa 650 euro) e del Regno Unito (circa 700 euro).

La peculiarità italiana di avere un costo medio dei risarcimenti più elevato rispetto agli altri paesi dipende in larga parte dalla più elevata quota di sinistri con danni alle persone registrata nel nostro paese (circa 21%) rispetto agli altri mercati, dove tale percentuale è generalmente pari alla metà (figura 3).

FIGURA 3
INCIDENZA DEL NUMERO DEI SINISTRI CON DANNI FISICI SUL TOTALE SINISTRI R.C. AUTO NEL 2007*

* Per la Francia si è riportato il valore dell'anno 2005



ANALISI DI LUNGO PERIODO DEI PREZZI R.C. AUTO

Il prezzo dell'assicurazione obbligatoria r.c. auto da sempre, vale a dire da quando fu introdotta nel giugno del 1971, ha formato oggetto di polemiche, insofferenze e, più in generale, di considerazioni critiche riguardo il suo eccessivo ammontare.

Ciò è dipeso, e ancora dipende, da due ordini di problemi:

- l'obbligatorietà della copertura che viene percepita come l'imposizione di una sorta di tassa per circolare;
- la costante indifferenza verso le voci di costo delle prestazioni assicurative, vale a dire i risarcimenti, da cui dipendono in buona sostanza i prezzi delle coperture.

Per questi motivi, paradossalmente, gli atteggiamenti critici verso i prezzi della r.c. auto erano diffusi anche nel periodo, durato ben venticinque anni, in cui le tariffe venivano stabilite dal CIP ed erano uguali per tutte le imprese esercenti l'assicurazione obbligatoria.

Successivamente alla liberalizzazione tariffaria, intervenuta nel 1994, l'attenzione al prezzo della r.c. auto si è accentuata ma non è cambiato l'approccio alle problematiche complessive dell'assicurazione obbligatoria. In particolare, l'interesse è concentrato sul livello delle tariffe, seguito tra l'altro monitorando i prezzi di listino e non quelli effettivamente pagati, e preso in esame come variabile indipendente dai costi sostenuti dalle imprese.

Questa costituisce una premessa importante per comprendere meglio l'andamento dei prezzi effettivi sostenuti dalla collettività per l'acquisto dell'assicurazione r.c. auto.

Per consuetudine – retaggio dell'epoca in cui il prezzo della r.c. auto era amministrato e le tariffe erano uniche per tutte le compagnie – le rilevazioni ufficiali (ISTAT, ISVAP) sul costo della r.c. auto vengono effettuate utilizzando una media dei listini prezzi, ancora impropriamente chiamati tariffe, prendendo a riferimento un numero limitato di profili di rischio (attualmente pari a 7).

La popolazione è composta in realtà 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.

Ma come detto, il problema principale sta nel fatto che tali indici non osservano i prezzi effettivamente pagati dagli assicurati. In particolare:

- 1) non considerano gli effetti dei bonus per gli assicurati che non causano sinistri.** Tali indici non possono tenere conto, perché basati 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 92% 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) non tengono conto degli sconti praticati alla clientela.** Tali indici rilevano 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" ⁽²⁾. La diffusione di tali sconti, per i quali non può più essere fissata una misura massima (Legge n. 248/2006, c.d. decreto Bersani I), è aumentata quindi per effetto di una concorrenza tra le imprese sempre più accesa;
- 3) non considerano che un crescente numero di assicurati cambia ogni anno compagnia** alla ricerca del prezzo più conveniente. Secondo alcune indagini campionarie la percentuale annua è compresa tra il 9% e il 12%;
- 4) non tengono conto degli effetti delle disposizioni in materia di clausole bonus malus introdotte dal secondo decreto Bersani.** Di fatto, queste misure impongono impropriamente "sconti" a determinate categorie di assicurati, in particolare ai componenti della stessa famiglia che acquistano un ulteriore veicolo e a coloro che hanno causato un sinistro in concorso di colpa, ma non ne sono i responsabili "principali".

⁽²⁾ 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.



Le misurazioni basate sui prezzi di listino possono essere fuorvianti e non rispecchiano i prezzi effettivamente pagati dagli assicurati. Essi rappresentano i prezzi massimi di riferimento per tipologia di rischio. Pertanto, la loro variazione non fornisce un'indicazione attendibile sulla variazione della spesa reale dei consumatori.

Se si guarda ai prezzi effettivi – **che risultano dividendo il complesso dei premi incassati dalle compagnie per il numero di veicoli assicurati** – si osserva che negli ultimi quattro anni, il prezzo medio dell'assicurazione r.c. auto si è ridotto dell'8,3%. In particolare, la riduzione è stata pari a -1,5% nel 2005, -0,8% nel 2006, -2,7% nel 2007, -3,6% nel 2008 (colonna 3 della tavola 1).

Dal punto di vista metodologico usare la variazione del prezzo medio della copertura per veicolo per calcolare la crescita dei prezzi significa utilizzare la metodologia del calcolo dei deflatori della spesa nella contabilità nazionale (indice di Paasche). Va notato che il deflatore è a pesi variabili, vale a dire tiene conto della esatta composizione della spesa e del prezzo effettivamente pagato dall'assicurato. La rilevazione ISTAT dei prezzi al consumo (e quella dei profili ISVAP) è quindi metodologicamente diversa dal calcolo del

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

ANNI	1. Premi Contabilizzati r.c. auto (Fonte ISVAP)			2. Numero di veicoli circolanti (Fonte ACI*)		3. Numero indice del prezzo medio della copertura per veicolo		PER MEMORIA 4. Indice ISTAT dell'assicurazione dei mezzi di trasporto		PER MEMORIA 5. Indice ISTAT dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC)	
	Valore assoluto in Euro (mln)	Numero indice	Variazione annua (%)	Numero indice	Variazione annua (%)	Numero indice	Variazione annua (%)	Numero indice	Variazione media annua (%)	Numero indice	Variazione media annua (%)
1994	8.663	100,0	6,1	100,0	3,0	100,0	2,9	100,0	8,5	100,0	4,1
1995	9.316	107,5	7,5	102,1	2,1	105,3	5,3	110,2	10,2	105,3	5,3
1996	9.770	112,8	4,9	101,8	-0,3	110,9	5,3	120,2	9,1	109,5	4,0
1997	10.655	123,0	9,1	102,8	1,0	119,6	7,8	131,2	9,2	111,7	2,0
1998	11.745	135,6	10,2	107,3	4,4	126,4	5,7	149,1	13,6	113,9	2,0
1999	13.226	152,7	12,6	109,6	2,1	139,4	10,3	174,0	16,7	115,8	1,7
2000	14.196	163,9	7,3	112,4	2,6	145,8	4,6	190,8	9,6	118,7	2,5
2001	15.315	176,8	7,9	116,9	4,0	151,2	3,7	211,3	10,7	122,0	2,7
2002	16.628	191,9	8,6	120,1	2,8	159,7	5,6	235,8	11,6	125,0	2,5
2003	17.622	203,4	6,0	123,5	2,8	164,7	3,1	247,7	5,0	128,4	2,7
2004	18.062	208,5	2,5	126,0	2,0	165,4	0,4	250,0	0,9	131,3	2,2
2005	18.171	209,8	0,6	128,7	2,1	163,1	-1,5	254,3	1,7	133,8	1,9
2006	18.387	212,3	1,2	131,2	2,0	161,8	-0,8	260,1	2,3	136,6	2,1
2007	18.208	210,2	-1,0	133,5	1,7	157,5	-2,7	264,0	1,5	139,1	1,8
2008	17.605	203,2	-3,3	133,9	0,3	151,8	-3,6	270,2	2,4	143,8	3,3

* Il numero indice è calcolato per il 2008 utilizzando la variazione del numero dei veicoli assicurati calcolata da un'indagine avviata dall'Associazione, con una metodologia coerente con quanto specificatamente richiesto alle imprese dall'ISVAP. Secondo dati ancora preliminari il numero dei veicoli-anno assicurati, pari a circa 43 milioni, risulta solo lievemente aumentato rispetto al 2007 (+0,3%)



deflatore della spesa in quanto i "pesi" sono fissi nel tempo (c.d. indice di Laspeyres).

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 sosterebbe 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 state sempre crescenti o stabili ma, almeno fino al 2008, mai in diminuzione. Il divario è rilevante sia negli anni recenti sia, soprattutto, in una prospettiva storica ⁽³⁾: la tavola 1 mostra che dal 1994 a oggi l'indice ISTAT è cresciuto del 270,2%, assai più della raccolta premi (+203,2%), oltre che del prezzo medio della copertura (+151,8%).

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 cinque anni l'assicurazione r.c. auto contribuisce a "raffreddare" l'andamento dell'inflazione. Nel 2008 è aumentato notevolmente il divario tra la variazione dell'indice ISTAT e quella del prezzo medio. Tale divario è salito a 4,2 punti percentuali (-2,7% contro 1,5%) nel 2007 e a 6 punti (-3,6% contro 2,4%) nel 2008, a fronte di un valore medio di 2,5 punti nel quadriennio 2003-2006. L'aumento del divario è attribuibile essenzialmente misure in materia di sconto e alla modifiche delle regole bonus malus.

⁽³⁾ Va osservato che prima del 2003 l'ISTAT calcolava medie semplici e non ponderate dei diversi profili. Ciò induceva un'ulteriore rilevante distorsione che contribuisce a spiegare valori particolarmente discordanti rispetto alla variazione annua del prezzo medio della copertura (tavola 1).



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

ATTUAZIONE DEL PROGETTO

Dalla metà del mese di giugno 2009 è disponibile on line sui siti internet dell'ISVAP e del Ministero dello Sviluppo Economico il Preventivatore Unico r.c. auto.

Finalità del Preventivatore è quella di fornire al consumatore, attraverso una sola interrogazione, i preventivi r.c. auto di tutte le imprese, con un rilevante risparmio in termini di tempo necessario per effettuare il confronto tra diverse offerte. Peraltro, l'ISVAP ha assegnato la massima priorità al criterio dell'agevole utilizzo del Preventivatore da parte degli utenti, stabilendo che:

- a) il sistema deve fornire i preventivi dei premi r.c. auto – relativi a nuovi affari e senza tener conto di eventuali sconti commerciali (che devono essere richiesti direttamente alle imprese) – sulla base di tutti i principali parametri tariffari comunicati dalle imprese stesse, ma la loro valorizzazione da parte dell'utente è facoltativa. Il servizio di preventivazione avvisa che il numero dei preventivi ottenibili dipende dal numero dei campi compilati;
- b) ai principali parametri di tariffazione sono stati assegnati valori fissi: il Preventivatore fornisce esclusivamente preventivi nella formula tariffaria "Bonus Malus", avente maggiore diffusione e il massimale di riferimento è stato individuato nel valore minimo obbligatorio "ex lege". L'utente è avvisato tramite apposita informativa che, utilizzando i sistemi di preventivazione disponibili sui siti internet delle singole imprese, potrà ottenere anche preventivi con formule tariffarie diverse, ad esempio con franchigia fissa e assoluta oppure con bonus malus con franchigia, nonché stipulare contratti r.c. auto con massimali più elevati o con clausole di risarcimento dei danni in forma specifica (che consentono riduzioni di premio se si sceglie di riparare il veicolo presso autoriparatori convenzionati con l'assicuratore). Inoltre, l'utente è avvisato che – rivolgendosi alla direzione dell'impresa o ai suoi intermediari – potrà verificare la possibilità di ottenere sconti sui premi ottenuti con il Preventivatore.

È fondamentale perciò sottolineare, che il numero dei preventivi ottenuti dipenderà direttamente dal numero delle informazioni fornite dall'utente sul proprio profilo di rischio (ad esempio: dati anagrafici del proprietario del veicolo e del conducente, del nucleo familiare, tipo di utilizzo e dati tecnici del veicolo).

Nella prima fase di operatività il servizio di preventivazione è riservato alle autovetture, ai ciclomotori e ai motocicli. L'estensione alle altre tipologie di veicoli avverrà successivamente.

Il Preventivatore assembla le risposte ricevute e predispone un elenco con l'indicazione del nominativo di ciascuna impresa, della data di scadenza della



tariffa e del relativo premio r.c. auto. I preventivi sono ordinati in ordine crescente di premio.

In questa fase iniziale, le risposte del Preventivatore sono fornite all'utenza con una e-mail, da inviarsi all'indirizzo indicato dall'utente entro un breve arco di tempo.

Nella sezione informativa del sito, il Preventivatore è descritto come strumento di "orientamento" dei consumatori – per agevolare il confronto dei prezzi tramite i preventivi r.c. auto di tutte le imprese del settore – e non come strumento di acquisto delle polizze r.c. auto. Viene anche precisato: i) che i preventivi ottenuti sono vincolanti per le imprese per almeno 60 giorni dalla loro emissione, salvo il caso di cambiamento della tariffa dei premi r.c. auto; ii) che nella fase di acquisto della polizza, si ha diritto di ricevere dall'impresa o dai suoi intermediari la nota informativa per il contraente e le condizioni di contratto, disponibili per l'assicurazione r.c. auto anche sui siti internet delle imprese e nei rispettivi punti vendita.

Data la finalità di primo orientamento svolta dal Preventivatore, per valutare un'offerta più completa è infatti opportuno approfondire la ricerca consultando direttamente i singoli motori di preventivazione delle imprese. Infatti le semplificazioni gestionali che si sono rese necessarie per agevolare il funzionamento del Preventivatore non hanno consentito di inserire alcuni fattori di personalizzazione di maggiore dettaglio da cui possono dipendere sconti tecnici di premio quali, fra l'altro, le formule riservate a "conducenti del nucleo familiare", nonché l'installazione sul veicolo di dispositivi del tipo "clear box" e alcune specifiche limitazioni di guida (es. "pay as you drive" e altre formule particolari).

Per un confronto più approfondito delle varie proposte, occorre avere attenzione non solo al fattore "prezzo" ma anche al contenuto delle condizioni di assicurazione. Particolare attenzione andrà posta fra l'altro alle esclusioni di garanzia e alle correlate rivalse nonché alle eventuali opzioni previste di estensione della garanzia r.c. auto "di base", evitando in tutto o in parte le rivalse contrattuali, oppure per aggiungere coperture non comprese in quella obbligatoria per legge.

FRODI ASSICURATIVE E NUOVA DISCIPLINA DELLA BANCA DATI SINISTRI R.C. AUTO DELL'ISVAP

A febbraio 2009 l'ISVAP ha diramato sul proprio sito internet per la consultazione al pubblico lo schema di *nuovo Regolamento per la disciplina della banca dati sinistri r.c. auto*, istituita "ex lege" nel 2000 presso l'Istituto di Vigilanza con finalità di prevenzione e contrasto delle frodi nell'assicurazione r.c. auto.



Esaminate e valutate le osservazioni pervenute dai soggetti interessati, la Vigilanza ha predisposto la stesura definitiva del nuovo provvedimento e lo ha pubblicato sul sito internet il 1° giugno 2009 (Regolamento n. 31/2009). Poiché il nuovo provvedimento ha un notevole impatto sull'organizzazione e sui flussi informativi aziendali attuali, è stato stabilito che le disposizioni in materia di invio delle informazioni e di consultazione entreranno in vigore nel termine di diciotto mesi dalla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

Nella fase della pubblica consultazione anche l'ANIA ha sottoposto all'Istituto un'articolata serie di osservazioni e proposte di modifica allo schema di regolamento. In particolare, sono state messe in evidenza le potenzialità inespresse della banca dati gestita dall'ISVAP e le condizioni per un suo utilizzo più efficace da parte delle imprese.

È stata inoltre messa in evidenza la disponibilità del settore assicurativo a sostenere gli oneri non indifferenti derivanti dalla rivisitazione della banca dati, sul presupposto che il sistema possa offrire un prezioso valore aggiunto nell'organizzazione delle attività antifrode da parte delle imprese.

In particolare, l'Associazione ha formulato proposte mirate a trasformare tale banca dati *da semplice archivio storico dei sinistri r.c. auto a strumento antifrode vero e proprio*, idoneo ad allertare prontamente le imprese su eventuali indici di anomalia risultanti dai sinistri registrati grazie all'impiego di sistemi di *data mining* che ricerchino le situazioni sospette sulla base di indicatori predefiniti del rischio frode.

L'Istituto, tuttavia, non ha ritenuto di poter accogliere le proposte dell'ANIA per la creazione di tale modello in quanto, a suo giudizio, si sarebbe discostato dalle linee indicate dall'attuale quadro normativo (art. 135 del codice delle assicurazioni e art. 120 del codice della privacy) e non sarebbe stato conforme alla posizione assunta in materia dal Garante della privacy.

Anche il nuovo Regolamento, pertanto, si basa su un modello organizzativo e funzionale di banca dati sinistri in sostanza come archivio storico, ponendosi solo l'obiettivo di razionalizzare l'invio delle informazioni da parte delle imprese e di migliorarne la consultazione da parte dei soggetti autorizzati (imprese e Autorità competenti).

Le principali variazioni rispetto alla disciplina attuale consistono, per ciò che concerne l'alimentazione, nella rivisitazione della tipologia delle informazioni, della tempistica degli invii e della limitazione dell'obbligo di invio a carico dell'impresa che gestisce il sinistro.

Per ciò che riguarda la consultazione, sono stati unificati i due attuali diversi livelli di accesso ed è stato previsto che la consultazione possa avvenire sia



con modalità "on line", vale a dire con immediata visualizzazione e stampa delle informazioni, sia con modalità "batch", vale a dire con risposta differita tramite trasferimento di "file".

Entrambe le modalità consentono ai soggetti autorizzati di acquisire le informazioni relative ai sinistri memorizzati nei quali ricorrono la targa e i nominativi oggetto di interrogazione.

Oltre alla possibilità di formulare osservazioni e proposte specificamente mirate alla banca dati sinistri, la pubblicazione dello schema regolamentare ha costituito anche occasione per rappresentare all'ISVAP il modello completo che andrebbe adottato per l'organizzazione di un'attività antifrode in campo assicurativo che risulti realmente efficiente, nonché le condizioni che dovrebbero sussistere a livello di sistema affinché possano raggiungersi risultati concreti nel contrasto del fenomeno.

A tale riguardo, al di là della specifica disciplina concernente le funzionalità della banca dati, si è rilevato che *il modello organizzativo per l'esercizio di un'efficace attività su questo terreno non può prescindere da due piani di azione* tra loro necessariamente interconnessi: i) *il coordinamento delle diverse banche dati contenenti informazioni su contratti e sinistri* e una disciplina dell'accesso alle stesse da parte delle Istituzioni abilitate e delle imprese di assicurazione che risulti effettivamente funzionale all'individuazione dei comportamenti illeciti; ii) *l'istituzione di un organismo* che, attraverso il pieno accesso alle citate banche dati e mediante analisi sulle informazioni presenti in detti archivi, individui casi di sospetta frode, segnalandoli alle imprese interessate, alle Forze dell'ordine e alla Magistratura per le eventuali iniziative penali da intraprendere.

Qualsiasi intervento che prescindesse dalla accennata struttura a due livelli (accesso più ampio e bidirezionale alle informazioni da parte delle imprese di assicurazione e organismo centralizzato di analisi) costituirebbe una "non soluzione", che innescherebbe solamente aspettative destinate probabilmente a non essere seguite da effetti concreti.

A proposito di tali considerazioni di natura generale, nel documento recante gli esiti della pubblica consultazione del nuovo Regolamento, l'Istituto di Vigilanza – pur ribadendo la diversità di lettura delle disposizioni vigenti in materia – ha considerato positivamente la proposta dell'Associazione relativa alla creazione di un organismo antifrode specifico per il settore assicurativo.

Per ciò che concerne il nostro Paese, infatti, la messa a punto di efficaci strumenti antifrode appare quanto mai auspicabile poiché, fra l'altro, i dati ufficiali annualmente elaborati dall'ISVAP sulla base delle segnalazioni delle imprese relative ai sinistri fraudolenti scoperti forniscono un *risultato ampiamente sottostimato del fenomeno*.



ANALISI DELLE FRODI R.C. AUTO IN ITALIA

Area territoriale	ANNO 2005		ANNO 2006		ANNO 2007	
	% 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	1,10%	1,03%	0,99%	0,87%	0,88%	0,90%
VALLE D'AOSTA	0,15%	0,13%	0,13%	0,10%	0,19%	0,16%
LOMBARDIA	0,94%	0,82%	0,91%	0,78%	0,78%	0,73%
TRENTINO ALTO ADIGE	0,44%	0,32%	0,42%	0,29%	0,42%	0,35%
VENETO	0,74%	0,68%	0,80%	0,74%	0,61%	0,57%
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,48%	0,44%	0,52%	0,42%	0,30%	0,30%
LIGURIA	2,32%	2,42%	2,25%	2,08%	1,75%	1,62%
EMILIA ROMAGNA	0,76%	0,70%	0,71%	0,66%	0,55%	0,51%
ITALIA SETTENTRIONALE	0,97%	0,86%	0,93%	0,81%	0,78%	0,72%
TOSCANA	0,97%	0,92%	0,86%	0,77%	0,80%	0,73%
UMBRIA	0,58%	0,58%	0,55%	0,87%	0,39%	0,37%
MARCHE	0,69%	0,59%	0,71%	0,60%	0,78%	0,67%
LAZIO	2,15%	1,82%	2,14%	1,79%	1,77%	1,56%
ITALIA CENTRALE	1,54%	1,30%	1,48%	1,24%	1,26%	1,09%
ABRUZZO	1,15%	1,12%	1,07%	0,86%	0,95%	0,83%
MOLISE	1,29%	1,05%	1,03%	0,85%	1,09%	0,81%
CAMPANIA	13,11%	10,69%	12,90%	10,54%	11,91%	9,85%
PUGLIA	7,25%	6,42%	6,92%	6,08%	7,40%	5,72%
BASILICATA	2,01%	1,73%	2,15%	1,87%	2,38%	1,78%
CALABRIA	4,48%	4,04%	4,50%	4,08%	4,05%	3,94%
ITALIA MERIDIONALE	8,31%	7,01%	8,11%	6,78%	7,74%	6,34%
SICILIA	3,82%	3,49%	3,75%	3,25%	3,55%	3,38%
SARDEGNA	2,14%	1,45%	2,24%	2,23%	1,89%	2,05%
ITALIA INSULARE	3,41%	2,95%	3,40%	3,00%	3,15%	3,05%
TOTALE ITALIA	2,81%	2,44%	2,77%	2,40%	2,54%	2,27%

Fonte: ISVAP - Indagine sul fenomeno della criminalità nel settore assicurativo.

Con riferimento specifico all'assicurazione r.c. auto, che per la sua diffusione si presta più delle altre ad attacchi su ampia scala della criminalità organizzata, l'esistenza di un ampio "sommerso" in Italia si deduce dal semplice confronto con le cifre ben più elevate sia della Gran Bretagna sia della Francia, in cui operano attive centrali antifrode.

Sulla base delle rilevazioni ufficiali (cfr. tavola), l'Italia risulterebbe addirittura uno dei paesi meno esposti al fenomeno delle truffe assicurative, con una percentuale che, sia pure con punte estreme in alcune aree territoriali, a livello nazionale oscillerebbe tra il 2,5% e il 3% di tutti i sinistri r.c. auto.



Nel 2007 l'incidenza dei sinistri che sono connessi con comportamenti fraudolenti o che hanno subito una speculazione sul valore del danno è stata pari al 2,54%, in diminuzione rispetto ai due anni precedenti (era 2,77% nel 2006 e 2,81% nel 2005).

L'Italia settentrionale si riconferma essere la parte del Paese dove si sono registrati meno sinistri connessi a episodi fraudolenti negli ultimi tre anni. L'incidenza dei sinistri con frode in tale area è stata nel 2007 pari a 0,78%, valore in ulteriore miglioramento rispetto ai due anni passati (era 0,93% nel 2006 e 0,97% nel 2005).

La percentuale di frodi è sempre stata più elevata nell'Italia meridionale: nel 2007 il 7,74% dei sinistri è connesso con comportamenti fraudolenti. Anche in questo caso tale incidenza risulta in lieve miglioramento rispetto al passato (8,11% nel 2006 e 8,31% nel 2005).

L'incidenza dei sinistri che sono connessi con comportamenti fraudolenti è mediamente pari al 10% in Gran Bretagna e al 5% in Francia. Evidentemente il confronto con i dati italiani risulta eccessivamente generoso e non credibile.

La notevole divergenza tra i dati nazionali e quelli di altri paesi dipende in realtà soprattutto dall'esistenza o meno di efficienti strutture antifrode. Laddove è possibile mettere in moto sistemi di intelligence e di contrasto ai comportamenti illeciti, le frodi vengono scoperte più agevolmente ed è possibile perseguirle disponendo degli elementi necessari per ottenere i provvedimenti di condanna da parte della Magistratura. Viceversa, qualora, in nome di principi di garanzia che risultano obiettivamente sproporzionati rispetto alle varie emergenze che caratterizzano l'ordine pubblico, vengano posti limiti consistenti all'esercizio di tali attività, l'azione antifrode diviene non solo più costosa ma anche meno efficace.

RISARCIMENTO DIRETTO: DATI DEL 2008 E CONFRONTO CON IL 2007

A due anni dall'avvio del nuovo sistema di risarcimento diretto introdotto il 1° febbraio 2007, i dati della statistica trimestrale, aggiornati al 31 dicembre 2008, consentono di effettuare un primo bilancio sugli andamenti degli indicatori tecnici (frequenza sinistri e importo liquidato medio dei pagamenti), per le principali tipologie di veicoli (autovetture, autocarri e motoveicoli).

Va evidenziato, tuttavia, che due aspetti importanti possono inficiare il confronto con i valori registrati nel 2007:

- 1) nel 2007 la procedura di risarcimento diretto non ha operato per l'intero anno ma per 11 mesi;



	% Veicoli assicurati	2008		2007	
		% Sinistri CARD	% Sinistri NO-CARD	% Sinistri CARD	% Sinistri NO-CARD
AUTOVETTURE AD USO PRIVATO	72,2	80,4	20,3	79,6	21,6
MOTOVEICOLI	13,0	66,6	34,3	60,1	41,1
- di cui Motocicli	8,1	79,4	21,6	78,4	23,0
- di cui Ciclomotori	4,9	32,2	68,6	16,5	84,2
AUTOCARRI	7,9	54,6	46,0	52,9	48,2
- di cui Autocarri con peso inf. a 35 q.li	6,3	61,2	39,3	60,0	41,1
- di cui Autocarri con peso sup. a 35 q.li	1,5	37,1	63,8	34,8	66,4
ALTRI SETTORI	7,0	33,1	67,0	35,0	65,7
TOTALE SETTORI	100,0	75,1	25,6	73,7	27,4

TAVOLA 1

INCIDENZA DEI SINISTRI RIENTRANTI IN CARD*

(*) 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%.

2) nel 2008, la procedura ha riguardato, su base volontaria, anche i sinistri avvenuti tra assicurati dalla stessa compagnia.

L'incidenza dei sinistri rientrati in CARD è stata nel 2008 pari al **75,1%** del totale dei sinistri gestiti dalle imprese (che includono quindi anche quelli gestiti fuori convenzione). La percentuale risulta essere in crescita rispetto a quanto osservato nel 2007 (73,7%) per effetto sia di un continuo miglioramento delle procedure informatiche, che hanno accelerato gli ingressi dei sinistri in convenzione, sia perché sono stati inclusi, anche se su base volontaria, i sinistri avvenuti fra assicurati con la stessa compagnia, che erano invece esclusi nei dati del 2007.

Analizzando tali incidenze per le diverse tipologie di veicoli si può osservare come esistano notevoli differenze tra settori (tavola 1).

In particolare, per le autovetture e i motocicli, che costituiscono insieme oltre l'80% dei veicoli assicurati, la percentuale dei sinistri che sono rientrati nella procedura di risarcimento diretto è pari a circa l'80%; questa incidenza è in lieve crescita rispetto al 2007. Per i ciclomotori, invece, che costituiscono il 5% dei veicoli assicurati, la percentuale dei sinistri che è rientrata in CARD è salita dal 16,5% nel 2007 al 32,2% nel 2008, verosimilmente per il progressivo rinnovamento del parco circolante che ha comportato l'ingresso nel sistema dei 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 a 35 quintali per i quali la percentuale è pari al 61,2%; gli autocarri con peso superiore ai 35 quintali registrano un'incidenza più bassa pari al 37,1%.

La **frequenza dei sinistri accaduti (escludendo i sinistri denunciati tardivamente)** è in lieve crescita (+2,2%) passando dal 7,72% nel 2007 al **7,89%** nel 2008, dopo l'aumento già osservato nel 2007 (+3,3%) che ha segnato un'inversione di tendenza dopo anni di diminuzioni.

Con l'introduzione del risarcimento diretto la totalità dei sinistri accaduti nel ramo r.c. auto è ottenuto come somma dei:



L'assicurazione auto

TAVOLA 2 - FREQUENZA DEI SINISTRI GESTITI (*)

Trimestre di osservazione	TOTALE SETTORI	AUTOVETTURE	AUTOCARRI con peso < 35 q.li	AUTOCARRI con peso > 35 q.li	MOTOCICLI	CICLOMOTORI
Al I° trimestre 2008	7,01%	7,95%	7,42%	10,59%	3,51%	2,31%
Al II° trimestre 2008	7,75%	8,60%	8,23%	12,43%	4,74%	2,97%
Al III° trimestre 2008	7,75%	8,48%	8,13%	12,60%	5,50%	3,32%
Al IV° trimestre 2008	7,89%	8,65%	8,26%	12,87%	5,49%	3,36%
per memoria: al IV° trimestre 2007	7,72%	8,41%	8,97%	14,57%	5,10%	3,33%
<i>Variazione % al IV° trimestre</i>	<i>2,2%</i>	<i>2,9%</i>	<i>-7,9%</i>	<i>-11,7%</i>	<i>7,7%</i>	<i>1,0%</i>

(*) Questi valori della frequenza sinistri differiscono lievemente da quelli riportati nella tavola 1 a pag. 111 perché 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

- 1) sinistri che sono stati gestiti nell'ambito della convenzione stessa e che sono relativi appunto ai sinistri subiti dagli assicurati non responsabili in tutto o in parte e che vengono liquidati dalla propria compagnia in qualità di impresa gestionaria;
- 2) sinistri che sono stati trattati fuori dalla convenzione CARD e gestiti secondo l'ordinario schema di r.c. auto (danni provocati a terzi dagli assicurati).

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

Dal 2008 sono disponibili dati trimestrali (tavola 2). Peraltro, la frequenza sinistri ha un andamento stagionale e, quindi, il dato è più utile se confrontato con lo stesso periodo dell'anno precedente. In particolare, nel primo trimestre il numero dei sinistri denunciati alle imprese è solo una porzione di quelli che sono effettivamente avvenuti in tale periodo poiché una parte di questi (particolarmente quelli accaduti a ridosso della fine del trimestre) verranno registrati nei trimestri successivi (figura 1). Un altro effetto della stagionalità è

FIGURA 1
FREQUENZA DEI SINISTRI GESTITI - TOTALE SETTORI

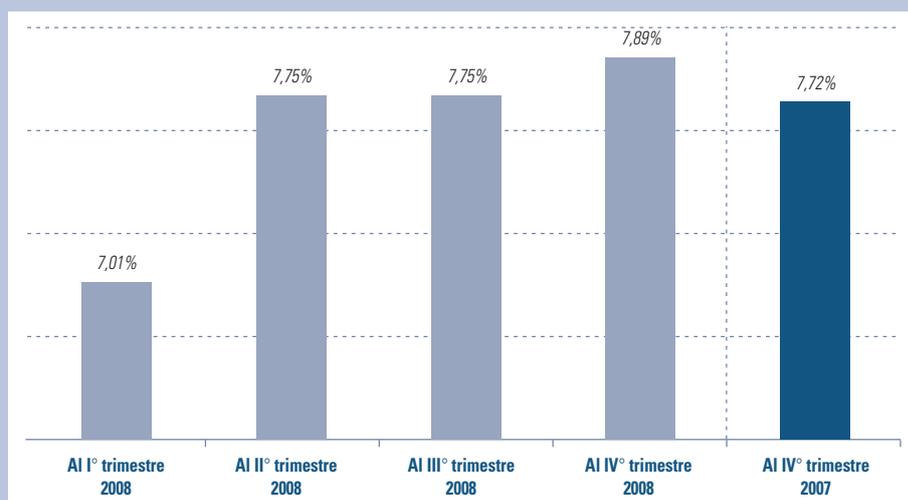


TAVOLA 3 - IMPORTO MEDIO LIQUIDATO DEI SINISTRI GESTITI (*)
Generazione di sinistri corrente (Valori in euro)

Trimestre di osservazione	TOTALE SETTORI	AUTOVETTURE	AUTOCARRI con peso < 35 q.li	AUTOCARRI con peso > 35 q.li	MOTOCICLI	CICLOMOTORI
Al I° trimestre 2008	1.223	1.215	1.314	1.441	1.288	993
Al II° trimestre 2008	1.412	1.398	1.505	1.719	1.627	1.081
Al III° trimestre 2008	1.585	1.571	1.674	1.856	1.900	1.234
Al IV° trimestre 2008	1.814	1.784	1.874	2.144	2.435	1.477
per memoria: al IV° trimestre 2007	1.640	1.618	1.713	1.829	2.094	1.274
<i>Variazione % al IV° trimestre</i>	<i>10,6%</i>	<i>10,3%</i>	<i>9,4%</i>	<i>17,2%</i>	<i>16,3%</i>	<i>16,0%</i>

(*) Gli importi medi dei sinistri accaduti e liquidati nel 2008 sono desunti dalla statistica rapida trimestrale r.c. auto mentre quelli relativi all'anno 2007 sono stati elaborati sulla base dei dati della Statistica annuale r.c. auto

che il terzo trimestre (per effetto verosimilmente delle ferie estive) comporta generalmente un ritardo nelle denunce dei sinistri con un conseguente calo della sinistrosità (particolarmente per alcuni settori).

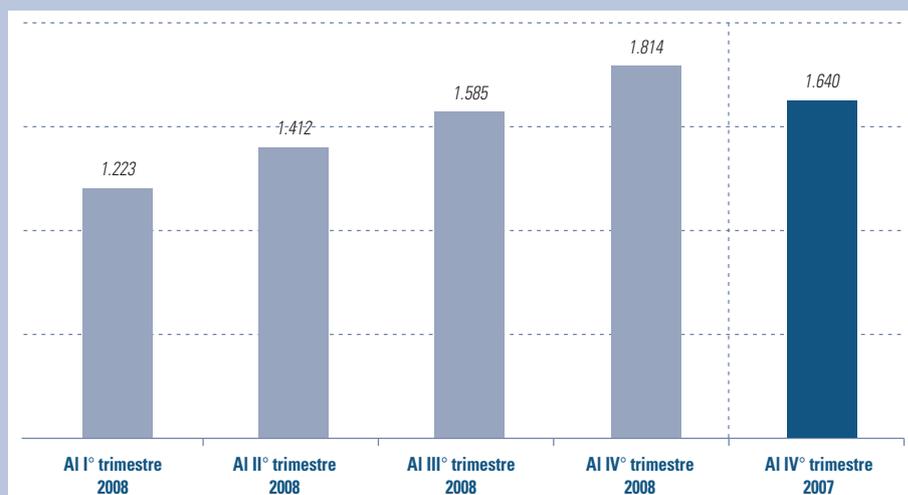
Con l'unica eccezione degli **autocarri** che registrano un miglioramento della frequenza sinistri (-8% per quelli con peso inferiore a 35 quintali e -12% per quelli con peso superiore ai 35 quintali), per le altre tipologie di veicoli si registra un aumento della frequenza dei sinistri gestiti: in particolare, per le **autovetture** essa passa dall'8,41% nel 2007 all'8,65% nel 2008 con un aumento di quasi il 3%. Più evidente l'aumento per i **motocicli** (+7,7%) per i quali la frequenza dei sinistri gestiti arriva al 5,5% nel 2008 (5,1% nel 2007). La sinistrosità appare praticamente invariata per i **ciclomotori**, con una frequenza dei sinistri gestiti al quarto trimestre 2008 del 3,4%.

Il **costo medio dei sinistri accaduti e liquidati nell'anno** ⁽⁴⁾ (c.d. sinistri di generazione corrente) è stato pari nel 2008 a **1.814** euro (1.640 nel 2007); l'incremento (quasi l'11%) è spiegabile principalmente con l'aumento della velocità di liquidazione che, grazie alla nuova procedura di risarcimento diretto, è passata dal 68,9% nel 2007 al 72,4% nel 2008. Poiché i sinistri più costosi richiedono generalmente tempi più lunghi per il risarcimento, un aumento della quota di sinistri liquidati nell'anno di accadimento è generalmente associato con un aumento del costo medio dei sinistri. L'aumento si verifica per le tutte

(4) Dal momento che i dati disponibili per il 2007 sono relativi a soli 11 mesi di funzionamento della CARD, un confronto omogeneo con i dati di tutto l'anno 2008 può essere fatto ricorrendo alla banca dati annuale dell'ANIA che, per il 2007, include tutte le liquidazioni effettuate nei vari mesi dell'anno. A tal proposito gli importi medi liquidati sono stati calcolati considerando unicamente le tipologie di rischio monitorate nella statistica rapida. Sono stati in particolare esclusi tutti i rischi assicurati con polizze a libro matricola. Per quanto riguarda le autovetture e i motocicli sono stati presi in considerazione solo quelli ad uso privato, mentre sono stati esclusi i motocarri dal settore degli autocarri.



FIGURA 2
IMPORTO MEDIO LIQUIDATO DEI SINISTRI GESTITI -
TOTALE SETTORI
Valori in euro



le tipologie di veicoli, anche se in maniera più accentuata nel settore dei motoveicoli il cui importo medio liquidato cresce di circa il 16% (tavola 3, figura 2).

Importo medio dei sinistri liquidati – generazione di accadimento precedenti.

Dal 2008 si dispone anche delle informazioni riguardanti gli importi medi dei sinistri liquidati con almeno un anno di antidurata. In particolare sono stati rilevati tutti i sinistri accaduti nel 2007 (a partire dal 1° febbraio) e che sono stati liquidati nel corso del 2008. Tali importi, detti di generazioni precedenti, sono comprensivi degli eventuali pagamenti parziali effettuati durante la definizione del sinistro (tavola 4).

Per tutti i settori si rileva un sostanziale incremento degli importi liquidati nel corso dei trimestri, dal momento che con il passare del tempo vengono definiti i sinistri con danni di entità via via più elevata (danni materiali rilevanti e danni fisici). A parità di anno di accadimento, mettendo a confronto l'importo medio dei sinistri liquidati nell'anno stesso con quello dei sinistri liquidati durante l'anno

TAVOLA 4 - IMPORTO MEDIO LIQUIDATO DEI SINISTRI GESTITI (*)
Generazioni di sinistri precedenti (Valori in euro)

Trimestre di osservazione	TOTALE SETTORI	AUTOVETTURE	AUTOCARRI con peso < 35 q.li	AUTOCARRI con peso > 35 q.li	MOTOCICLI	CICLOMOTORI
Al I° trimestre 2008	2.206	2.134	2.294	3.326	3.233	1.747
Al II° trimestre 2008	2.843	2.753	2.970	3.442	4.245	2.355
Al III° trimestre 2008	3.221	3.136	3.445	3.943	4.674	2.854
Al IV° trimestre 2008	3.504	3.375	3.719	4.182	4.990	3.126
per memoria: al IV° trimestre 2007	1.640	1.618	1.713	1.829	2.094	1.274
<i>Variazione % al IV° trimestre</i>	<i>113,6%</i>	<i>108,7%</i>	<i>117,1%</i>	<i>128,7%</i>	<i>138,3%</i>	<i>145,4%</i>

(*) Gli importi medi dei sinistri liquidati nel 2008 sono desunti dalla statistica rapida trimestrale r.c. auto mentre quelli relativi all'anno 2007 sono stati elaborati sulla base dei dati della Statistica annuale r.c. auto



successivo, si osserva almeno un raddoppio del costo. In particolare per i motocicli e i ciclomotori si registrano incrementi anche superiori, dal momento che tali settori presentano un'alta incidenza di sinistri con danni fisici. Se alla fine del 2007 per i motocicli erano stati liquidati sinistri per un costo medio di circa 2.000 euro, solo dopo un anno tale importo sfiora i 5.000 euro.

Velocità di liquidazione. I sinistri che sono stati definitivamente liquidati nel primo anno di osservazione (c.d. velocità di liquidazione) rappresentano il **72,4%** del totale dei sinistri gestiti. Tale percentuale è in aumento rispetto a quella del 2007, quando era pari al 68,9%. Tale incremento è spiegabile con il fatto che nel corso del 2008, anche se su base volontaria, la procedura di risarcimento diretto ha riguardato anche i sinistri avvenuti tra assicurati della stessa compagnia, accelerandone i tempi di liquidazione.

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 76,8% 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 57,5%. Tale differenza è spiegata con il 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 più lunghi per la completa definizione.

EFFETTO DEL DECRETO BERSANI SULLA SCALA DI BONUS MALUS

Il sistema di bonus malus, come ribadito nell'art.133 del codice delle assicurazioni, è un meccanismo – inizialmente introdotto per le autovetture, e successivamente anche per i ciclomotori e per i motoveicoli – finalizzato a correlare il premio assicurativo al comportamento di guida dell'assicurato; in particolare, il premio applicato all'atto della stipulazione o del rinnovo subisce una variazione, in aumento o in diminuzione, in funzione della presenza o dell'assenza di sinistri nell'annualità assicurativa precedente.

Il principio fondamentale alla base del sistema è, quindi, che tanto più numerosi sono i sinistri causati negli anni tanto più elevato deve essere il premio pagato. Studi empirici dimostrano che tale meccanismo ha un effetto di deterrenza e prevenzione in quanto favorisce comportamenti prudenti da parte degli assicurati.

La legge n. 40/2007 (c.d. decreto "Bersani bis") in vigore dal 3 aprile 2007 ha apportato, direttamente e indirettamente, importanti modifiche al sistema di bonus malus.



Conservazione della classe di merito per chi assicura più veicoli

Prima dell'aprile 2007, chi acquistava un secondo veicolo, senza privarsi del primo, doveva assicurarlo con la classe di merito di ingresso (ossia la quattordicesima). A volte le compagnie decidevano di applicare una classe più favorevole per gli assicurati più meritevoli, in coerenza con l'invito contenuto nella Circolare ISVAP n. 420 del 7 novembre 2000, ma le imprese avevano posto una serie di limitazioni al fine di evitare vantaggi per i guidatori privi di una "storia assicurativa" senza sinistri.

Il decreto "Bersani bis" ha, invece, sancito il diritto di un automobilista che ha già un veicolo assicurato di beneficiare della stessa classe di merito acquisita negli anni, anche per la sottoscrizione di un contratto r.c. auto per ulteriori veicoli acquistati. E, soprattutto, il decreto prevede che la classe di bonus sia mantenuta anche nel caso di acquisto di un'autovettura da parte di un familiare convivente.

Attestato di rischio

L'attestato di rischio rappresenta la "storia" dei sinistri dell'assicurato degli ultimi cinque anni e certifica la classe di merito di provenienza e quella di assegnazione basandosi sulla classe di conversione universale (c.d. CU). La legge n. 40/2007 è intervenuta estendendo la sua validità per cinque anni, in caso di sospensione o mancato rinnovo della polizza per temporaneo non utilizzo dell'autovettura.

Riduzione della casistica di peggioramento della classe di bonus malus a seguito di sinistro

A partire dal 3 aprile 2007 le compagnie hanno il divieto di applicare variazioni delle classi di merito senza prima aver accertato l'effettiva responsabilità dell'assicurato. In sostanza, l'impresa di assicurazione può variare in peggioramento la classe di merito solo se l'assicurato è il responsabile "principale" del sinistro, in base alla liquidazione effettuata alla controparte.

Quando non è possibile accertare la responsabilità "principale", la responsabilità viene divisa "pro-quota" tra i conducenti coinvolti, ai fini della eventuale variazione di classe a seguito di più sinistri. Quindi, ad esempio, nel caso in cui siano coinvolti due veicoli e ognuno degli stessi risulti responsabile al 50%, non si avrà applicazione del malus a nessuno dei due. In questo caso la percentuale di responsabilità sarà annotata sull'attestazione dello stato del rischio in modo che, ove il veicolo sia coinvolto in un successivo sinistro, sempre con responsabilità paritaria, le percentuali vengano sommate e si dia luogo all'applicazione del malus. Inoltre, le responsabilità minoritarie – ad esempio, un guidatore responsabile per il 40% – non andranno annotate sull'attestazione e quindi non si cumuleranno tra di loro, anche se il contraente fosse coinvolto, per assurdo, in cinque sinistri in ciascuno dei quali risultasse responsabile al 40%.



Le misure introdotte dalla legge 40/2007, in particolar modo la conservazione della stessa classe per più veicoli assicurati nell'ambito familiare e l'assegnazione del malus solo in caso di responsabilità "principale", hanno alterato il meccanismo di penalizzazione implicito nel sistema di bonus malus. Questo è facilmente riscontrabile anche analizzando l'evoluzione dei veicoli-anno assicurati nelle diciotto classi negli ultimi cinque anni, dal 2004 al 2008.

I valori riportati nella tavola evidenziano, innanzitutto, il rapido spopolamento della classe di ingresso (classe 14). Negli anni tra il 2004 e il 2006 la classe 14 presentava una percentuale di assicurati all'incirca pari al 5,5%. Già nel 2007 la percentuale scende al 4,6% e, soprattutto, cala drasticamente al 2,0% nel 2008, quando la nuova normativa ha esplicato pienamente i suoi effetti.

Al contrario, è fortemente aumentata la percentuale di assicurati nella classe migliore (classe 1). Se è normale che il parco assicurato "scivoli" verso la prima classe, dal momento che ogni anno oltre il 92% di assicurati non causa sinistri, non lo è il fatto che nel 2007, e ancora più significativamente nel 2008, in presenza di una frequenza sinistri pressoché costante o addirittura in aumento, la classe migliore si popoli a un ritmo più elevato rispetto a quello

DETERMINAZIONE DELL'EFFETTO DELLO SCIVOLAMENTO DEL SISTEMA DI BONUS MALUS

Classe di Conversione Universale	Coefficienti Bonus Malus Tariffa Amministrata	Distribuzione % veicoli-anno				
		Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006	Anno 2005	Anno 2004
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	0,50	55,2%	51,1%	48,8%	48,1%	46,0%
2	0,53	5,1%	5,2%	4,9%	5,5%	5,1%
3	0,56	5,1%	5,6%	5,6%	5,4%	5,5%
4	0,59	3,2%	3,2%	3,6%	3,8%	3,7%
5	0,62	3,1%	3,2%	3,1%	3,7%	3,9%
6	0,66	2,9%	3,1%	3,0%	3,1%	3,8%
7	0,70	2,8%	2,9%	3,1%	3,1%	3,4%
8	0,74	2,8%	2,9%	2,9%	3,2%	3,6%
9	0,78	2,8%	3,0%	3,0%	3,1%	4,0%
10	0,82	3,2%	3,1%	3,7%	3,2%	3,3%
11	0,88	3,5%	3,4%	3,3%	3,4%	3,5%
12	0,94	4,1%	3,8%	4,0%	3,7%	3,9%
13	1,00	3,4%	4,6%	4,6%	4,5%	4,3%
14	1,15	2,0%	4,6%	5,8%	5,5%	5,4%
15	1,30	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
16	1,50	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
17	1,75	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
18	2,00	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Coeff. Medio Ponderato		0,6148	0,6356	0,6471	0,6444	0,6495
Variazione %		<i>2008 vs 2007</i> -3,3%	<i>2007 vs 2006</i> -1,8%	<i>2006 vs 2005</i> 0,4%	<i>2005 vs 2004</i> -0,8%	



degli anni precedenti. È evidente che la maggiore numerosità di questa classe è stata determinata dall'afflusso di assicurati che sono entrati direttamente nella classe 1, anziché in quella d'ingresso.

Per avere una misura sintetica e approssimata dell'effetto economico dello spostamento della distribuzione degli assicurati è possibile utilizzare la "scala dei coefficienti della tariffa amministrata" (provvedimento CIP del 1993), riportata nella colonna 2 della tavola. Secondo questa scala, il premio di un assicurato in classe 1 è, a parità delle altre condizioni, pari alla metà di quello della classe 13 e a un quarto della classe 18. Va peraltro osservato che la scala dei coefficienti in uso presso le aziende ha oggi una più ampia variabilità (per esempio in alcuni casi si può arrivare a un coefficiente di riduzione del premio per la classe migliore pari a 0,35).

Il coefficiente medio, calcolato ponderando i coefficienti della scala con la distribuzione degli assicurati nelle diciotto classi, è pari 0,636 nel 2007, contro 0,647 nel 2006. Ciò implica che a parità delle altre caratteristiche dell'assicurato, la variazione della distribuzione degli assicurati ha determinato una riduzione dell'1,8% del prezzo medio ponderato della copertura. L'effetto del 2008, pari al -3,3%, è molto più rilevante. Inoltre, l'utilizzo delle scale dei coefficienti aziendali, potrebbe portare a variazioni più accentuate.

Tale effetto redistributivo finora è stato attenuato e poco avvertito a causa del ciclo di riduzione dei prezzi che ha caratterizzato gli ultimi esercizi in conseguenza di una concorrenza particolarmente accesa tra le imprese. In presenza del peggioramento del conto economico del ramo r.c. auto a livello di mercato, è inevitabile che il problema si presenterà in tutta la sua valenza, alimentando negativamente il ciclo dei prezzi invertito.

INCIDENZA DEI SINISTRI R.C. AUTO CON RESPONSABILITÀ CONGIUNTA

Sulla base della nuova statistica annuale del ramo r.c. auto è possibile analizzare l'incidenza dei sinistri caratterizzati da una responsabilità congiunta tra due assicurati.

Non è possibile valutare se dopo l'introduzione del risarcimento diretto obbligatorio si sia modificata l'incidenza dei sinistri con corresponsabilità rispetto al totale, dal momento che non esistono evidenze statistiche per gli anni precedenti al 2007. Sulla base dei dati della rilevazione associativa ⁽⁵⁾, limitando

⁽⁵⁾ Hanno partecipato alla statistica un campione di imprese rappresentativo di oltre il 65% dei premi contabilizzati nel ramo r.c. auto nel 2007.

TAVOLA 1 - SINISTRI CARD IN CORRESPONSABILITÀ - 2007

TIPO DI AUTOVEICOLO	Percentuale di sinistri in corresponsabilità
Autovetture	6,0%
Autotassametri	5,5%
Autobus	12,5%
Autocarri	8,2%
Motoveicoli	8,6%
Macchine operatrici	10,6%
Totale	6,4%



L'analisi ai soli sinistri che sono rientrati in CARD (CID e CTT), risulta che il 6,4% dei sinistri hanno dato luogo a una responsabilità congiunta.

È interessante notare come i sinistri con corresponsabilità si distribuiscono secondo le diverse tipologie di autoveicoli coinvolti. Il settore degli autobus presenta un'incidenza doppia (12,5%) rispetto alla media, probabilmente perché non è sempre semplice stabilire per tali mezzi, in particolar modo quelli che circolano nei centri urbani, l'assenza di responsabilità nel sinistro. I settori che presentano un'incidenza più bassa rispetto a tutti gli altri sono le autovetture e gli autotassametri (tavola 1).

Se si analizza il fenomeno secondo la variabile territoriale non si riscontrano particolari differenze rispetto alla media generale (tavola 2). A livello regionale, infatti, la percentuale dei sinistri che presenta corresponsabilità è compresa tra il valore minimo del 4,5% della Calabria e il valore massimo del 7,5% della Puglia. Se si esclude la Repubblica di San Marino che presenta la percentuale di sinistri in corresponsabilità più elevata (9,1% – occorre comunque sottolineare che il numero totale di sinistri per questa area è limitato) le città italiane dove il fenomeno è più rilevante sono Bari (8,0%) e Lecce (7,8%). Le città dove invece si riscontrano i valori più bassi sono Crotone, Reggio Calabria e Oristano (circa il 3,6%).

TAVOLA 2 - SINISTRI CARD IN CORRESPONSABILITÀ
DISTRIBUZIONE REGIONALE - 2007

REGIONI	Percentuale di sinistri in corresponsabilità
Abruzzo	6,8%
Basilicata	5,3%
Calabria	4,5%
Campania	6,5%
Emilia Romagna	6,6%
Friuli Venezia Giulia	6,0%
Lazio	6,2%
Liguria	6,2%
Lombardia	6,9%
Marche	5,8%
Molise	5,1%
Piemonte	6,8%
Puglia	7,5%
Sardegna	4,8%
Sicilia	6,6%
Toscana	5,8%
Trentino	5,6%
Umbria	6,0%
Valle d'Aosta	6,3%
Veneto	6,5%
Totale	6,4%

RISARCIMENTO DIRETTO (CARD): CALCOLO DEI FORFAIT 2009 E PROBLEMI ANCORA APERTI

Il sistema di risarcimento diretto, dopo i primi due anni di funzionamento, ha sicuramente avuto effetti positivi, quali la riduzione dei tempi di liquidazione e il contenimento dei costi medi dei sinistri pagati e riservati. Tuttavia, non si è osservata una significativa riduzione del costo dei sinistri. Inoltre, le regole rigide previste per il calcolo dei forfait compensativi hanno impedito di distinguere i sinistri in funzione delle tipologie di veicoli coinvolti. Ciò ha determinato rilevanti scompensi sui fabbisogni tariffari dei singoli settori.

I ciclomotori e i motocicli ad esempio sono caratterizzati da un'alta incidenza dei danni fisici e perciò da un costo medio di risarcimento superiore a quello della media generale: ciò comporta uno squilibrio tra quanto viene liquidato dall'impresa che gestisce il sinistro e quanto poi viene rimborsato sulla base del forfait.

Al momento del calcolo dei forfait per il 2009 tali criticità erano ancora oggetto di analisi da parte del Ministero dello sviluppo economico, che aveva concesso le eccezioni sollevate e aveva mostrato la volontà di apportare delle modifiche alla normativa del risarcimento diretto.

La decisione è stata adottata con il D.P.R. n. 28 del 18 febbraio 2009, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 2 aprile 2009, che ha introdotto la possibilità, fino ad



allora esclusa dalla normativa, che le compensazioni economiche tra imprese per i risarcimenti effettuati avvengano sulla base di costi medi differenziati per grandi tipologie di veicoli assicurati, oltre a quanto già previsto in precedenza, per macro-aree territoriali omogenee o distintamente per danni a cose e danni alle persone.

La norma ha peraltro stabilito che tali criteri di differenziazione, applicati alternativamente o congiuntamente, non devono comportare una frammentazione eccessiva dei forfait di riferimento. Per evitare difficoltà di funzionamento del sistema la normativa ha anche stabilito che gli eventuali nuovi forfait devono essere adottati senza determinare mutamenti frequenti e mai per periodi inferiori a una annualità.

La modifica della disciplina è stata introdotta ad aprile del 2009, dopo che erano stati fissati i forfait sulla base della normativa allora vigente. I nuovi principi verranno verosimilmente applicati per il calcolo dei forfait con validità a partire dal 1° gennaio 2010.

Come per il 2008, anche per il 2009 sono stati calcolati per la componente CARD-CID due forfait distinti: un forfait relativo ai danni al veicolo e a cose trasportate, differenziato in 3 macroaree territoriali, e un forfait per le lesioni di lieve entità al conducente, con plafond, franchigia e scoperto.

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

L'analisi per la definizione del forfait ha tenuto conto delle statistiche fornite dalla CONSAP, riferite ai risarcimenti corrisposti sui sinistri ammessi alla Stanza di Compensazione nel periodo 1° febbraio 2007 – 31 ottobre 2008. Tali informazioni sono state integrate con quelle provenienti dalla banca dati sinistri r.c. auto dell'ISVAP relative a sinistri tra due veicoli liquidati nell'anno 2007. Tale integrazione si è resa necessaria poiché le informazioni disponibili presso il Gestore della Stanza di Compensazione riguardano sinistri per i quali dalla data di accadimento sono trascorsi al massimo 1 anno e 9 mesi e pertanto non possono tener conto del fatto che i sinistri pagati a distanza di anni dal sinistro sono generalmente molto più costosi per l'impresa di assicurazione.

Partendo dai dati della banca sinistri r.c. auto dell'ISVAP, sono stati considerati i risarcimenti effettuati nel 2007, poi rivalutati per un anno sulla base della variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai impiegati (FOI) nell'ipotesi di uniforme distribuzione dei pagamenti nel corso dell'anno. Il costo medio è stato ulteriormente rivalutato fino al 30 giugno 2009 considerando l'indice FOI per le variazioni fino al 31 ottobre 2008 mentre, per i restanti due mesi dell'anno 2008 e per l'anno 2009, sono stati considerati i tassi di inflazione programmata su base annua e pari rispettivamente all'1,7% e all'1,5%. Il valore così determinato, considerato rappresentativo del costo medio dei risarcimenti corrisposti sui sinistri liquidati nell'anno di acca-



dimento e pari a 1.303 euro, è stato aumentato del 13,39% per calcolare il costo complessivo di generazione. Tale coefficiente è stato determinato sulla base dei dati elaborati dall'ISVAP dal momento che la Convenzione CARD (in senso conforme alla legge) stabilisce che il forfait di un determinato anno si applichi a tutti i sinistri accaduti nel medesimo anno, indipendentemente da quando verranno liquidati. L'importo ottenuto è risultato pari a 1.477 euro.

Tale importo è stato confrontato con il costo medio dei risarcimenti registrato da CONSAP sui soli sinistri della generazione 2007 liquidati a titolo definitivo e opportunamente rivalutati secondo la procedura già descritta. Il costo medio è risultato pari a 1.397 euro; è importante notare che tale valore tiene conto del fatto che oltre il 92,5% dei sinistri è pagato a titolo definitivo e che con il risarcimento diretto la velocità di liquidazione è più rapida come conseguenza dell'anticipo del pagamento di sinistri di importo più rilevante.

Sulla base delle analisi condotte il Comitato tecnico ha stabilito un valore di riferimento del costo medio per danni a veicoli e a cose trasportate, per tutto il territorio nazionale, di **1.450 euro**.

Definizione dei coefficienti di aggiustamento del forfait per aree territoriali

Per individuare le tre macroaree territoriali sono stati utilizzati i dati forniti dalla CONSAP relativi a risarcimenti, per danni al veicolo e a cose trasportate, corrisposti sia a titolo parziale che definitivo sui sinistri con data di accadimento compresa tra il 1° febbraio 2007 e il 31 ottobre 2008.

La determinazione degli indici per la definizione del forfait distinto per zone territoriali ha seguito la stessa metodologia utilizzata per il forfait 2007. In base al rispettivo costo medio di risarcimento le province sono state suddivise in tre gruppi (aree territoriali) individuati in modo che il rapporto tra il costo medio di ciascun gruppo (definito come media ponderata dei costi medi rilevati per singola provincia a esso appartenente, con pesi pari al numero dei sinistri pagati) e quello della provincia "più virtuosa" del gruppo stesso sia all'incirca uguale per i tre gruppi; tale rapporto è risultato pari circa al 10%.

I costi medi per singoli gruppi così determinati sono stati rapportati al costo medio generale di tutte le province per ottenere i tre coefficienti di zona. I valori dei forfait ottenuti sono riportati nella tavola.

	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3
Costo medio danni a veicolo e cose trasportate al 30/06/2009	1.450	1.450	1.450
<i>Coefficiente per zone territoriali</i>	<i>1,14</i>	<i>0,98</i>	<i>0,80</i>
Forfait per macroarea territoriale	1.658	1.419	1.162

VALORI DEL FORFAIT DISTINTI PER AREE
TERRITORIALI
Valori in euro



Forfait per lesioni di lieve entità del conducente

L'analisi per la definizione del forfait ha tenuto conto delle statistiche CONSAP, riferite ai risarcimenti liquidati a titolo definitivo nel periodo 1° febbraio – 31 ottobre 2008, delle elaborazioni effettuate sulla base di dati campionari estratti dalla banca dati sinistri r.c. auto, relativi a sinistri tra due veicoli liquidati nell'anno 2007 che presentano risarcimenti per lesioni fisiche con invalidità permanente non superiore ai 9 punti percentuali, e di statistiche fornite dall'ANIA sui dati estratti dalla propria banca dati, relativi a un campione di sinistri di tipologia CARD-CID accaduti nel 2007. Gli importi considerati nelle elaborazioni dell'ANIA comprendono i risarcimenti effettuati nel 2007 sia a titolo parziale che definitivo e la riserva accantonata per i pagamenti futuri.

I dati della CONSAP hanno evidenziato un'elevata volatilità riconducibile alla limitata ampiezza del periodo di osservazione che, per i danni alla persona, non risulta adeguato per la rilevazione di risarcimenti complessi. Questi ultimi sono caratterizzati da gradi di invalidità più elevati, che richiedono di norma tempi di accertamento dell'entità del danno più lunghi.

Il costo medio dei risarcimenti per lesioni di lieve entità al conducente è stato definito come media aritmetica tra il costo medio dei risarcimenti desunto dalla banca dati sinistri r.c. auto, che è stato ricondotto all'anno 2009 con la metodologia già descritta per i risarcimenti al veicolo e alle cose trasportate, e il valore medio desunto dalle statistiche ANIA. Tale ultimo importo non è stato rivalutato in quanto comprensivo della riserva accantonata per i risarcimenti che verranno corrisposti negli anni successivi e calcolata a costo ultimo. Il costo medio è risultato pari a 3.251 euro.

Il forfait per lesioni di lieve entità al conducente, per i sinistri con anno di accadimento 2009, è stato stabilito in **3.250 euro**.

Nessuna modifica è stata apportata alla franchigia assoluta (che rimane fissata in **500 euro**) e alla franchigia proporzionale (pari al **10%** del risarcimento con un massimo di **20.000 euro**).

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 sono ancora riferiti a un periodo molto limitato. 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 2009 i dati ricavati dall'apposita estrazione effettuata dalla banca dati sinistri r.c. auto ISVAP, che ha riguardato sinistri liquidati nell'anno 2007 con risarcimenti a terzi trasportati per lesioni fisiche, e dalle statistiche fornite



dall'ANIA sui dati estratti dalla propria banca dati, relativi a un campione di sinistri di tipologia CARD-CTT accaduti nel 2007. Anche in questo caso gli importi considerati dall'ANIA comprendono, oltre ai risarcimenti effettuati nel 2007 sia a titolo parziale che definitivo, la riserva accantonata per i pagamenti futuri.

La media tra i valori medi delle due elaborazioni è risultata pari a 3.268 euro.

Sulla base di tale valore il forfait per lesioni al terzo trasportato e per cose di sua proprietà per i sinistri con anno di accadimento 2009 è stato mantenuto sul livello considerato per il forfait 2008, pari a **3.300 euro**.

Nessuna modifica è stata apportata alla franchigia assoluta (che rimane fissata in **500 euro**) e alla franchigia proporzionale (pari al **10%** del risarcimento con un massimo di **20.000 euro**).

RISARCIMENTO DIRETTO E NUOVE CLAUSOLE R.C. AUTO

La disciplina del risarcimento diretto prevede espressamente la possibilità di offrire agli assicurati contratti che, a fronte di riduzioni del premio r.c. auto, contemplino l'impegno – in caso di sinistro subito – a far riparare il veicolo presso officine di autoriparazione convenzionate con l'assicuratore.

Al riguardo, l'ISVAP ha stabilito che sui siti internet delle imprese r.c. auto "in presenza di clausole contrattuali che prevedono il risarcimento del danno in forma specifica, sia inserito un link all'elenco aggiornato degli autoriparatori ai quali rivolgersi in caso di sinistro per ottenere la riparazione diretta del veicolo".

In questi due anni di operatività del risarcimento diretto, le clausole di riparazione in forma specifica hanno registrato una progressiva diffusione. L'offerta di clausole di questo tipo è attualmente prevista nei contratti proposti da un numero significativo di imprese, cui fa capo nel complesso una quota di mercato pari circa alla metà della raccolta premi r.c. auto.

Sulla base di un'apposita analisi svolta sui siti Internet delle compagnie è possibile rilevare che le clausole si differenziano quanto ad ambito oggettivo (marche/modelli dei veicoli) ed estensione territoriale e quanto a norme applicabili nell'ipotesi di riparazione presso officina non convenzionata da parte dell'assicurato.

Le riduzioni dei premi offerte agli assicurati variano in funzione dei risparmi dei costi che gli assicuratori ottengono negli accordi con gli autoriparatori. I



costi di autoriparazione sembrano peraltro essere poco flessibili, in conseguenza della rigidità del costo della mano d'opera e dell'utilizzo, ampiamente diffuso, di pezzi di ricambio originali. L'entità dei risparmi sui costi dipende inoltre dalla numerosità dei veicoli che prevedono la riparazione in forma specifica.

La riparazione diretta rappresenta uno strumento concorrenziale per l'assicuratore. Gli assicurati sono interessati alla qualità del servizio ricevuto, alla riduzione delle incombenze amministrative (es. trasmissione "modulo blu" a cura dell'autoriparatore, perizia "in loco") e alla riduzione del tempo di attesa necessario per rientrare in possesso del veicolo riparato.

La procedura di risarcimento diretto sta inoltre contribuendo alla diffusione di coperture "kasko" con plafond prefissati di indennizzo (in genere fino a 15.000 euro) che hanno prezzi più contenuti rispetto alle garanzie kasko tradizionali. Si tratta di clausole che offrono il ristoro dei danni subiti dai propri assicurati anche nei casi di sinistri con colpa o con concorso di colpa a condizione che la collisione sia intervenuta con un altro veicolo identificato. A differenza delle "maxi kasko", le coperture a prezzo ridotto non includono i danni derivanti da urto con ostacolo fisso, ribaltamento e uscita di strada. Per i danni coperti dai nuovi "pacchetti" kasko è generalmente prevista dai contratti la facoltà di riparazione in forma specifica.

LA PROCEDURA OPERATIVA DEL RISARCIMENTO DIRETTO

Dall'avvio della procedura operativa del risarcimento diretto, sono stati gestiti oltre 5 milioni di sinistri r.c. auto.

La percentuale elevata di denunce di sinistro effettuate attraverso il modulo di constatazione amichevole sottoscritto dai due conducenti coinvolti nel sinistro (oltre il 60%) e i tempi rapidi con i quali si ottiene il risarcimento rappresentano un risultato positivo della nuova procedura di liquidazione dei sinistri.

Per l'assicurato/danneggiato il sistema è semplice: in caso di scontro tra due veicoli, il danneggiato non responsabile o solo parzialmente responsabile deve rivolgere la richiesta di risarcimento alla propria compagnia di assicurazione, che prima di procedere alla liquidazione del danno, è obbligata a fornire l'assistenza necessaria per l'istruttoria della pratica e per informare correttamente l'assicurato dei suoi diritti.

In realtà, la possibilità di chiedere il risarcimento del danno direttamente alla propria impresa assicuratrice si fonda su una complessa procedura operativa, regolata dalla convenzione privatistica (CARD) e supportata da uno specifico



protocollo ANIA/CONSAP S.p.A. per la gestione della c.d. stanza di compensazione, l'organismo deputato alla regolazione contabile dei rapporti economici tra le imprese partecipanti al sistema.

La procedura operativa del risarcimento diretto deve garantire:

- il risarcimento del danno entro i termini fissati dal legislatore;
- la verifica dei requisiti fissati dal codice delle assicurazioni per l'applicabilità della procedura: sinistro tra due veicoli identificati e assicurati;
- il tempestivo rimborso del forfait convenzionale all'impresa gestoria che ha liquidato il sinistro per conto dell'assicuratore del veicolo civilmente responsabile.

Il raggiungimento di tali obiettivi si ottiene grazie a un complesso sistema informatico modulare, realizzato da ANIA, che offre una serie di funzionalità in grado di espletare tutte le operazioni necessarie per la gestione dei sinistri nell'ambito della convenzione CARD (figura 1).

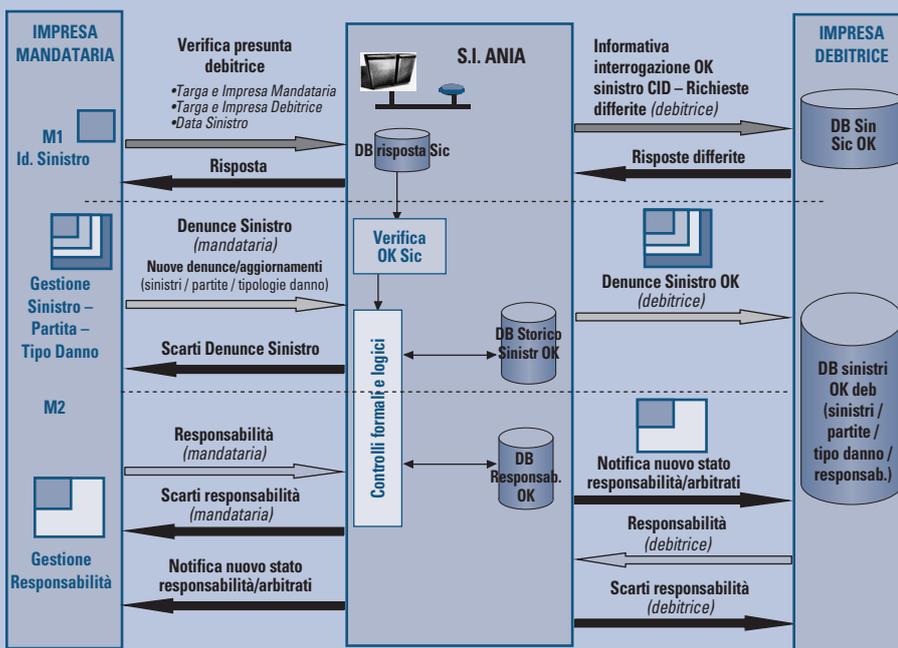


FIGURA 1
CARD - FLUSSI PER DEFINIZIONE SINISTRO
IN CONVENZIONE

La prima attività, che un'impresa deve compiere per poter gestire un sinistro nell'ambito della convenzione CARD, è relativa al controllo dei dati del sinistro; tra questi, la data di accadimento, le targhe e le imprese assicuratrici dei veicoli coinvolte. In particolare, queste informazioni servono per verificare, entro un termine massimo di 3 giorni, la copertura assicurativa dei veicoli.

È possibile stimare che il 91% dei controlli viene effettuato in tempo reale, perché il Sistema Integrato Controlli Auto (SIC) permette di ottenere rispo-



ste on-line interrogando direttamente le banche dati associative (in particolare, la Banca Dati SITA che contiene le informazioni relative alle coperture assicurative di tutti i veicoli). In caso di situazioni anomale, il SIC gestisce risposte differite nel tempo, sempre nei termini previsti dalla convenzione.

Uno specifico software permette inoltre di informare giornalmente ogni impresa delle denunce di sinistro riferite a sinistri causati da propri assicurati. Con questa informazione, l'impresa è in grado di acquisire gli elementi necessari per interloquire con l'impresa del danneggiato ai fini dell'accertamento della responsabilità, anche se il proprio assicurato non ha ancora presentato la denuncia di sinistro.

Per i sinistri denunciati senza la firma congiunta dei due conducenti, la procedura informatica, tramite le funzionalità web appositamente sviluppate, consente alle due imprese coinvolte nel sinistro di confrontarsi sull'accertamento delle responsabilità o su eventuali contestazioni attinenti l'applicabilità della procedura di risarcimento diretto o lo stesso accadimento del sinistro.

Questo confronto telematico prende le mosse con la dichiarazione dell'impresa che ha assunto la gestione del sinistro e nella quale viene indicata la dinamica dello stesso secondo lo schema di ripartizione delle responsabilità previsto all'allegato A del D.P.R. 254/06 e la quota di responsabilità totale o concorsuale attribuita all'assicurato dell'altra impresa.

Entro un termine massimo di 30 giorni l'impresa del veicolo presunto responsabile deve fornire una risposta per accettare o contestare la valutazione dell'impresa gestionaria, oppure per negare l'applicabilità della procedura o l'esistenza del sinistro.

Nel caso in cui l'impresa non risponda entro tale termine o non abbia gli elementi per fornire una risposta a causa della mancata denuncia del sinistro da parte del proprio assicurato, la valutazione della gestionaria viene accettata attraverso un meccanismo di "silenzio-assenso".

Se, invece, l'impresa del presunto responsabile del sinistro contesta la responsabilità concorsuale o totale del proprio assicurato, il sistema informatico prevede la possibilità di attivare una procedura arbitrale per stabilire la ripartizione delle responsabilità. La procedura arbitrale, che è attivabile anche in caso di contestazione sull'accadimento del sinistro o sull'applicabilità della procedura di risarcimento diretto, viene gestita attraverso uno specifico applicativo web sul quale le imprese sono in grado di mettere a disposizione dell'arbitro la documentazione a supporto delle proprie valutazioni.



È importante precisare che la procedura di accertamento della responsabilità del sinistro ha una mera valenza interna, nell'ambito della regolazione dei rapporti tra imprese, e non opponibile ai danneggiati.

Solo dopo aver effettuato tutti i controlli sopradescritti, il sistema informatico della CARD autorizza le imprese che ne hanno diritto a richiedere alla stanza di compensazione i rimborsi convenzionali sulle gestioni di sinistro liquidate secondo la procedura di risarcimento diretto (figura 2).

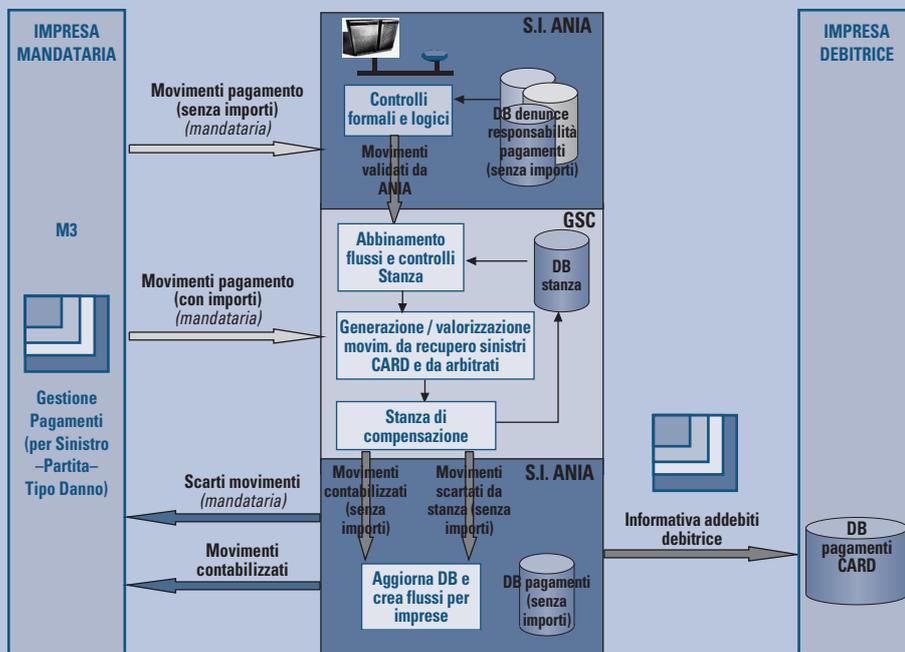


FIGURA 2
CARD - FLUSSI RELATIVI AI MOVIMENTI
DI PAGAMENTO

La Stanza di compensazione, che viene gestita dalla CONSAP, sovrintende a tutte le regolazioni contabili tra imprese. Ogni mese la Stanza elabora le richieste di rimborso pervenute dalle imprese gestionarie generando dei saldi, a debito o a credito di ciascuna impresa che vengono regolati nell'arco di 20 giorni: la Stanza prima incassa tutti i saldi a debito, dopodiché provvede a effettuare il bonifico dei saldi a credito nei confronti delle imprese aventi diritto.

Grazie a questo sistema ogni impresa DB ha la garanzia del puntuale rimborso degli importi anticipati per conto di altre imprese. In caso di mancato pagamento di un saldo contabile, la Stanza di compensazione è autorizzata a escuere la fideiussione bancaria che ogni impresa è obbligata a sottoscrivere al momento dell'adesione alla CARD.



LA SENTENZA DELLA CORTE DI GIUSTIZIA UE SULL'OBBLIGO A CONTRARRE PER LA COPERTURA DI QUALSIASI TIPO DI RISCHIO R.C. AUTO

Dopo un lungo iter processuale, lo scorso mese di aprile, è stata emanata la sentenza della Corte di Giustizia delle Comunità europee che ha deciso in senso favorevole alla Repubblica italiana la nota questione relativa all'obbligo a contrarre nella r.c. auto.

La Commissione UE aveva sostenuto la violazione degli artt. 43 e 49 del Trattato CE da parte dello Stato italiano per aver imposto l'obbligo a carico di tutte le imprese di assicurazione, comprese quelle con sede in un altro Stato membro operanti in Italia in regime di libertà di stabilimento e di libera prestazione di servizi, di stabilire tariffe e di stipulare polizze di assicurazione per la responsabilità civile auto a favore di qualsiasi assicurato e per qualsiasi tipologia di veicolo.

Al contrario lo Stato italiano ha sostenuto che tale restrizione alla libertà di impresa risulti ammissibile nel caso in cui essa: a) risponda a ragioni imperative di interesse generale; b) sia idonea a garantire il conseguimento dello scopo perseguito e non risulti sproporzionata rispetto all'obiettivo che essa intende raggiungere.

Sulla base di tali principi l'Italia ha difeso l'esistenza dell'obbligo a contrarre a carico delle imprese di assicurazione, ribadendo che la sua esistenza ha assicurato un'ampia protezione sociale delle vittime di incidenti stradali e ha garantito al contempo che, in particolari aree geografiche del Paese, la copertura assicurativa r.c. auto venisse offerta a condizioni accettabili tanto per i contraenti, quanto per le imprese di assicurazione.

La Corte di Giustizia ha sostanzialmente aderito alla tesi sostenuta dallo Stato italiano.

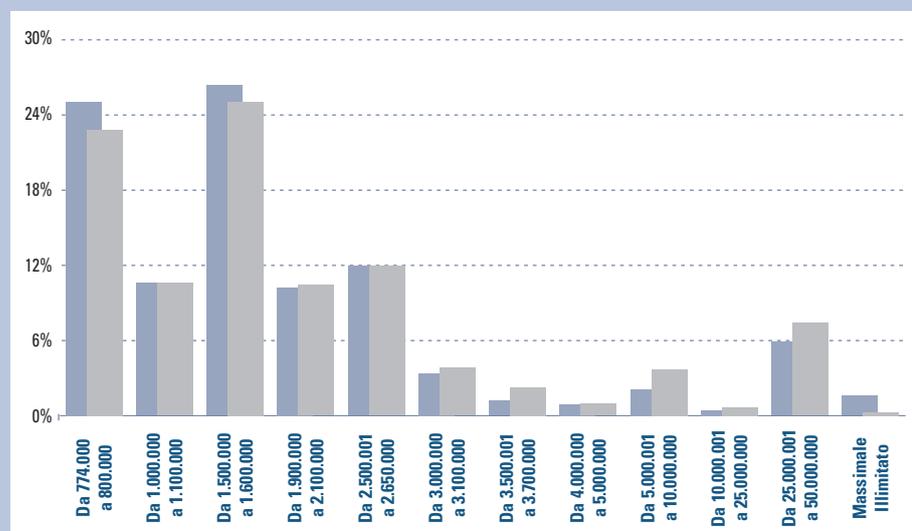
ENTRATA IN VIGORE DEI NUOVI MASSIMALI OBBLIGATORI R.C. AUTO

L'11 dicembre 2009 entreranno in vigore in Italia i nuovi massimali minimi obbligatori per l'assicurazione r.c. auto.

L'aumento dei massimali r.c. auto è stato ritenuto necessario dal legislatore europeo per rafforzare la tutela delle vittime di incidenti automobilistici (V^a Direttiva auto, 2005/14/CE, attuata in Italia con d.lgs. 6 novembre 2007, n. 198), anche in considerazione del forte aumento dei costi derivanti delle lesioni personali.



La modifica delle nuove coperture minime è rilevante, poiché il massimale minimo di 774.685,35 euro per sinistro – attualmente in vigore per le autovetture, i ciclomotori e i motocicli – risulta molto inferiore ai nuovi livelli di copertura stabiliti dalla Direttiva. La distribuzione dei contratti per fascia di massimale mostra che nel 2007 il 23% dei contratti prevedeva ancora i massimali minimi obbligatori per legge.



DISTRIBUZIONE DEI RISCHI ASSICURATI
R.C. AUTO PER FASCE DI MASSIMALE

■ 2006 ■ 2007

A far data dall'11 dicembre 2009, i contratti r.c. auto di qualunque tipologia di veicolo e dei natanti dovranno essere stipulati secondo i seguenti criteri:

- per i danni alla persona dovranno prevedere un importo minimo di copertura r.c. auto nella misura di almeno 2,5 milioni di euro per sinistro, indipendentemente dal numero delle vittime
- per i danni alle cose dovranno prevedere un importo minimo di copertura r.c. auto nella misura di almeno 500.000 euro per sinistro, indipendentemente dal numero delle vittime.

A regime, e cioè a far data dall'11 giugno 2012, i contratti r.c. auto di qualunque tipologia di veicolo e dei natanti dovranno essere stipulati secondo i seguenti criteri:

- per i danni alla persona dovranno prevedere un importo minimo di copertura r.c. auto nella misura di almeno 5 milioni di euro per sinistro, indipendentemente dal numero delle vittime;
- per i danni alle cose dovranno prevedere un importo minimo di copertura r.c. auto nella misura di almeno 1 milione di euro per sinistro, indipendentemente dal numero delle vittime.



A partire dall'11 giugno 2012, ogni cinque anni, il Ministro dello sviluppo economico effettuerà con proprio provvedimento l'indicizzazione dei nuovi massimali obbligatori, secondo la variazione percentuale dell'indice europeo dei prezzi al consumo.

L'applicazione dei nuovi massimali minimi a partire dall'11 dicembre 2009, non essendo prevista eccezione di sorta, riguarderà sia i contratti di nuova stipulazione sia i contratti r.c. auto stipulati anteriormente a tale data.

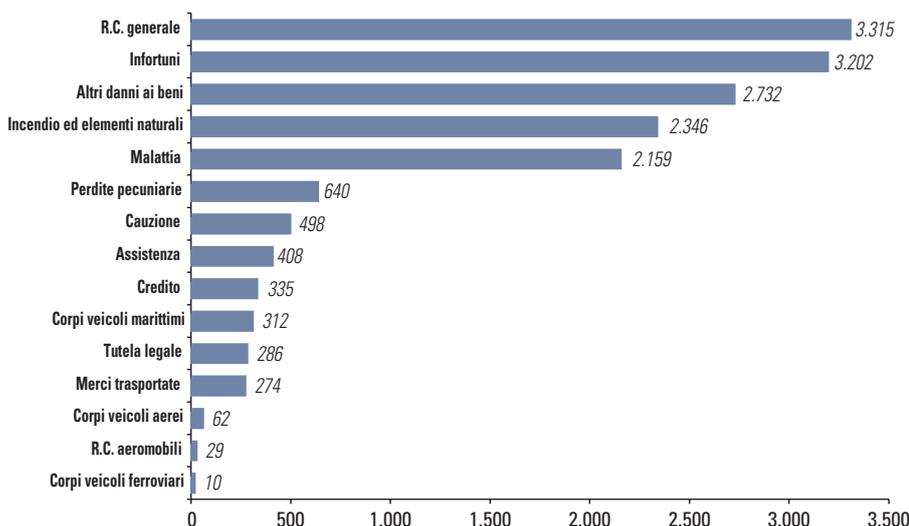
In vista dell'entrata in vigore delle disposizioni europee le imprese di assicurazione si sono attivate con congruo anticipo per promuovere progressivi aumenti dei massimali, in modo da distribuire con gradualità le variazioni del premio r.c. auto necessarie per la copertura del maggior rischio assicurato.



Nel 2008 i premi contabilizzati negli altri rami danni diversi dal settore auto, sono aumentati di circa il 3%. A questo aumento hanno contribuito tutti i rami tranne la r.c. aeromobili. Il peggioramento di quasi cinque punti percentuali del loss ratio di competenza ha comportato un saldo tecnico negativo e una conseguente diminuzione dell'incidenza del risultato del conto tecnico complessivo rispetto ai premi.

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 2008 pari a 16.606 milioni di euro, in aumento del 2,9% rispetto al 2007. Si tratta del tasso di crescita più contenuto dell'ultimo decennio. A differenza dell'anno precedente tutti i rami (esclusa la r.c. aeromobili) hanno registrato un aumento dei premi contabilizzati, anche se in molti casi si tratta di variazioni piuttosto contenute. I rami che hanno registrato una crescita superiore alla media sono stati i corpi veicoli aerei (+18,9%), le perdite pecuniarie (+12,1%), l'assistenza (+8,3%), altri danni ai beni (+6,2%), corpi veicoli ferroviari (+6,2%) e malattia (+5,3%). L'incidenza dei premi delle altre assicurazioni danni sul totale danni è in crescita, passando dal 42,8% del 2007 al 44,3% del 2008, anche per effetto del calo registrato nei premi del ramo r.c. auto. L'unico ramo che registra una diminuzione, peraltro sostenuta (-24,8%), è il ramo r.c. aeromobili.

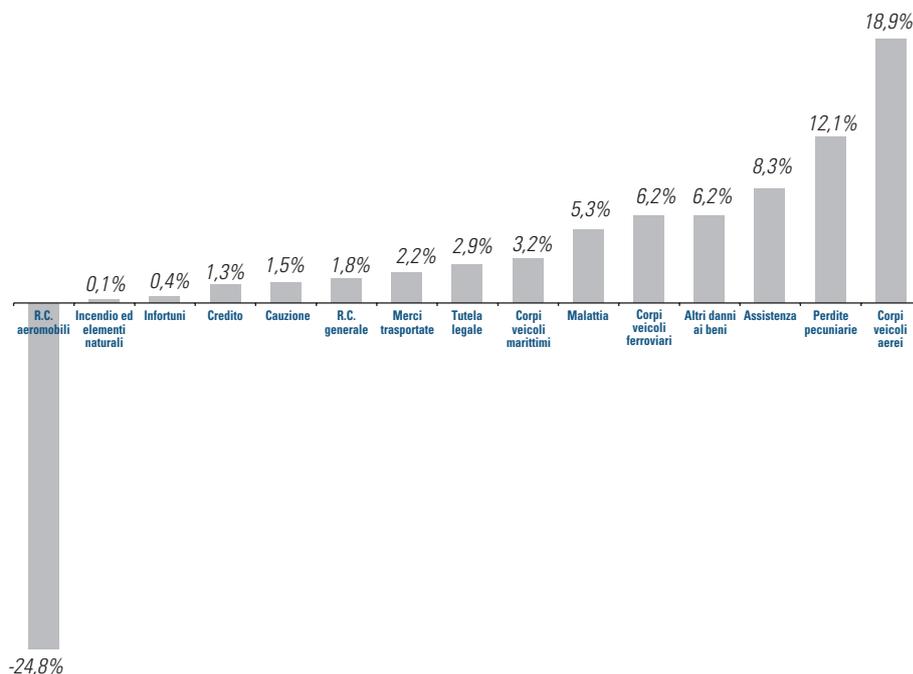


PREMI DEL LAVORO DIRETTO
PER RAMO DI ATTIVITÀ – 2008
Valori in milioni di euro



Le altre assicurazioni danni

TASSO DI CRESCITA NOMINALE
DEI PREMI DEL LAVORO DIRETTO – 2008



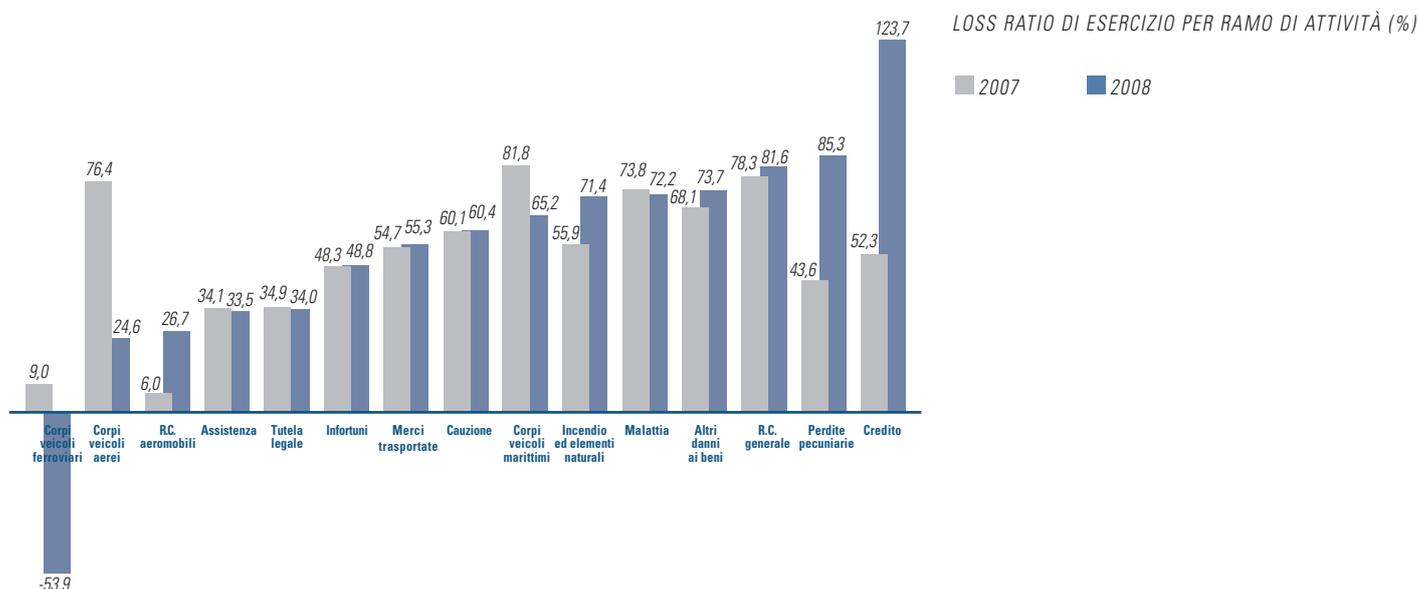
ALTRI RAMI DANNI

Valori in milioni di euro

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Premi contabilizzati	11.771	12.807	13.505	14.180	14.957	15.563	16.132	16.606
Variazione della riserva premi e altre voci di saldo (-)	404	353	402	474	484	497	476	529
Oneri relativi ai sinistri (-):	8.130	8.714	8.872	8.914	9.140	9.788	9.768	10.937
- sinistri di competenza (-)	8.076	8.663	9.114	8.979	9.439	10.000	10.137	11.176
- sufficienza/insufficienza sinistri es. prec.	-54	-51	242	64	298	212	369	239
Saldo delle altre partite tecniche	-209	-263	-283	-318	-314	-434	-388	-411
Spese di gestione (-)	3.458	3.701	3.919	4.130	4.409	4.619	5.018	5.056
- provvigioni	2.340	2.545	2.723	2.858	3.084	3.259	3.506	3.550
- altre spese di acquisizione	468	471	497	521	548	580	624	668
- altre spese di amministrazione	650	685	699	751	777	780	888	838
Saldo tecnico del lavoro diretto	-430	-223	28	343	610	225	482	-327
Utile investimenti	683	529	695	784	829	806	903	404
Risultato del conto tecnico diretto	253	305	723	1.128	1.439	1.031	1.385	77
Saldo della riassicurazione	135	-130	-346	-758	-811	-632	-537	-185
Risultato del conto tecnico complessivo	388	175	377	370	628	398	848	-108
Variazione % annua dei premi	7,2%	8,8%	5,4%	5,0%	5,5%	4,1%	3,7%	2,9%
Combined ratio	100,9%	98,9%	96,7%	94,2%	92,6%	94,6%	93,5%	98,5%
- Expense ratio	29,4%	28,9%	29,0%	29,1%	29,5%	29,7%	31,1%	30,4%
- Provvigioni/Premi contabilizzati	19,9%	19,9%	20,2%	20,2%	20,6%	20,9%	21,7%	21,4%
- Altre spese di acquisizione/Premi contabilizzati	4,0%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	3,9%	4,0%
- Altre spese di amministrazione/Premi contabilizzati	5,5%	5,3%	5,2%	5,3%	5,2%	5,0%	5,5%	5,0%
- Loss ratio:	71,5%	70,0%	67,7%	65,0%	63,2%	65,0%	62,4%	68,0%
- Loss ratio di competenza	71,0%	69,6%	69,6%	65,5%	65,2%	66,4%	64,8%	69,5%
- Suff./Insuff sinistri es. preced./Premi competenza	-0,5%	-0,4%	1,8%	0,5%	2,1%	1,4%	2,4%	1,5%
Saldo tecnico/Premi di competenza	-3,8%	-1,8%	0,2%	2,5%	4,2%	1,5%	3,1%	-2,0%
Risultato del conto tecnico/Premi di competenza	2,2%	2,5%	5,5%	8,2%	9,9%	6,8%	8,8%	0,5%
Risultato del conto tecnico complessivo/Premi di competenza	3,4%	1,4%	2,9%	2,7%	4,3%	2,6%	5,4%	-0,7%
Incidenza dei premi sul totale premi rami danni	39,3%	39,5%	39,5%	40,0%	41,2%	41,9%	42,8%	44,3%



Le altre 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 11.176 milioni di euro (10.137 nel 2007), con un aumento del 10,2% rispetto all'anno precedente. Dal momento che la crescita del costo dei sinistri è risultata tre volte superiore a quella dei premi, il loss ratio di competenza risulta in peggioramento, passando dal 64,8% nel 2007 al 69,5% nel 2008.

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 10.937 milioni di euro, il 12,0% in più rispetto al 2007. Il rapporto tra tali oneri per sinistri e i premi di competenza è stato pari al 68,0%, in aumento rispetto al 62,4% del 2007. I rami che più di altri hanno contribuito al peggioramento di questo indicatore sono stati il ramo incendio, per il quale il loss ratio sale dal 55,9% del 2007 al 71,4% del 2008 e il ramo altri danni ai beni (dal 68,1% al 73,7%), principalmente a causa dell'aumento della sinistrosità legata a eventi atmosferici particolarmente violenti e continuativi che hanno colpito in particolare il centro-nord Italia durante l'ultimo trimestre del 2008. Tra i rami delle altre assicurazioni danni va segnalato:

- il deterioramento del ramo r.c. generale il cui loss ratio passa dal 78,3% nel 2007 all'81,6% nel 2008;
- l'aumento di sinistrosità del ramo credito e del ramo perdite pecuniarie che determina il deterioramento peggiore in rapporto ai premi, come effetto della negativa congiuntura economico-finanziaria. Il loss ratio del ramo credito è salito, infatti, dal 52,3% del 2007 al 123,7% del 2008, mentre quello delle perdite pecuniarie dal 43,6% all'85,3%;
- un'anomalia del ramo corpi veicoli ferroviari nel quale si registra un loss ratio negativo dovuto a uno smontamento particolarmente positivo delle riserve sinistri per generazioni precedenti effettuato da primarie compagnie operanti nel ramo.



Le altre assicurazioni danni

Le **spese di gestione** sono state pari a 5.056 milioni di euro (5.018 nel 2007) e comprendono le spese di amministrazione attinenti alla gestione tecnica e gli oneri per l'acquisizione dei contratti, per la riscossione dei premi e per l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva. L'incidenza delle spese sui premi è stata del 30,4%, valore in lieve diminuzione rispetto al 31,1% del 2007. È stata in particolare la componente amministrativa a decrescere mediamente di più delle altre spese, passando da un'incidenza del 5,5% nel 2007 al 5,0% nel 2008. I rami che presentano l'expense ratio più alto sono le perdite pecuniarie (40,4%) e la tutela legale (38,6%); valori più contenuti e inferiori al 20%, si registrano nei rami r.c. aeromobili (18,4%), corpi veicoli marittimi (17,8%), corpi veicoli aerei (16,9%) e corpi veicoli ferroviari (12,5%).

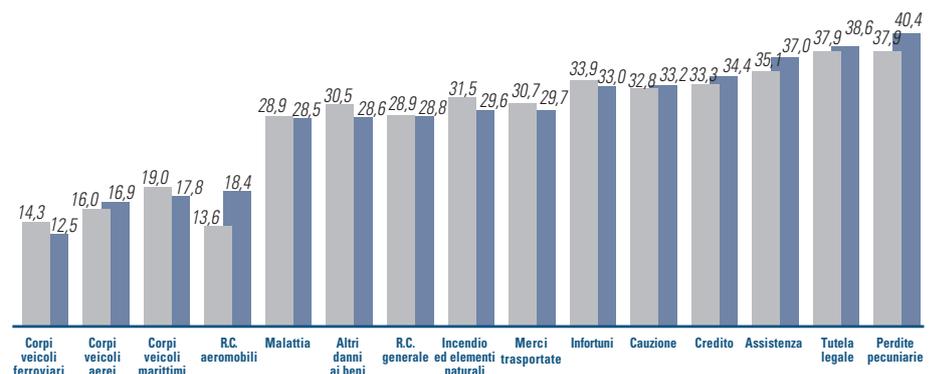
Il **saldo tecnico** del lavoro diretto è stato negativo per 327 milioni di euro (era positivo e pari a 482 milioni di euro nel 2007). Il peggioramento registrato dal saldo tecnico è imputabile al maggior onere per sinistri precedentemente descritto; in particolare, hanno registrato un saldo tecnico positivo i seguenti rami: infortuni (511 milioni di euro nel 2008, contro 462 milioni nel 2007); assistenza (111 milioni di euro, contro 105 nel 2007); tutela legale (71 milioni di euro, contro 65 nel 2007). Si sono registrati saldi particolarmente negativi per il ramo r.c. generale (-413 milioni di euro), per le perdite pecuniarie (-194 milioni di euro) e per il credito (-178 milioni di euro). Il ramo incendio, che nel 2007 aveva registrato un saldo positivo e pari a 194 milioni di euro, ha registrato nel 2008 una perdita pari a 152 milioni di euro.

Considerando il forte calo degli **utili degli investimenti** che sono passati da 903 milioni di euro nel 2007 a 404 milioni di euro nel 2008, il **risultato del conto tecnico** è stato positivo per 77 milioni di euro (1.385 milioni di euro nel 2007).

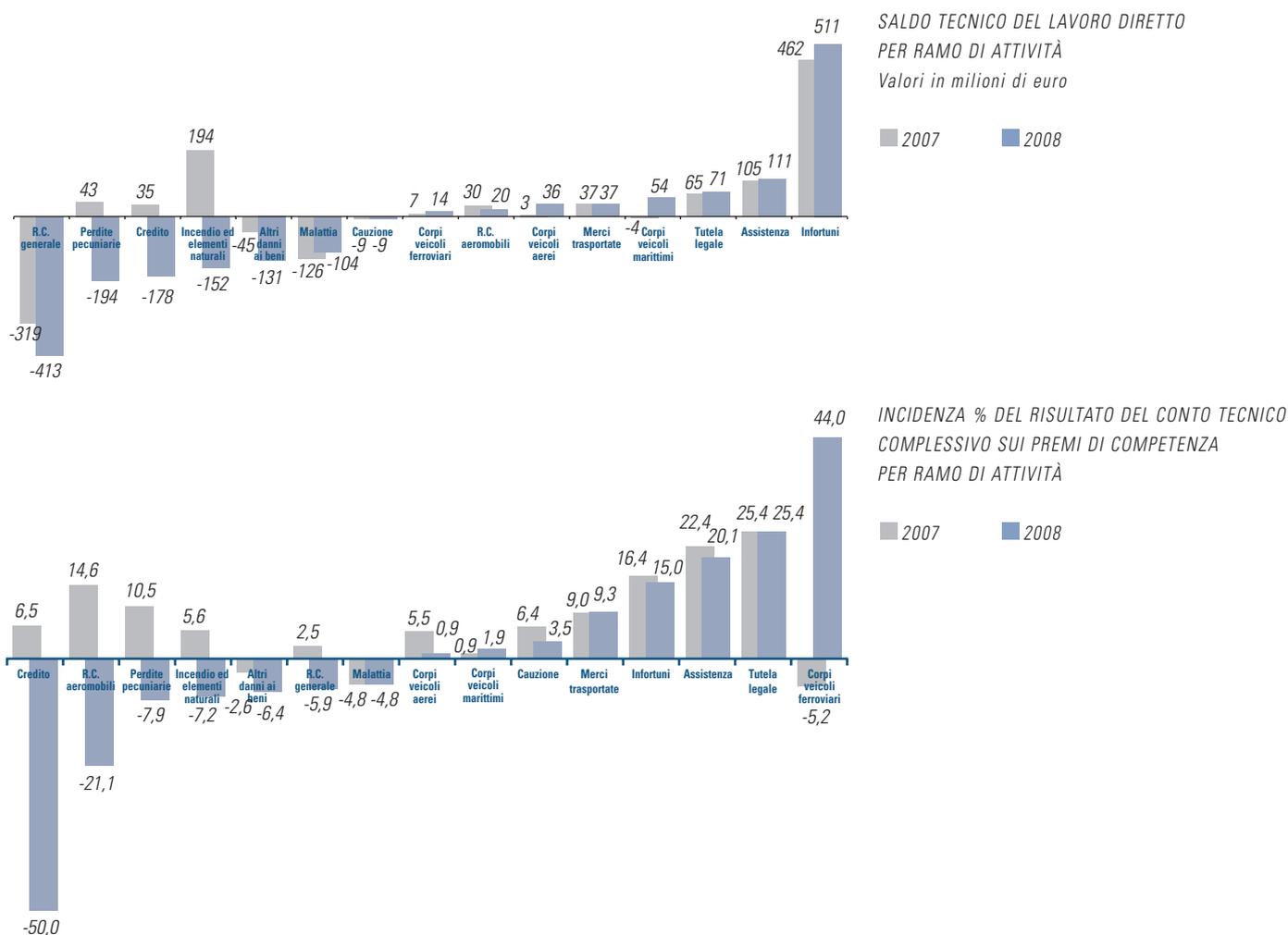
Tenuto conto del saldo della riassicurazione, il **risultato complessivo del conto tecnico** è stato negativo per 108 milioni di euro (positivo e pari a 848 milioni di

EXPENSE RATIO PER RAMO DI ATTIVITÀ (%)

■ 2007 ■ 2008



Le altre assicurazioni danni



euro nel 2007), con un'incidenza sui premi pari al -0,7% (5,4% nel 2007). In particolare, incidenze superiori al 10% si registrano per i seguenti rami: infortuni (15,0%), assistenza (20,1%), tutela legale (25,4%) e corpi veicoli ferroviari (44,0%). Valori negativi di tale incidenza si registrano invece nel ramo malattia (-4,8%), r.c. generale (-5,9%), altri danni ai beni (-6,4%) e incendio (-7,2%).

LA RESPONSABILITÀ CIVILE IN AMBITO SANITARIO

L'Italia è tra i paesi europei dove risulta più elevato il numero di azioni legali intraprese contro medici e ospedali in seguito a errori o a disservizi della struttura sanitaria, pubblica o privata. Le crescenti aspettative da parte dei pazienti e l'aumento del contenzioso professionale in caso di esito negativo della prestazione sanitaria rendono il ruolo dei medici estremamente delicato, incrementando da parte di questi ultimi le cosiddette pratiche di "medicina difensiva" (prescrizione di extra-test, trattamenti o visite non propriamente



Le altre assicurazioni danni

necessarie oppure sostituzione di trattamenti ad alto rischio per il paziente con altri che tendano a ridurre al minimo l'aleatorietà), con costi crescenti a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel periodo compreso tra il 1994 e il 2007 (tavola 1), sulla base di una rilevazione statistica effettuata annualmente dall'ANIA, il numero dei sinistri denunciati alle imprese di assicurazione per le due coperture assicurative (responsabilità civile delle strutture sanitarie e responsabilità civile dei medici professionisti) si è più che triplicato, passando da circa 9.500 a quasi 30.000. In particolare, se le denunce relative alle strutture sanitarie sono rimaste pressoché invariate negli ultimi quattro anni, quelle riguardanti i singoli medici hanno mostrato una costante crescita in quasi tutto il periodo di osservazione e particolarmente nell'ultimo anno a disposizione (+ 12,2% nel 2007).

TAVOLA 1 – NUMERO DEI SINISTRI DENUNCIATI*

Anno di protocollazione	R.C. Strutture Sanitarie	Δ%	R.C. Professionale Medici	Δ%	Totale R.C. Medica	Δ%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1994	6.345		3.222		9.567	
1995	11.411	79,9%	5.892	82,9%	17.303	80,9%
1996	13.028	14,2%	4.028	-31,6%	17.057	-1,4%
1997	18.672	43,3%	4.829	19,9%	23.501	37,8%
1998	21.678	16,1%	6.036	25,0%	27.714	17,9%
1999	23.261	7,3%	9.073	50,3%	32.334	16,7%
2000	23.249	0,0%	10.078	11,1%	33.327	3,1%
2001	21.911	-5,8%	11.238	11,5%	33.149	-0,5%
2002	19.028	-13,2%	11.443	1,8%	30.471	-8,1%
2003	16.566	-12,9%	10.874	-5,0%	27.440	-9,9%
2004	16.356	-1,3%	11.988	10,2%	28.344	3,3%
2005	16.343	-0,1%	12.290	2,5%	28.633	1,0%
2006	16.424	0,5%	11.959	-2,7%	28.383	-0,9%
2007	16.128	-1,8%	13.415	12,2%	29.543	4,1%

(*) Si tratta di una stima ANIA del numero dei sinistri per l'intero mercato basata su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione con una raccolta premi (nel 2007) pari al 39% del ramo r.c. generale

Per quanto riguarda invece la valutazione del costo dei sinistri, si deve tenere presente che occorrono generalmente tempi molto lunghi prima di arrivare a una completa definizione del danno a causa dei frequenti contenziosi giudiziari e dei tempi necessariamente estesi per avere una valutazione completa e definitiva dell'eventuale lesione fisica subita.

Per osservare almeno il 90% dei sinistri liquidati occorre risalire alle generazioni dal 1994 al 1998, ossia devono passare più di 10 anni dalla data di proto-



collazione (ossia dall'anno in cui l'impresa di assicurazione viene a conoscenza del danno) (tavola 2). Se ci si limita alla sola generazione di sinistri più recente (2007) solo il 10% di questi sono liquidati entro l'anno stesso, che corrisponde ad appena il 6% degli importi liquidati. La valutazione del sinistro da parte della compagnia di assicurazione è generalmente sottostimata nei primi anni di sviluppo a causa della complessità nella comprensione delle menomazioni fisiche e a causa della frequente insufficienza di informazioni disponibili subito dopo il verificarsi dell'incidente.

Anno di protocollazione	% Numero dei sinistri liquidati	% Numero dei sinistri riservati	% Importo dei sinistri liquidati	% Importo dei sinistri riservati
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1994	95,2%	4,8%	87,6%	12,4%
1995	95,4%	4,6%	88,9%	11,1%
1996	93,5%	6,5%	85,1%	14,9%
1997	93,0%	7,0%	85,2%	14,8%
1998	90,3%	9,7%	80,3%	19,7%
1999	86,1%	13,9%	69,3%	30,7%
2000	82,4%	17,6%	63,2%	36,8%
2001	76,5%	23,5%	54,2%	45,8%
2002	65,7%	34,3%	43,4%	56,6%
2003	59,1%	40,9%	39,2%	60,8%
2004	50,0%	50,0%	28,7%	71,3%
2005	41,1%	58,9%	22,7%	77,3%
2006	29,3%	70,7%	14,7%	85,3%
2007	10,3%	89,7%	5,9%	94,1%

TAVOLA 2
INCIDENZA % DEL NUMERO E DELL'IMPORTO
DEI SINISTRI LIQUIDATI AL 31/12/2007
TOTALE R.C. MEDICA

Per comprendere meglio il fenomeno dell'evoluzione del costo medio dei sinistri è possibile analizzare il trend di crescita nel tempo di questo indicatore (tavola 3). Ad esempio, per i sinistri protocollati nel 1994, dopo 8 anni, le imprese di assicurazione avevano stimato mediamente di pagare quasi 16.500 euro, mentre solo dopo altri due anni, ossia alla fine del 2004, la valutazione raddoppia sostanzialmente (oltre 30.000 euro).

Se si osserva invece l'anno di protocollazione 2002 (alla fine dello stesso anno) i sinistri erano valutati mediamente pari a 20.000 euro, mentre dopo altri cinque anni (ossia alla fine del 2007), via via che le carenze informative sono state colmate da parte delle imprese, il costo anche in questo caso quasi raddoppia.

Tuttavia, la sola informazione dei costi medi dei sinistri pagati non basta per valutare l'andamento del comparto. Infatti, occorre tenere conto del numero



Le altre assicurazioni danni

TAVOLA 3
EVOLUZIONE DEL COSTO MEDIO DEI SINISTRI
TOTALE R.C. MEDICA
(Importi in euro)

Anno di protocollazione	AI 31.12.2002	AI 31.12.2004	AI 31.12.2005	AI 31.12.2006	AI 31.12.2007
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1994	16.410	30.212	28.898	29.833	28.421
1995	14.418	21.464	21.406	22.976	22.488
1996	16.961	23.253	22.000	21.789	21.622
1997	25.331	31.082	29.594	29.214	28.961
1998	17.939	24.517	22.474	30.152	29.966
1999	22.820	28.144	28.556	32.063	32.571
2000	22.254	32.298	33.887	37.600	37.634
2001	21.843	31.675	33.152	36.757	35.974
2002	20.157	33.026	35.298	39.903	38.490
2003		30.306	34.379	39.475	39.080
2004		22.706	29.755	36.545	38.349
2005			26.670	33.174	35.471
2006				30.659	33.408
2007					26.670

dei sinistri denunciati, che come abbiamo visto è aumentato negli anni recenti, e del numero dei c.d. sinistri senza seguito, ossia denunciati ma che non hanno dato luogo a rimborsi. Di questi due fattori tiene sinteticamente conto la tavola 4, che riporta per anno di protocollazione l'andamento del rapporto tra sinistri e premi.

Analizzando, ad esempio, la generazione del 2002 risulta che, fatti pari a 100 i premi incassati in tale anno, il totale dei sinistri pagati o riservati era pari a

TAVOLA 4
RAPPORTO «SINISTRI/PREMI»
TOTALE R.C. MEDICA

Anno di protocollazione	AI 31.12.2002	AI 31.12.2004	AI 31.12.2005	AI 31.12.2006	AI 31.12.2007
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1994	199%	251%	241%	251%	238%
1995	182%	212%	216%	206%	202%
1996	187%	198%	195%	191%	187%
1997	223%	320%	300%	293%	286%
1998	168%	340%	313%	288%	284%
1999	179%	262%	266%	249%	246%
2000	151%	216%	219%	208%	206%
2001	154%	218%	218%	200%	192%
2002	149%	232%	229%	199%	192%
2003		196%	199%	171%	162%
2004		145%	170%	154%	150%
2005			173%	162%	155%
2006				158%	157%
2007					140%



149 alla fine dello stesso; l'indicatore aveva raggiunto il valore di 192 alla fine del 2007. È interessante osservare che l'aumento del rapporto tra sinistri e premi non è necessariamente una funzione monotona crescente, anche se il costo medio dei sinistri riportato nella tavola 3 mostra un andamento sempre crescente per antidurata. Ciò può dipendere dal fatto che un certo numero di sinistri che la compagnia presumeva di dover pagare non è poi stato effettivamente rimborsato.

Per le generazioni più recenti si nota invece una sostanziale stabilità nel tempo delle valutazioni effettuate nel primo anno di sviluppo. Per la generazione del 2004, ad esempio, l'indicatore dopo tre anni è pari al 150%, più o meno lo stesso valore stimato alla fine del 2004. Tuttavia, gli anni di sviluppo a disposizione non sono ancora sufficienti per esprimere un giudizio definitivo sulla redditività degli ultimi anni.

Bisogna considerare peraltro che negli anni più recenti le compagnie di assicurazione hanno dovuto necessariamente adeguare i premi al fine di tentare un risanamento del settore e nello stesso tempo hanno attuato politiche più selettive di acquisizione dei nuovi affari, incentivando le attività di risk management per le strutture sanitarie. Tutti questi fattori hanno portato a un miglioramento degli indicatori tecnici, soprattutto a partire dal 2004.

UNA BREVE DESCRIZIONE DEL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA, FRANCIA, GERMANIA E OLANDA

Al fine di comparare i sistemi sanitari di alcuni dei principali paesi può essere utile scomporre verticalmente il processo che porta alla fruizione delle prestazioni sanitarie in tre distinti livelli funzionali: il finanziamento, la gestione delle risorse e l'erogazione dei servizi.

- 1. Il finanziamento.** In genere le risorse finanziarie affluiscono da una combinazione dei seguenti canali:
 - dalle imposte e tasse raccolte a livello centrale e locale attraverso la fiscalità generale;
 - dai contributi di individui e datori di lavoro a favore di mutue, casse e fondi pubblici, semi-pubblici o privati;
 - dai premi volontari di individui o gruppi di individui pagati a compagnie di assicurazione private;
 - direttamente dalle tasche delle famiglie (spesa out-of-pocket).
- 2. La gestione delle risorse.** La gestione delle risorse materiali (ospedali, ambulatori, farmaci e attrezzature) e umane (medici, infermieri, personale amministrativo) può essere affidata a enti territoriali, ovvero istituzioni pubbliche indipendenti, ovvero alle singole strutture.



3. L'erogazione dei servizi. Questa può essere affidata a strutture pubbliche, private convenzionate e private tout court, con o senza fini di lucro; alle prestazioni possono avere diritto a titolo gratuito, ovvero pagando una percentuale del costo, o a prezzo pieno, tutta la popolazione residente, i lavoratori e le loro famiglie, le persone con un reddito inferiore a una certa soglia.

Un articolato sistema di attribuzioni di poteri e competenze collega i tre livelli funzionali del sistema, permettendo così lo svolgimento delle sue attività essenziali.

Tra queste ricordiamo:

- la definizione delle risorse finanziarie da destinare alla sanità e la loro distribuzione sul territorio;
- la pianificazione di investimenti finalizzati al mantenimento e l'ammodernamento delle strutture;
- la formazione del personale medico e amministrativo;
- il coordinamento della ricerca scientifica;
- la definizione degli ambiti delle prestazioni e degli interventi;
- il controllo della qualità dei servizi resi;
- la concertazione con le strutture erogatrici dei servizi sulle modalità e l'entità dei rimborsi per le prestazioni rese;
- la fissazione di limiti di bilancio;
- l'accreditamento delle strutture private;
- il convenzionamento delle strutture private;
- il trattamento fiscale delle spese mediche sostenute dai cittadini.

Infine, i sistemi sanitari sono soggetti periodicamente a riforme, più o meno profonde, che vengono decise in risposta a cambiamenti strutturali nella tecnologia, nel quadro politico ed economico, nell'assetto sociale e demografico della popolazione.

Il sistema italiano

Il quadro organizzativo generale

Dal 1978, anno della sua istituzione, il Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN) garantisce la copertura universale di una vasta gamma di prestazioni sanitarie; ai beneficiari non è consentita la scelta di una copertura privata sostitutiva (opting out). Il sistema è organizzato su tre livelli territoriali: centrale, regionale e locale.

A livello centrale, il Ministero della salute si coordina con il Ministero dell'economia nella determinazione degli obiettivi di spesa sanitaria e ha le seguenti responsabilità:

- definizione degli obiettivi generali in materia di salute nazionale;
- definizione del quadro legislativo generale in materia di salute;



- equa ripartizione territoriale delle risorse;
- coordinamento dell'attività di ricerca scientifica e tecnica.

Tra le responsabilità delle Regioni vi sono:

- l'attività legislativa in materia sanitaria;
- la gestione e la pianificazione dei servizi sanitari regionali;
- l'attività di monitoraggio della qualità e dell'efficienza delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), degli ospedali pubblici e privati, convenzionati e non.

Le Regioni sono anche responsabili del perseguimento degli obiettivi (in particolar modo quelli relativi alla spesa sanitaria) fissati dal governo centrale.

Le Aziende Sanitarie Locali, il cui modello organizzativo è definito dalla Regione di appartenenza, hanno la responsabilità di garantire alla popolazione l'accesso alle prestazioni sanitarie.

L'erogazione delle prestazioni sanitarie è organizzata sul territorio in quattro fasce di servizi:

- le prestazioni ospedaliere specializzate (servizi terziari) presso le aziende ospedaliere pubbliche che hanno lo status di agenzie quasi-pubbliche e riportano direttamente alla Regione;
- le prestazioni ospedaliere secondarie presso strutture gestite dalle ASL;
- i servizi ambulatoriali, l'assistenza residenziale e domiciliare;
- le politiche di prevenzione e promozione della salute pubblica.

Finanziamento

Dall'istituzione del SSN, la spesa pubblica sanitaria è finanziata attraverso la fiscalità generale su base regionale. I cittadini pagano di tasca propria i ticket di compartecipazione (che finiscono nelle casse pubbliche), le prestazioni in strutture e medici non convenzionati, i farmaci non coperti dal SSN.

Nel mercato delle coperture sanitarie private sono commercializzati prodotti individuali (polizze malattia e infortuni) e collettivi (fondi, casse aziendali e società di mutuo soccorso); offrono coperture duplicative (per i ricoveri), complementari (per il rimborso del ticket e per i diem ospedalieri) e supplementari (per le prestazioni non rimborsabili come i ricoveri in cliniche private, le cure dentistiche).

Le coperture private interessano circa un sesto della popolazione e coprono una limitata porzione della spesa sanitaria privata (circa il 4%), il che farebbe pensare che il comparto privato non sia molto integrato con il SSN. La quota di spesa sanitaria rimborsata dalle coperture private aumenta però in modo



considerevole se non si tiene conto dei farmaci e delle cure dentistiche, che più raramente sono inclusi tra le garanzie coperte dalle polizze private.

I cittadini non esenti per età, reddito e condizioni di salute, sono tenuti a pagare un ticket, di bassa entità, su visite specialistiche e accertamenti diagnostici.

La gestione delle risorse

Gli ospedali sono finanziati sulla base di tariffe predeterminate a livello nazionale che le singole regioni possono decidere di ridurre. I medici generici e i pediatri ricevono un compenso calcolato sulla base del numero di assistiti; si aggiungono pagamenti per prestazioni dirette, come ad esempio, piccoli interventi. Sono previsti incentivi economici basati sul contenimento dei costi. I medici in servizio presso ospedali e ambulatori ricevono uno stipendio in base alle responsabilità assegnate e le funzioni svolte.

Sistema di erogazione delle prestazioni

L'assistenza primaria è fornita dai medici generici e dai pediatri, i quali svolgono anche il ruolo di filtro alle prestazioni secondarie e terziarie (gatekeeping). L'accesso ai servizi secondari e terziari è garantito da strutture pubbliche o private accreditate. Le prestazioni sociali (assistenza residenziale e domiciliare) sono erogate da strutture finanziate dagli enti locali. I servizi di salute pubblica (prevenzione, educazione, promozione e controllo alimentare) sono direttamente sotto il controllo delle ASL, che sono anche responsabili dei servizi veterinari.

Riforme del sistema sanitario italiano

Dalla creazione del SSN, istituito con lo scopo di redistribuire più equamente sul territorio l'assistenza sanitaria, il sistema è stato sottoposto a numerosi provvedimenti di riforma. La crisi della finanza pubblica che stava attraversando il Paese nei primi anni '90 ha determinato l'introduzione nel sistema di meccanismi di mercato (internal market), al fine di razionalizzare la spesa e contenerne la crescita. Il nuovo modello prevedeva l'autonomia finanziaria delle aziende ospedaliere e ASL, introducendo una parziale separazione tra gestione ed erogazione.

Alla fine degli anni '90, con l'istituzione del federalismo fiscale, si attribuiva alle regioni la piena responsabilità di fornire un livello minimo di servizi sotto il vincolo del pareggio di bilancio. Nel 1999 la riforma Bindi definiva un dettagliato quanto ambizioso quadro normativo che chiariva i rapporti tra sanità pubblica e privata, introducendo, tra l'altro, l'istituto dell'intramoenia e le basi per uno sviluppo di forme private integrative della sanità pubblica.



Il sistema francese

Il quadro organizzativo generale

La copertura del sistema sanitario francese è universale; non è prevista alcuna forma di opting out. Il governo del sistema sanitario francese è affidato a due attori principali: le istituzioni pubbliche – Governo e Assemblea nazionale – e i fondi sanitari obbligatori. L'Assemblea nazionale ogni anno approva la legge sul finanziamento della sicurezza sociale che fissa il tetto massimo alla spesa sanitaria dell'esercizio, apporta eventuali modifiche alle prestazioni garantite e all'assetto regolamentare generale.

Il Ministero della Sanità è responsabile della salute pubblica, della sicurezza dei prodotti medici e alimentari, del monitoraggio della salute pubblica, dell'accreditamento della valutazione delle strutture sanitarie, dell'informazione sulle cure ospedaliere e sui farmaci.

Fanno capo al Ministero della sanità le direzioni regionali per la salute e gli affari sociali, le agenzie ospedaliere regionali, le associazioni regionali dei fondi sanitari obbligatori e le associazioni regionali dei medici professionisti. All'interno del sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria (assicurazione sociale) coesistono tre schemi di copertura: lo schema generale, lo schema per il settore agricolo e lo schema per i lavoratori autonomi non del settore agricolo.

Finanziamento

La fonte primaria di finanziamento è rappresentata dai fondi sanitari obbligatori, che sono alimentati per l'88% da contributi dei lavoratori dipendenti e dei datori di lavoro e per il resto da tasse di scopo. Il peso del contributo dei datori di lavoro è notevolmente diminuito negli ultimi anni.

Per la maggioranza delle prestazioni coperte, che sono specificate dagli stessi fondi, i pazienti pagano la struttura erogatrice anticipatamente, per poi essere rimborsati in seguito per l'importo al netto del copayment.

La compartecipazione dei cittadini alla spesa è rilevante: 30% della spesa per le visite mediche, 40% per le analisi; fino a un massimo di 200 euro per i ricoveri, variabile per i medicinali fino al 65% per i comfort drugs. Sono previsti tre tipi di esenzione in funzione di:

- stato di salute: ad esempio, le persone affette da una patologia di lungo decorso (AIDS, diabete, cancro, malattie psichiatriche) o patologie invalidanti;
- tipo di trattamento: alcune cure ospedaliere specifiche, quali il trattamento dell'infertilità;



Le altre assicurazioni danni

- categoria di paziente: persone coinvolte in incidenti sul lavoro, donne in stato di gravidanza, bambini disabili.

Non sono invece previste esenzioni sulla base del reddito, ma va ricordato che chi ha un reddito al di sotto di una certa soglia beneficia comunque di una copertura obbligatoria gratuita.

L'assicurazione sanitaria volontaria è offerta da mutue mediche e assicuratori privati. Il ruolo delle coperture private è cresciuto di importanza molto rapidamente negli ultimi anni, in parallelo con l'aumento progressivo della quota di compartecipazione alla spesa a carico dei pazienti. Già nel 2000 le coperture complementari (per i ticket) rappresentavano il 12,4% della spesa sanitaria totale.

La gestione delle risorse

Alle strutture ospedaliere pubbliche è assegnato un budget calcolato in un modo prospettico e liquidato mese per mese. Le strutture for-profit ricevono un pagamento forfetario per tutte le spese, eccetto quelle relative al personale medico, il cui pagamento è "fee-for-service". Le strutture no-profit possono scegliere tra le due modalità.

Le parcelle dei medici, nel caso dei liberi professionisti, sono stabilite da un accordo nazionale tra governo e ordini professionali. In alternativa i medici possono scegliere di entrare in un regime libero. I pagamenti sono del tipo "fee for service". I medici di base non hanno il compito di razionare le prestazioni specialistiche (gatekeeping).

Sistema di erogazione delle prestazioni

L'assistenza di base e specialistica è prestata principalmente da medici e ausiliari in regime di libera professione che vengono pagati dai pazienti, successivamente rimborsati dal proprio fondo. Gli ospedali francesi sono pubblici (25%), privati non-profit (33%) e privati for-profit (40%). Le strutture pubbliche sono generalmente utilizzate per le prestazioni urgenti, mentre quelle private per le prestazioni più di routine. Le prestazioni sociali sono erogate sia a domicilio da liberi professionisti sia presso strutture, pubbliche e private.

Riforme del sistema sanitario francese

Gli orientamenti delle attuali proposte di riforma della sanità francese sono legati al contenimento dei costi, la razionalizzazione della gestione, sicurezza ed equità. Nel 2000 l'Assemblea nazionale ha approvato una legge che estendeva il diritto all'assistenza sanitaria a tutti i residenti. Vi sono stati numerosi interventi legislativi volti a coinvolgere la professione medica nel contenimento dei costi, ad esempio con l'introduzione del gatekeeping, che si sono rivelati infruttuosi e hanno alimentato tensioni con le categorie.



Il sistema tedesco

Il quadro organizzativo generale

Come nella maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale, il sistema sanitario tedesco garantisce la copertura universale; è prevista tuttavia la possibilità, riservata ad alcune categorie di cittadini, di dotarsi di una polizza sanitaria privata sostitutiva di quella pubblica (opting out).

La caratteristica più rilevante del sistema tedesco è la condivisione dei processi decisionali fra le parti sociali coinvolte; il Governo federale, i Laender, le associazioni dei fondi, gli ordini professionali dei medici e dei dentisti, i sindacati. Le parti sociali si riuniscono in comitati ufficialmente riconosciuti per definire gli ambiti di copertura, i prezzi e gli standard qualitativi a livello federale e per controllare e sanzionare i propri membri a livello regionale. Le deliberazioni, in particolare quelle relative alle sanzioni, che emanano da questi comitati, hanno valore legale; è comunque previsto il diritto al ricorso presso un tribunale civile.

Finanziamento

La copertura sanitaria in Germania è prevalentemente basata sul modello dell'assicurazione sanitaria sociale obbligatoria. Sul lato del finanziamento vi sono più fondi sanitari obbligatori in competizione tra loro. Gli individui sono liberi di scegliere il fondo a cui aderire, pagando un premio proporzionale al proprio reddito e indipendente dalla propria categoria di rischio.

I fondi obbligatori garantivano nel 2003 la copertura all'88% della popolazione. Il resto era garantito da coperture private sostitutive (6%), da schemi statali per impiegati pubblici e pensionati (4%) e da schemi statali gratuiti (2%).

Circa l'8% del totale della spesa sanitaria era finanziato da assicurazioni sanitarie. Il 10% della popolazione ha acquistato coperture sostitutive (primarie). Appartengono a questa popolazione tre gruppi fondamentali:

- 1) impiegati e pensionati del settore pubblico che si assicurano per il 50% delle spese mediche sostenute non rimborsate dallo Stato;
- 2) lavoratori autonomi che sono esclusi dai fondi obbligatori (a meno che non ne abbiano fatto parte in precedenza);
- 3) i lavoratori con il reddito superiore a una certa soglia che hanno deciso di sostituire la copertura offerta dal fondo obbligatorio con una copertura privata assicurativa (opting out).

Il 9% della popolazione ha acquistato coperture supplementari. Data la bassa entità dei copayment, il ruolo dell'assicurazione complementare è marginale. Dal 1995 è obbligatorio per quasi tutti i cittadini dotarsi di una copertura Long Term Care (LTC) pagando un premio pari all'1,7% del salario a fondi LTC o ad assicurazioni private.



La gestione delle risorse

Gli ospedali ricevono finanziamenti dal Governo e dai Laender per gli investimenti, mentre sono a carico dei fondi le spese correnti e di manutenzione. Le prestazioni sono pagate alle strutture in base al sistema dei Diagnosis-Related Group ossia raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG).

Le associazioni regionali dei medici contrattano con i fondi obbligatori le tariffe su base annua. I fondi trasferiscono alle associazioni regionali dei medici un ammontare fisso basato sul numero di aderenti ai fondi presenti nella regione. Le tariffe per le prestazioni LTC sono negoziate tra i fondi e le associazioni dei provider dei servizi.

I provider privati applicano tariffe generalmente superiori a chi è assicurato con una compagnia privata. Questo fatto, unitamente alla modalità di rimborso "fee-for-service", ha fatto crescere il prezzo medio delle prestazioni rimborsate dalle compagnie di assicurazione private notevolmente al di sopra di quello relativo alle prestazioni coperte dai fondi obbligatori.

Sistema di erogazione delle prestazioni

Le prestazioni ambulatoriali sono erogate da provider privati for-profit, che sono scelti liberamente dai pazienti. Il 96% dei provider privati sono convenzionati con i fondi obbligatori. Non c'è l'obbligo di gatekeeping, anche se recentemente i fondi sono stati obbligati a inserire meccanismi di coordinamento dei medici e responsabilizzazione del consumo. Le prestazioni ospedaliere sono erogate da strutture pubbliche (54%), private non-profit (38%) e for-profit (8%).

Le coperture private sostitutive garantiscono benefici, in termini di ampiezza delle prestazioni coperte e qualità dei servizi, generalmente superiori a quelli offerti dai fondi obbligatori.

Riforme del sistema sanitario tedesco

Le recenti riforme effettuate in Germania hanno come principali obiettivi il contenimento della spesa, l'incremento dell'efficacia e dell'appropriatezza e l'introduzione del criterio del cost-effectiveness. Tra il 1989 e il 1996 sono stati varati provvedimenti volti a introdurre meccanismi competitivi tra i fondi e tra i fornitori di prestazioni. Nello stesso periodo sono stati più volte allargati gli ambiti delle prestazioni coperte, incluse le prestazioni sociali (LTC), per le quali si è stabilito l'obbligo di aderire a un fondo specifico. Alcuni provvedimenti indirizzati all'aumento della quota di partecipazione dei pazienti alla spesa sono stati revocati dal successivo governo.

Nel 2004 è stata approvata la legge per la modernizzazione dei fondi obbligatori, che in pratica unificava e rafforzava in un quadro coerente i singoli prov-



vedimenti introdotti negli anni precedenti che riguardavano, soprattutto, le modalità di erogazione dei servizi. In particolare, è stato reso obbligatorio per tutti i fondi fornire assistenza primaria attraverso medici condotti con compiti di gatekeeping.

Il sistema olandese

Il quadro organizzativo generale

Il Ministero della salute, welfare e sport definisce l'indirizzo delle politiche volte al benessere della popolazione. Il compito di garantire l'assistenza pubblica è assegnato alle autorità locali e al Ministero stesso, il quale, unitamente al Ministero degli interni, è anche responsabile della politica integrata per la sicurezza sanitaria. L'ispettorato all'assistenza sanitaria, un organo indipendente, ha il compito di supervisionare la qualità e l'accessibilità dell'assistenza sanitaria. Il Ministero delle finanze, in collaborazione con il Ministero della salute, welfare e sport, è responsabile della supervisione degli standard di copertura offerti dalle polizze private.

Sono in vigore due schemi di assicurazione obbligatoria.

- 1) Il "primo comparto", che copre le spese mediche relative a LTC, cure eccezionalmente costose e prestazioni mediche non assicurabili (ad esempio, le cure per i diabetici). Praticamente tutti i cittadini sono coperti da questo schema.
- 2) Il "secondo comparto" copre la normale assistenza medica curativa.

Finanziamento

Nel 2006 è stata varata una profonda riforma del sistema sanitario orientata verso un coinvolgimento più pervasivo delle assicurazioni private. In virtù della nuova legge sull'assicurazione sanitaria, è obbligatorio per ogni cittadino che vive o lavora in Olanda l'acquisto di una polizza sanitaria individuale da una compagnia di assicurazione privata; la polizza deve garantire la copertura delle spese mediche previste per legge dal secondo comparto. Gli assicuratori hanno l'obbligo di offrire tale copertura a chiunque gliene faccia richiesta in cambio di un premio fissato su base collettiva e indipendentemente dalle condizioni di salute preesistenti.

Ogni residente paga allo Stato il 7,2% sui primi 32.000 euro del suo reddito annuale che confluiscono in un fondo di equalizzazione del rischio. I datori di lavoro sono obbligati a rimborsare questi contributi ai propri dipendenti. Il fondo trasferisce sussidi alle compagnie di assicurazione per gli assicurati più rischiosi, mentre le assicurazioni pagano un contributo al fondo per ogni assicurato a basso rischio. I figli degli assicurati non pagano alcun premio



Le altre assicurazioni danni

fino al compimento dei 18 anni; il fondo di equalizzazione provvede a rimborsare le compagnie di assicurazione per la loro copertura.

Il governo olandese sussidia l'acquisto di polizze sanitarie per i due terzi con un contributo calcolato in base al reddito, ma del tutto indipendente dal tipo di polizza acquistata, per evitare di interferire con le scelte dei cittadini.

Oltre il 90% delle famiglie olandesi possiede una polizza sanitaria supplementare che copre le prestazioni non incluse nel pacchetto base garantito per legge, quasi sempre acquistata presso la stessa compagnia.

La gestione delle risorse

L'offerta di servizi sanitari è ancora molto regolamentata, anche se è negli obiettivi della riforma una progressiva liberalizzazione. Al momento, gli assicuratori e le strutture ospedaliere sono liberi di negoziare prezzi e di contrattare selettivamente prestazioni per un equivalente del 20% del fatturato ospedaliero. Nel 2009 gli ospedali potranno fissare i prezzi del 50% delle prestazioni al di sotto di un plafond fissato dal governo.

Sistema di erogazione delle prestazioni

Ogni assicurato deve registrarsi con un medico di base, che ha anche funzione di gatekeeper. Gli assicuratori sono autorizzati a integrarsi con le strutture sanitarie. Recentemente gli assicuratori hanno cominciato a gestire centri di assistenza primaria e farmacie.

A seconda delle clausole delle polizze, i pazienti possono beneficiare delle prestazioni rivolgendosi direttamente a una struttura convenzionata con l'assicuratore, ovvero a una struttura separata ed essere rimborsati. Le compagnie sono libere di incentivare i propri assicurati all'uso di strutture convenzionate.

L'ASSICURAZIONE SANITARIA IN EUROPA

Secondo una recente statistica elaborata dal *Comité Européen des Assurances* (CEA), l'organismo che riunisce le associazioni nazionali europee delle imprese di assicurazione, le assicurazioni sanitarie nei paesi membri del CEA (essenzialmente i paesi europei) hanno rimborsato nel 2006 sinistri per oltre 74 miliardi di euro, in termini reali circa il 53% in più rispetto all'anno precedente.



L'aumento è quasi interamente ascrivibile alla riforma del meccanismo di finanziamento del sistema sanitario olandese che introduce l'obbligo per tutti i cittadini di acquistare una copertura sanitaria presso una compagnia di assicurazione privata. Se si esclude il dato relativo all'Olanda l'aumento dei sinistri rimborsati scende all'1,4% in termini reali, valore in linea con quello degli anni precedenti. I sinistri pagati dalle assicurazioni private operanti nei Paesi Bassi sono più che triplicati tra il 2005 e il 2006.

Il valore dei sinistri pagati nell'assicurazione sanitaria in Olanda è salito al 43% del totale dei paesi membri del CEA, superando così la Germania con il 30%. Seguono, a distanza, la Francia con il 6,7%, il Regno Unito con il 5%, la Spagna con il 4,6%, la Svizzera con il 3,4% e l'Italia con l'1,8%.

Paesi	Premi			Sinistri pagati		
	2005	2006	Δ%	2005	2006	Δ%
Francia	6.744	7.203	6,8%	4.723	4.884	3,4%
Germania	25.459	26.101	2,5%	21.276	21.611	1,6%
Italia	1.716	1.789	4,3%	1.198	1.270	6,0%
Regno Unito	4.604	4.672	1,5%	3.554	3.616	1,7%
Spagna	4.477	4.647	3,8%	3.278	3.271	-0,2%
Olanda	9.150	30.864	237,3%	7.002	31.362	347,9%

PREMI E SINISTRI PAGATI DALLE ASSICURAZIONI
SANITARIE PRIVATE (RAMO MALATTIA)
(Valori ai prezzi del 2005)
Milioni di euro

Fonte: CEA

LE PROPOSTE ANIA SULLO SVILUPPO DELLA REGOLAMENTAZIONE DEI FONDI SANITARI

Le previsioni dell'OCSE mostrano che la spesa sanitaria pubblica italiana, compresa l'assistenza ai non autosufficienti, aumenterà considerevolmente nei prossimi decenni, fino a raddoppiare in rapporto al PIL nel 2050. Le principali cause di tale incremento di spesa sono il processo di invecchiamento della popolazione e il progresso medico-sanitario e tecnologico delle cure.

La constatazione che la spesa pubblica per la sanità in rapporto al PIL non è in Italia elevata nel confronto internazionale va però coniugata con l'elevato debito pubblico italiano. Il problema del finanziamento di un aumento della spesa sanitaria, anche in una misura molto inferiore rispetto a quello previsto dall'OCSE, è infatti assai grave in un'ottica di sostenibilità economica. Pertanto, per aiutare il sistema a trovare un equilibrio sarà necessario ricorrere alla spesa privata che peraltro ha già una rilevanza significativa, in quanto alcune tipologie di prestazioni non vengono adeguatamente soddisfatte dal sistema pubblico.



Le altre assicurazioni danni

La spesa sanitaria privata in Italia è pari a circa due punti di PIL, dato non difforme da quello relativo ad altri grandi paesi europei. Andando ad analizzare le modalità di questa spesa, si nota che nel nostro paese il finanziamento attraverso forme assicurative private, siano esse fondi, casse sanitarie o polizze assicurative, è estremamente basso mentre è elevato il finanziamento "di tasca propria" (c.d. out-of-pocket). Pertanto, esistono margini di sviluppo delle forme sanitarie complementari private analogamente a quanto sta accadendo nel settore della previdenza.

Di seguito si riportano alcune proposte che il settore assicurativo ritiene utili al fine di migliorare l'attuale quadro regolamentare, permettendo nel contempo di contribuire positivamente allo sviluppo della sanità integrativa:

- a) innanzitutto, va notato che le polizze malattia, sia collettive sia individuali, sono escluse dai benefici fiscali concessi ai fondi sanitari e continuano a essere soggette a un'imposta sul premio pari al 2,5%. Tale imposta, peraltro, ha anche un effetto distorsivo nella scelta dei fondi sanitari, penalizzando chi sceglie di assicurarsi a favore di chi decide di pagare le prestazioni direttamente con i propri mezzi incorrendo nel rischio di non poter far fronte alle spese. Sembrerebbe logico, invece, concedere gli stessi incentivi fiscali a strumenti, pur diversi dai fondi sanitari, che garantiscano comunque prestazioni rientranti nei medesimi ambiti di intervento previsti per fondi e casse;
- b) andrebbero introdotte misure pro-concorrenziali tra i fornitori di servizi sanitari per permettere a fondi e assicuratori di aumentare la quantità e la qualità delle prestazioni ai propri iscritti a parità di contribuzione. A tal proposito, anche la raccolta e la pubblicazione di statistiche sui prezzi praticati e sulla qualità delle varie prestazioni sanitarie prestate, su base territoriale e per tipologia di struttura, potrebbero essere estremamente utili;
- c) attualmente i fondi sanitari, sia nel caso garantiscano le prestazioni sia in quello in cui semplicemente le "promettano", non sono soggetti né a vigilanza né a una normativa riguardante l'appostazione di riserve tecniche, l'equilibrio gestionale, la solidità patrimoniale o la trasparenza nei confronti dei propri iscritti. Andrebbe prevista una normativa su tali temi considerando la rilevanza e la diffusione del settore;
- d) le imprese di assicurazione dispongono di strutture interne in grado di fornire in modo efficiente servizi di gestione amministrativa anche a terzi. Tali servizi, però, possono essere prestati solo in presenza di una polizza assicurativa. Ciò limita lo spettro dei servizi che le imprese possono fornire ai fondi sanitari a danno dell'efficienza complessiva del sistema. Sarebbe utile, pertanto, modificare la regolamentazione del settore assicurativo al fine di permettere l'offerta di tali servizi anche in assenza di copertura assicurativa da parte delle imprese di assicurazione;



e) sino a quando non verranno emanati alcuni regolamenti contenenti le disposizioni relative all'ordinamento sui fondi sanitari integrativi (previsti dal d.lgs. 502/92 e successive modifiche) non sarà possibile, anche per le imprese di assicurazione, costituire dei fondi sanitari "aperti". Se si volesse sviluppare tali fondi, oltre ad approntare i relativi regolamenti, bisognerebbe anche individuare forme di attenuazione del rischio dovuto al fenomeno dell'"antiselezione" (ad esempio, maggiorazione del contributo in determinati casi, esclusione di talune prestazioni, franchigie, carenze), al fine di contenere i costi e di rendere maggiormente accessibile l'offerta.

ANALISI DELLA RISCHIOSITÀ SECONDO LA VARIABILE SESSO DELL'ASSICURATO NEL RAMO MALATTIA

I risultati dello studio forniscono un approfondimento sulle differenze esistenti negli andamenti tecnici del ramo malattia, relativamente alla variabile *sesso* dell'assicurato. Lo studio è basato sulle informazioni contenute in una nuova banca dati associativa relativa agli anni tra il 2004 e il 2006, cui ha partecipato un campione di imprese che rappresentano oltre il 50% della raccolta premi complessiva del ramo stesso.

Le informazioni a disposizione dell'Associazione permettono l'analisi della sinistrosità solo con riferimento alle polizze individuali e sulla famiglia; non è possibile quindi valutare una quota rilevante del business malattia, rappresentato dalle polizze collettive.

Il tipo di copertura analizzato (il più diffuso nel mercato malattia) è quello "rimborsuale", ossia quello che garantisce all'assicurato o alla struttura sanitaria il risarcimento delle spese sanitarie sostenute per *ricovero ospedaliero e/o intervento chirurgico* e per eventi *extra-ricovero*; sono escluse dall'analisi le polizze che garantiscono l'erogazione di somme di denaro senza riguardo alle spese sanitarie sostenute direttamente dall'assicurato o dalla struttura sanitaria, fatto salvo il caso della *diaria sostitutiva* corrisposta in luogo del rimborso.

Nel periodo 2004-2006 sono censite nel campione statistico circa un milione di teste assicurate aventi come garanzia un *ricovero ospedaliero e/o intervento chirurgico* (tavola 1). Di queste il 55,7% sono maschi, mentre il 44,3% femmine.

Osservando la sinistrosità nei tre anni, è possibile calcolare il c.d. premio puro, ossia l'ammontare dato dal prodotto tra la frequenza dei sinistri e il



Le altre assicurazioni danni

costo medio dei sinistri. Più elevato è il costo complessivo per le imprese, più elevato è il premio puro, maggiore sarà il premio che la compagnia domanderà all'assicurato.

Fatto pari a 1 il coefficiente di premio puro per i maschi, quello delle femmine risulta essere pari a 1,25 (tavola 1, col. 3). Anche escludendo i costi della gravidanza e tutte le sotto patologie connesse con tale evento (parto naturale, cesareo, aborto terapeutico, spontaneo, gravidanza extra-uterina), il coefficiente di premio puro per le femmine risulta pari a 1,15, ossia il 15% più elevato di quello dei maschi (tavola 1, col. 4).

TAVOLA 1
ANALISI DELLA GARANZIA
Ricovero ospedaliero e/o intervento chirurgico

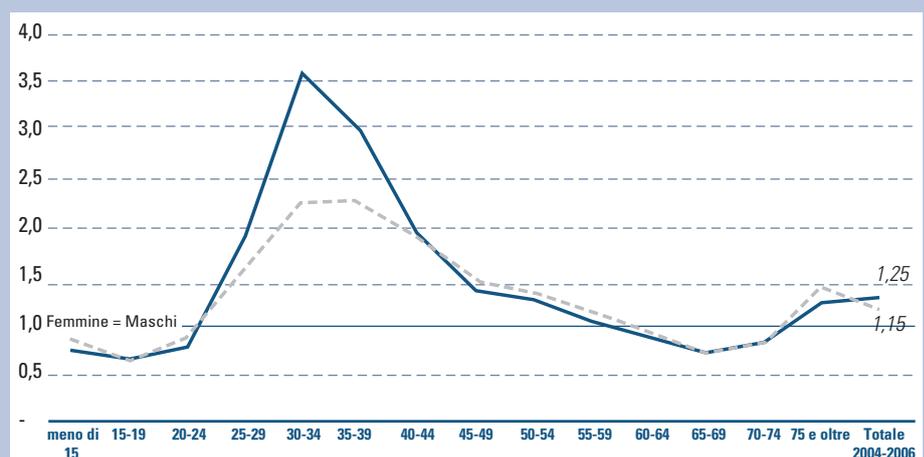
Sesso	Rischi-anno	Distribuzione rischi/anno (%)	Numero indice premio puro (maschi = 1)	Numero indice premio puro (maschi = 1) depurato da gravidanza
	(1)	(2)	(3)	(4)
Femmine	437.998	44,3	1,25	1,15
Maschi	550.151	55,7	1,00	1,00
Totale	988.149	100,0		

In particolare, è possibile analizzare la differenza tra il coefficiente di premio puro per maschi e femmine a diverse età (figura 1).

La maggiore differenza tra i due sessi si registra nella fascia di età tra i 30 e i 34 anni quando il premio puro delle femmine è 3,5 volte superiore a quello dei maschi (2,1 se si escludono i costi della gravidanza).

FIGURA 1
ANALISI DELLA GARANZIA
Ricovero ospedaliero e/o intervento chirurgico
in funzione dell'età

— Numero indice p.p. rispetto ai maschi
- - - Numero indice p.p. rispetto ai maschi (depurato da gravidanza)



Le differenze si riducono nella fascia di età compresa tra i 40 e i 50 anni, mentre le femmine sono relativamente "meno costose" dei maschi tra i 60 e i 74 anni.

Per la garanzia relativa a eventi *extra-ricovero* il campione di polizze analizzato è ridotto a circa 450.000 teste assicurate, di cui il 52,9% maschi e il 47,1% femmine. Analogamente a quanto visto per la garanzia *ricovero ospedaliero e/o intervento chirurgico*, fatto pari a 1 il coefficiente di premio puro per i maschi, il relativo coefficiente di premio puro per le femmine è pari a 1,22 (tavola 2).

TAVOLA 2 - ANALISI DELLA GARANZIA

Spese sanitarie extra-ricovero

Sesso	Rischi/anno	Distribuzione rischi/anno (%)	Numero indice premio puro (maschi = 1)
	(1)	(2)	(3)
Femmine	210.597	47,1	1,22
Maschi	236.254	52,9	1,00
Totale	446.851	100,0	

IL FENOMENO DELLA PIRATERIA E L'ASSICURAZIONE TRASPORTI

La pirateria è un crimine di carattere internazionale (*crimen juris gentium*) di fonte consuetudinaria la cui repressione può essere attuata in alto mare grazie alla collaborazione fra gli Stati ed è altresì sottoposta alla giurisdizione territoriale che lo Stato costiero esercita, sulla base delle proprie leggi, nelle acque territoriali e nelle acque interne.

Secondo la Convenzione di Montego Bay del 1982 – che, ancora oggi, grazie all'ampio numero di ratifiche, rappresenta il più rilevante testo normativo di diritto internazionale del mare in cui sono "confluite" le norme della Convenzione di Ginevra del 1958 sull'alto mare – tutti gli Stati devono esercitare "la massima collaborazione" per combattere la pirateria.

L'attuale quadro normativo di diritto internazionale, pur offrendo le basi per reprimere la pirateria, si fonda su disposizioni emanate in un'epoca storica in cui il fenomeno non assumeva la rilevanza e soprattutto la complessità che attualmente lo caratterizzano e quindi rischia di non essere in grado di offrire strumenti completamente efficaci per combattere in modo decisivo questo crimine.

Agli Stati sono riconosciuti poteri di intervento in alto mare che si sostanziano nel diritto di inseguire, a determinate condizioni, la nave pirata; fermare la nave, controllare i documenti ed effettuare una visita di bordo; sequestrare la nave pirata; arrestare le persone responsabili del reato di pirateria e, infine, requisire i beni presenti a bordo.

Nonostante gli sforzi da sempre compiuti in sede internazionale per reprimere la pirateria, il fenomeno non è mai stato completamente debellato e anzi negli ultimi anni si è sviluppato notevolmente, assumendo dimensioni preoccupanti.



Le altre assicurazioni danni

La situazione che ormai da tempo si sta verificando nel Golfo di Aden e nel mare antistante la Somalia – zone chiave del passaggio di gran parte del traffico marittimo mercantile con 22.000 navi in transito all'anno di cui 100 sono state quelle interessate da atti di pirateria nel corso dei mesi recenti – rappresenta l'espressione più grave di una generalizzata ripresa del fenomeno, che, sia pure in misura minore, interessa anche diverse altre aree geografiche, come fra l'altro denunciato dai *Reports on Acts of Piracy and Armed Robbery against Ships* (IMO 2006 e 2007).

Per lo più si tratta di atti di pirateria, per così dire, "classici" che si verificano in mare aperto e ove le navi aggredite vengono condotte in un porto somalo (generalmente il porto di Eyl nel Puntland) in attesa del pagamento di un riscatto che fino a oggi è stato richiesto al solo fine della restituzione di nave e carico senza coinvolgere (se non di fatto) gli equipaggi.

Il rischio così configurato è, di solito, coperto dalle ordinarie polizze corpi, nolo o merci e, in effetti, risulta che anche al fine del pagamento del riscatto siano intervenuti gli assicuratori dei rischi ordinari.

Le vicende della pirateria in Somalia, pur non sollevando problemi del tutto nuovi, stanno tuttavia conducendo il mercato a riconsiderare attentamente la contrattualistica adottata (ad esempio, in vista degli effetti che l'atto di pirateria può avere in relazione all'esecuzione, o eventuale risoluzione, di contratti di noleggio o di trasporto).

Anche il mercato assicurativo si è trovato nella necessità di valutare attentamente un fenomeno che, pur variamente previsto come rischio coperto nelle polizze (e anche, tra l'altro, dall'art 521 del codice della navigazione) non si presentava da tempo con tali caratteristiche di frequenza e gravità.

La finalizzazione a scopi politici/bellici dell'atto di pirateria e del conseguente eventuale pagamento del riscatto potrebbero condurre il rischio al di fuori della copertura ordinaria, per riportarlo nell'ambito dei rischi di guerra, con possibili problematiche anche giudiziarie data l'ambiguità del contesto.

Per tali motivi il mercato tende a spostare il rischio pirateria dalle assicurazioni ordinarie alle assicurazioni dei rischi di guerra che consentono di evitare, in termini di copertura, le incertezze sopra indicate.

In questo momento il mercato di Londra delle coperture assicurative "corpi" quota – nell'ambito dei rischi di guerra – il rischio di pirateria per l'attraversamento nel Golfo di Aden fino a dieci volte in più rispetto alla quotazione della pirateria in ambito rischi ordinari.



La copertura di un tragitto attraverso il Golfo di Aden può costare fino a 30.000 dollari restando comunque più conveniente sia rispetto al costo di un'eventuale scorta armata (circa 100.000 dollari) sia rispetto alla rotta alternativa intorno all'Africa – attraverso il Capo di Buona Speranza – che implica pesanti maggiorazioni di costi (+ 40%) e di tempi (+15 giorni di navigazione). Per i rischi merci l'orientamento è al momento quello di mantenere la pirateria nell'ambito dei rischi ordinari.

Esistono poi forme di coperture offerte da mercati "non marine": sono le polizze "Kidnap & Ransom" (rapimento e riscatto) con presupposto dell'esistenza di vigilanza armata a bordo delle navi. Si tratta di coperture che offrono, oltre a un massimale per il riscatto, anche il risarcimento per spese di intermediazione da parte di personale specializzato e altre spese connesse. Spesso il premio di tali coperture è elevato.

Una soluzione efficace al problema può derivare dall'istituzione di una specifica *task force militare internazionale* (in cui coopererebbe anche il nostro Paese), in applicazione delle diverse risoluzioni ONU in argomento. Una delle risoluzioni prevede tra l'altro la libera entrata delle unità militari nelle acque somale con libero uso della forza in mare e, se necessario, anche all'interno del paese.

I RECENTI SVILUPPI IN TEMA DI COPERTURA ASSICURATIVA PER IL RISCHIO GRANDINE

La legge n.364 del 1970 costituì la prima regolamentazione delle forme di contrattazione assicurativa tra il mondo agricolo e le compagnie di assicurazione. Con tale normativa si istituì il Fondo di solidarietà nazionale, ma non era ancora prevista alcuna partecipazione diretta dello Stato alle spese per le coperture assicurative: ci si limitava a contemplare una più generale partecipazione pubblica alle spese sostenute dagli organismi per la difesa attiva e passiva delle produzioni – segnatamente viticole, olivicole e ortofrutticole, o comunque di particolare pregio.

L'istituzione della partecipazione, seppure indiretta, dello Stato alle spese di polizza, mediante il versamento di contributi annuali nelle casse sociali dei consorzi di difesa avvenne solo con la legge n. 185 del 1992. Sempre nella stessa legge venne introdotto anche il principio che il ricorso allo strumento assicurativo contro i rischi atmosferici è assunto quale strumento privilegiato di difesa dei redditi, escludendo così dalle altre provvidenze le colture ammesse all'assicurazione agevolata nel caso in cui l'agricoltore non abbia proceduto alla effettiva copertura dei rischi.

Nel 2004, molte delle disposizioni che si erano nel tempo succedute allo scopo di disciplinare l'intervento pubblico a sostegno delle aziende agricole colpite da calamità naturali sono state sostituite da un unico provvedimento con lo



Le altre assicurazioni danni

scopo di riorganizzare la materia in modo organico: il d.lgs. n. 102/2004. Si stabilisce così l'obbligo di elaborare un "Piano assicurativo annuale", che deve essere approvato sempre entro il termine del 30 novembre. L'adozione del Piano riveste una funzione di primaria importanza dal momento che il principio dell'esclusione da altre forme di compensazione di quei danni che possono usufruire di una copertura assicurativa, norma come s'è visto dalle alterne vicende, ormai costituisce un punto fermo.

Fondamentale è l'articolo 1 del decreto, che definisce gli obiettivi del Fondo di solidarietà nazionale a carico del quale sono posti sia gli interventi volti a incentivare la stipula di contratti assicurativi (interventi ex ante) sia gli interventi finalizzati alla ripresa economica e produttiva dell'impresa (interventi compensativi o ex post), riservati questi ai soli danni non ammessi all'assicurazione agevolata (art. 5, comma 4) e, conseguentemente, non inseriti nel Piano Assicurativo agricolo annuale, nonché interventi di ripristino delle infrastrutture connesse con l'attività agricola, tra cui quelle irrigue e di bonifica.

Relativamente alla politica di incentivazione dei contratti assicurativi (interventi ex ante), l'articolo 2 ha poi definito le modalità di partecipazione dello Stato al pagamento dei premi assicurativi.

Quindi le coperture assicurative costituiscono da anni il mezzo principale attraverso il quale le produzioni agricole vengono difese dai rischi di calamità naturali (come grandine, eccesso di pioggia, gelo, brina, siccità). Dal momento che il rischio di danno è particolarmente imprevedibile ed elevato, i costi dell'assicurazione non sarebbero sostenibili per le imprese agricole senza un contributo da parte dello Stato, così come avviene anche in altri paesi europei.

L'esclusione della possibilità di interventi statali ex post per le colture ammissibili all'assicurazione agevolata ha incentivato il ricorso all'assicurazione, che dal 2004, si è andata sempre più sviluppando, anche grazie all'introduzione delle nuove polizze pluririschio che coprono i danni prodotti da più eventi dannosi a carico di una o più colture e delle polizze multirischio che assicurano il mancato o il diminuito risultato della produzione del prodotto garantito a causa di avversità atmosferiche.

EVOLUZIONE DEL MERCATO ASSICURATIVO AGRICOLO
IN ITALIA

Anno	2004	2005	2006	2007	2008
Quantità assicurate (.000 tonn.)	14.894	14.837	14.805	16.329	19.819
Variazione %		-0,4%	-0,2%	10,3%	21,4%
Piante assicurate	184.818	260.585	308.153	312.705	254.976
Variazione %		41,0%	18,3%	1,5%	-18,5%
Valori Assicurati (.000 €)	3.710.212	3.810.222	3.789.132	4.379.809	4.628.331
Variazione %		2,7%	-0,6%	15,6%	5,7%

* Fonte: Ismea; ANIA per il 2008



La recente crisi finanziaria ha fatto sì che il finanziamento per il Fondo di solidarietà nazionale non sia stato previsto per il 2009 e questo comporterebbe l'assenza del contributo pubblico per le coperture assicurative dell'anno in corso. Tale decisione costringerebbe di certo molti produttori a rinunciare allo strumento assicurativo e a dover sopportare il rischio catastrofale, con ripercussioni su tutto il settore agroalimentare.

LE POLIZZE R.C. OBBLIGATORIE DIVERSE DALLA R.C. AUTO

Nel nostro Paese, come nella maggior parte degli stati membri dell'Unione Europea, è fortemente aumentato negli anni recenti il numero di coperture assicurative obbligatorie. In particolare, sono state introdotte 18 nuove coperture negli anni novanta e 28 tra il 2000 e il 2006.

Le scelte del legislatore in tema di obbligatorietà dell'assicurazione di responsabilità civile generale risultano essere rivolte principalmente a due macro aree.

La prima riguarda le professioni che possono arrecare, nel loro esercizio, danni a terzi rispettivamente per morte/lesioni personali o per danni di tipo patrimoniale (in questo ultimo caso per esempio *notai, auditor, intermediari assicurativi e non, operatori turistici, Caf, quadri intermedi*).

La seconda è riferita alla protezione dei consumatori in riferimento a particolari tipologie di prodotti potenzialmente rischiosi per gli utenti finali e si estrinseca tramite gli organismi di controllo e/o certificazione correlati al recepimento di direttive CE (ad esempio *macchine, impianti a fune, prodotti da costruzione, esplosivi a uso civile, attrezzature a pressione, ascensori e montacarichi, apparecchi a gas, dispositivi medici, sicurezza giocattoli*).

L'obbligo di copertura assicurativa è quasi sempre previsto in capo ai soggetti esercenti l'attività, tranne nei casi in cui il contraente risulta essere soggetto diverso (ad esempio *le scuole per i tirocinanti, i promotori per gli sperimentatori clinici, le associazioni per i volontari*). I soggetti all'obbligo possono essere persone fisiche (ad esempio *cacciatori, professionisti*) o persone giuridiche nella fattispecie di enti, associazioni, organismi.

Gli obiettivi principali delle normative sono rintracciabili nella necessità di introdurre aspetti assicurativi di "garanzia" nell'ambito dei requisiti per ottenere l'abilitazione o l'autorizzazione da parte di organismi finalizzati all'esercizio di attività di controllo, verifica, ispezione, conformità anche in materia fiscale. Alcuni obblighi assicurativi nascono, oltre che in ottemperanza a spe-



Le altre assicurazioni danni

cifiche leggi, anche a seguito di accordi di contratti nazionali di lavoro o – sempre di più – a seguito di recepimento di direttive comunitarie.

Al riguardo, va sottolineato che non sempre gli schemi obbligatori sono coerenti con le regole di un mercato assicurativo efficiente. Le previsioni di coperture assicurative obbligatorie si giustificano, infatti, solo quando i soggetti assicurati, per le caratteristiche della loro attività, corrono il rischio di arrecare danni a terzi e dispongano di un patrimonio limitato o non siano “stabili” o facilmente identificabili.

Il quadro legislativo esaminato potrebbe essere in futuro radicalmente modificato e ampliato dalla riforma delle professioni (in questi anni oggetto di numerosi tentativi di disciplina da parte del legislatore) e a seguito del prossimo recepimento della Direttiva CE n. 2006/123 in tema di Servizi nel Mercato Interno. Qualora la riforma dovesse essere approvata sulla base dei presupposti elaborati in questi anni, si potrebbe giungere alla previsione di un obbligo di assicurazione di responsabilità civile per quasi tutte le attività professionali, sia regolamentate sia non regolamentate.

LE TIPOLOGIE DI RISCHIO SOTTOSCRITTE NEL RAMO CAUZIONI

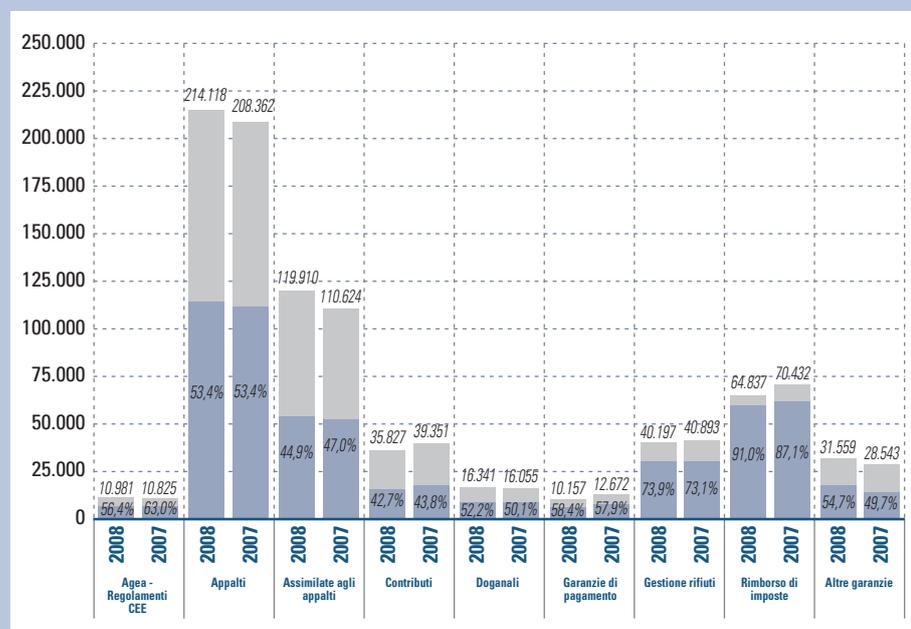
Le polizze assicurative cauzionali o fidejussorie sono sottoscritte per attestare e garantire l'affidabilità e la solvibilità nell'ambito di specifici contratti di lavoro. La compagnia di assicurazione diventa infatti garante al posto di un soggetto (contraente) rispetto a diversi obblighi contrattuali in favore di un soggetto terzo (beneficiario). I campi di applicazione, come più dettagliatamente specificato di seguito, possono essere diversi: cauzioni a garanzia di contratti per appalti pubblici; cauzioni a garanzia di contratti fra privati; cauzioni per Cee-Agea; cauzioni doganali; cauzioni per IVA e rimborsi IRPEF/IRPEG/ILOR in conto fiscale; cauzioni per concessioni pubbliche; garanzie per smaltimento rifiuti; garanzie di pagamento.

Le polizze fidejussorie possono costituire una forma assicurativa vantaggiosa per gli operatori economici in quanto evitano l'immobilizzazione di denaro liquido, sono accettate da tutti gli Enti pubblici e sono giuridicamente equiparabili ad altre forme di garanzia.

Dal 2007 l'ANIA ha avviato una rilevazione semestrale con l'obiettivo di monitorare la raccolta premi del ramo cauzioni (oltre che della nuova produzione emessa) con un dettaglio particolare delle principali tipologie di rischio assicurate. Nel 2008 hanno aderito alla statistica imprese operanti in Italia, comprese le rappresentanze di imprese UE, rappresentative del 92% dei premi del ramo.



Nel 2008 i premi contabilizzati sono stati pari a 544 milioni di euro, in lieve aumento rispetto al 2007 (+1,1%), quando i premi erano pari a poco meno di 538 milioni di euro. Anche i premi relativi alla nuova produzione dell'anno sono aumentati, pur se in misura inferiore (0,6% rispetto al 2007). I premi relativi ai nuovi contratti, pari a oltre 308 milioni di euro, rappresentano nel 2008 il 57,0% del totale (57,3% nel 2007).



PREMI CONTABILIZZATI NEL RAMO CAUZIONI
(Valori in migliaia di euro)

■ Premi lordi contabilizzati
■ Premi della nuova produzione

N.B.: I dati riportati nel grafico differiscono lievemente da quelli della statistica associativa (ed. marzo 2009), in quanto questi dati tengono conto di nuove informazioni aggiornate.

Ben oltre la metà del portafoglio cauzioni è concentrato nelle due principali tipologie di rischio: gli "appalti" (in prevalenza pubblici) e "assimilate agli appalti", che insieme hanno raccolto più di 334 milioni di euro, oltre il 61% dei premi contabilizzati nel 2008 (poco più del 59% nel 2007). Queste garanzie sono anche quelle che hanno registrato l'incremento più significativo rispetto all'anno precedente (+2,8% per gli "appalti" e +8,4% per quelle "assimilate agli appalti"), anche se occorre sottolineare che l'incidenza della nuova produzione è risultata invece in lieve diminuzione.

Le garanzie per "rimborso di imposte" (cauzioni previste da specifiche leggi che un soggetto è tenuto a costituire a favore degli uffici dell'Amministrazione Finanziaria) hanno raccolto circa il 12% dei premi contabilizzati nell'anno, pari a quasi 65 milioni di euro, ma hanno registrato una diminuzione del 7,9% rispetto al 2007. Anche la nuova produzione per questa tipologia di rischio è risultata in contrazione (-3,8% rispetto all'anno precedente), mentre è aumentata la sua incidenza rispetto ai premi contabilizzati (dall'87,1% del 2007 al 91,0% del 2008).



Le altre assicurazioni danni

Poco più di 40 milioni di euro (il 7,4% del totale del ramo) sono stati raccolti per tipologie di rischio inerenti alla "gestione rifiuti" (si garantisce ai beneficiari – Ministero Ambiente o Regioni/Province/Comuni – l'osservanza dei previsti adempimenti e il risarcimento di eventuali spese per il ripristino ambientale per trasporto, stoccaggio, smaltimento in ambito nazionale e spedizioni transfrontaliere e, infine, per l'iscrizione all'apposito Albo Nazionale): il volume di affari per le garanzie è risultato in lieve diminuzione rispetto al 2007, quando era pari a quasi 41 milioni di euro.

La diminuzione più consistente si è registrata nei premi contabilizzati per i rischi inerenti a "garanzie di pagamento" (-19,8% rispetto al 2007) e in quelli inerenti a "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) che nel 2008 si sono ridotti del 9%, attestandosi a circa 36 milioni di euro (oltre 39 milioni nel 2007).

Malgrado una riduzione dei premi di nuova produzione del 9,2%, nel 2008 risultano in lieve aumento i premi contabilizzati per i rischi delle garanzie "Agea – Regolamenti CEE", che raggiungono quasi 11 milioni di euro. Le garanzie Agea hanno per oggetto la restituzione dei fondi concessi dall'UE sotto forma di aiuti, contributi e premi nei mercati agricoli mentre quelle per Regolamenti CEE 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.

In moderato aumento (+1,8%) anche i premi inerenti alle tipologie di rischio classificate come "Doganali" (cauzioni per il pagamento periodico differito dei dazi doganali, per temporanee importazioni, per altre operazioni doganali), anche se, in questo caso, la crescita dei premi di nuova produzione è stata più consistente (+6,0% rispetto al 2007).

Anche i premi contabilizzati relativi a tutte le tipologie di rischio non rientranti in quelle già menzionate (Ingresso stranieri, Generiche dirette, Giudiziali, Rapporti di collaborazione non subordinati, Rapporti di collaborazione subordinati, Esattoriali società Coop, Esattoriali S.p.a., Esattorie per istituti di credito) risultano nel 2008 in aumento di oltre il 10%, attestandosi ben oltre i 31 milioni di euro. In particolare, i premi di nuova produzione sono aumentati del 21,7% rispetto al 2007.





Dall'inizio dell'anno non vi sono più riassicuratori professionali con sede legale in Italia, a seguito delle ristrutturazioni societarie che hanno interessato compagnie di riassicurazione divenute rappresentanze. I premi indiretti raccolti in Italia, al netto di retrocessioni, per il lavoro italiano ed estero, sono stati pari a 3.211 milioni di euro, in aumento del 33% rispetto al 2007.

I premi indiretti totali del lavoro italiano ed estero, al netto della retrocessione, raccolti dalle imprese di assicurazione dirette e con sede legale in Italia sono stati pari nel 2008 a 3.211 milioni di euro, in aumento del 32,7% rispetto al 2007. Questi premi non includono i premi indiretti afferenti alle imprese esercenti la sola riassicurazione, in quanto dall'inizio dell'anno non vi sono più i cosiddetti riassicuratori professionali con sede legale in Italia: quelli che operavano in Italia e avevano sede legale nel nostro paese sono stati infatti trasformati in rappresentanze di imprese estere.

Circa il 70% del totale premi indiretti è relativo al settore vita per 2.245 milioni di euro e il restante 30% per 966 milioni di euro è relativo al settore danni.

Il lavoro indiretto estero vita e danni è molto significativo per le imprese italiane. Nel 2008 i premi, pari a 1.986 milioni di euro, sono quasi raddoppiati rispetto all'anno precedente; l'incidenza di questi premi sul lavoro complessivo è stata superiore al 60%. Anche per il lavoro estero, i premi indiretti del vita sono circa il 70% del totale, per un importo di 1.403 milioni di euro, e quelli danni, per 583 milioni di euro, costituiscono la quota rimanente.

Informazioni relative ai singoli rami (vita e danni) sono disponibili soltanto per i premi indiretti del lavoro italiano e non per quello estero.

Nel 2008 i rami che raccolgono la più ampia quota di premi indiretti nel settore danni sono l'assistenza (per 125 milioni di euro), il settore property (per 78 milioni di euro) e la tutela legale (per 59 milioni di euro); nel vita la quasi totalità dei premi indiretti (830 milioni di euro) è relativa ai rami I e V.

Il dettaglio dei premi indiretti per singolo ramo di attività consente anche di analizzare il cosiddetto rapporto di cessione dei premi. Questo ratio esprime la percentuale dei premi ceduti e retroceduti del lavoro italiano rispetto al totale dei premi diretti e indiretti: più elevato è il rapporto, più ampio è il ricorso allo strumento riassicurativo. I rami dove è maggiormente diffusa la cessione in riassicurazione sono i trasporti (con una percentuale ceduta del 63,3%), il credito e la cauzione (dove si cedono il 41,3% dei premi) e i rami property, perdite pecuniarie e assistenza per i quali circa un quarto dei premi viene ceduto o retroceduto.



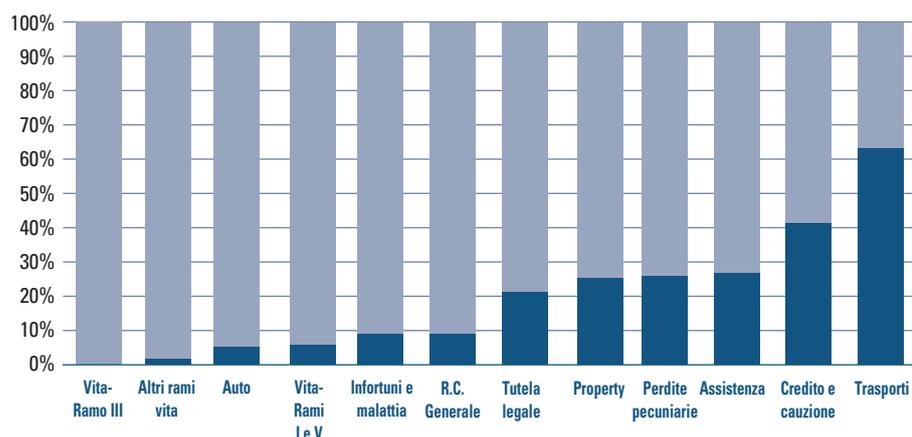
PREMI DEL LAVORO INDIRETTO AL NETTO DELLE RETROCESSIONI
Valori in milioni di euro

Ramo di attività**	Premi indiretti netti lavoro ITALIANO					Variazioni %			
	2004	2005	2006	2007	2008*	2005/2004	2006/2005	2007/2006	2008/2007
Auto	189	7	76	19	35	-96,3	986,5	-75,3	88,5
Infortuni e malattia	46	48	64	40	37	4,8	34,2	-37,3	-8,3
Trasporti	16	12	17	16	14	-21,6	38,7	-7,0	-10,7
Property	40	37	67	37	78	-7,5	81,3	-45,5	113,4
Credito e cauzione	7	7	6	5	7	6,7	-18,5	-20,4	50,0
R.C. Generale	97	37	62	22	20	-61,8	67,9	-64,7	-7,1
Perdite pecuniarie	3	6	6	5	7	75,8	3,4	-10,0	33,3
Tutela legale	53	47	62	72	59	-11,0	33,2	15,9	-18,4
Assistenza	89	104	115	120	125	16,6	11,4	3,9	4,4
Totale rami danni	539	305	477	336	383	-43,5	56,3	-29,5	14,2
Rami I e V	980	995	1.923	972	830	1,5	93,3	-49,4	-14,7
Ramo III	1	16	14	13	11	1.464,6	-10,0	-4,8	-16,4
Altri rami vita	0	0	0	0	0	-33,3	0,0	1.750,0	-94,6
Totale rami vita	981	1.010	1.937	986	841	2,9	91,7	-49,1	-14,7
Totale danni e vita	1.521	1.315	2.414	1.322	1.225	-13,5	83,5	-45,2	-7,4
	Premi indiretti netti lavoro ESTERO					Variazioni %			
	2004	2005	2006	2007	2008*	2005/2004	2006/2005	2007/2006	2008/2007
Totale rami danni	604	530	474	330	583	-12,1	-10,7	-30,3	76,5
Totale rami vita	883	927	1.175	768	1.403	4,9	26,8	-34,6	82,7
Totale danni e vita	1.487	1.457	1.649	1.098	1.986	-2,0	13,2	-33,4	80,8
	Premi indiretti netti lavoro ITALIANO ED ESTERO					Variazioni %			
	2004	2005	2006	2007	2008*	2005/2004	2006/2005	2007/2006	2008/2007
Totale rami danni	1.143	835	951	666	966	-26,9	13,8	-29,9	45,1
Totale rami vita	1.865	1.937	3.112	1.754	2.245	3,9	60,7	-43,6	28,0
Totale danni e vita	3.008	2.772	4.063	2.420	3.211	-7,8	46,5	-40,4	32,7

Nota alla tavola: i premi contabilizzati nel 2006 hanno risentito della decisione di una primaria impresa del mercato – a seguito di una ristrutturazione aziendale – di non differire 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 erano stati contabilmente allocati premi che si riferivano all'attività riassicurativa contabilizzata per competenza sia del 2006 sia, per effetto del differimento, del 2005. Tutte le variazioni di quegli anni (e conseguentemente anche del 2007) sono pertanto influenzate da questa "anomala" contabilizzazione dei premi.

* Stima ANIA

** Auto comprende i rami corpi veicoli terrestri, r.c. auto e r.c. natanti; trasporti comprende i rami corpi veicoli ferroviari, aerei e marittimi, merci trasportate e r.c. aereomobili; property comprende il ramo incendio e altri danni ai beni



RAPPORTO % DI CESSIONE DEI RISCHI - ANNO 2008

■ % di premi ceduti ■ % di premi ritenuti



IL MERCATO INTERNAZIONALE DELLA RIASSICURAZIONE

I rinnovi. Secondo il rapporto di Aon-Benfield sull'andamento del mercato della riassicurazione, i rinnovi dei contratti per il 2009 porteranno cambiamenti limitati nelle caratteristiche delle coperture. Nei trattati relativi a coperture assicurative commercializzate negli Stati Uniti il *rate on line*, ossia il rapporto tra premio della riassicurazione e il limite massimo indenizabile dalla copertura (ROL), subirà variazioni tra il -5% e il +30%; la capacità di sottoscrizione si contrarrà al massimo del 15%; il *retention rate* aumenterà fino a un massimo del 25%. I contratti mostreranno maggiore stabilità nel resto del mondo. Non sono previste variazioni di rilievo nei contratti relativi all'Europa continentale e al Regno Unito: ROL da stabile a +5% e capacità stabile. Si prevede una sostanziale stabilità nei trattati giapponesi (tavola 1).

TAVOLA 1
VARIAZIONI DEI TRATTATI RIASSICURATIVI

PAESI	Δ ROL	Δ capacità	Δ Retention
Stati Uniti	-5%/+30%	-15%/Stabile	+5%/+25%
Europa continentale	-5%/+5%	Stabile/-5%	Stabile
Regno Unito	Stabile/5%	Stabile	Stabile
Asia (escl. Giappone)	Stabile/-5%	Stabile/+10%	Stabile
Giappone	Stabile/+10%	Stabile	Stabile
Australia/Nuova Zelanda	Stabile/+10%	Stabile	Stabile
Canada	Stabile/+5%	Stabile	Stabile
Sud America	Stabile/+5%	Stabile	Stabile
Messico	Stabile/+5%	Stabile	Stabile
Caraibi	Stabile/+5%	Stabile	Stabile

Fonte: Aon-Benfield

La domanda di riassicurazione. Il rapporto di Aon-Benfield identifica tra i fattori che potranno influenzare la domanda di riassicurazione l'erosione del capitale disponibile e la mancanza di alternative di finanziamento causate dal declino del valore del capitale proprio degli assicuratori diretti. In base a una rilevazione effettuata sui bilanci chiusi nel 2008 di un campione rappresentativo di compagnie globali, la capitalizzazione del settore della riassicurazione si è ridotta nel corso dell'anno del 14%.

Si ritiene che ad accrescere la domanda di riassicurazione contribuiranno altri fattori quali l'inasprimento delle condizioni del credito e la pressione verso il basso sui rating delle compagnie innescato, peraltro, dallo stesso processo di erosione della capitalizzazione.

Secondo il parere degli analisti di Aon-Benfield, è verosimile che nel medio termine gli assicuratori diretti potranno attingere capitale in modo efficiente quasi esclusivamente sul mercato della riassicurazione.



Le catastrofi nel 2009. Gli eventi catastrofali che più condizioneranno la dinamica dei prezzi della riassicurazione saranno ancora gli uragani che si prevede colpiranno le coste degli Stati Uniti. Secondo Benfield la frequenza media di tempeste nel bacino atlantico è stimata in una media di 8 all'anno tra il 1995 e il 2008, contro una media di 6,2 nei 59 anni precedenti. È aumentata anche la loro intensità media, con una crescita di circa il 45% di uragani di categoria 3,4 e 5; l'incremento balza a oltre l'80% se si considerano solo gli uragani più devastanti, categorie 4 e 5 (tavola 2).

TAVOLA 2
FREQUENZA MEDIA URAGANI

Intensità	Dal 1950	Dal 1995	Variaz.
Categoria 1 o sup.	6,2	7,9	26,7%
Categoria 2 o sup.	3,7	5,0	33,5%
Categoria 3 o sup.	2,7	3,9	44,9%
Categoria 4 o sup.	1,4	2,5	82,1%

Fonte: Aon-Benfield



Le risorse umane e l'area del lavoro

I LAVORATORI DIPENDENTI E IL COSTO DEL LAVORO

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
2008	41.479	5.352	46.831

(*) 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
2008	3.118	273	3.391

(*) 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
2008	4,9	-1,6	4,3

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
2008	4,6	-3,8	3,8

Alla fine del 2008 i dipendenti del settore assicurativo erano nel complesso **46.831**, l'1,2% in più rispetto all'anno precedente.

Il numero dei dipendenti amministrativi, pari a **41.479** unità, comprende i 6.852 dipendenti di enti controllati da imprese di assicurazione ai quali è applicato il contratto assicurativo. Nel complesso i dipendenti amministrativi sono aumentati nel 2008 di 358 unità (+0,9%), nonostante una flessione del numero dei dirigenti (-1,6%) che alla fine dell'anno erano 1.187. Il numero dei produttori, pari a **5.352**, è aumentato di 195 unità (+3,8%) rispetto al 2007.

L'occupazione maschile è lievemente diminuita (-50 unità, ossia -0,2%), mentre quella femminile ha registrato un incremento del 3,0% (+603 unità). Complessivamente, alla fine del 2008, il personale femminile rappresentava il 44,7% del totale dei dipendenti. Nel complesso, il 34,8% dei dipendenti è laureato e il 52,6% diplomato.

Alla fine del 2008 il costo complessivo del personale è stato pari a 3.391 milioni di euro, di cui 3.118 milioni relativi al totale del personale amministrativo e 273 milioni relativi ai produttori.

Il costo del personale amministrativo è aumentato del 4,9% nel 2008 mentre quello per addetto è aumentato in misura inferiore (+4,6%) anche per effetto di un aumento dello 0,3% del numero dei dipendenti amministrativi. In particolare il costo medio per addetto amministrativo è salito da 74.000 a 75.500 euro.

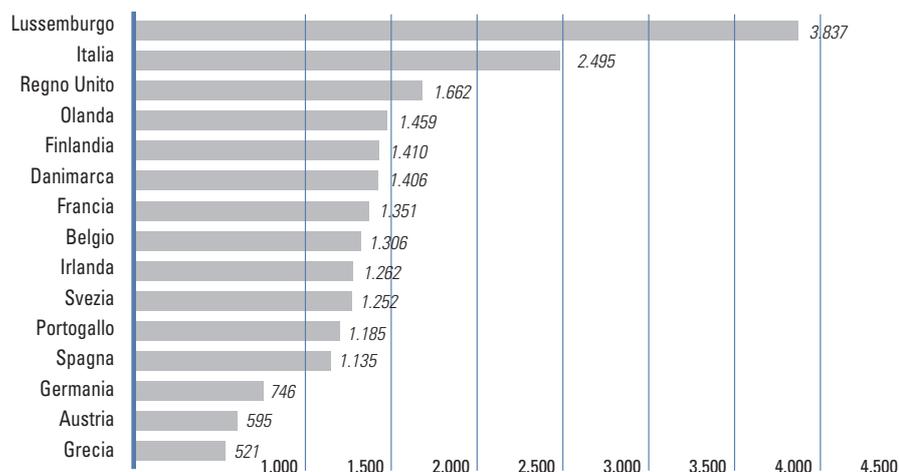
Va precisato che il costo unitario del personale è ottenuto dividendo il costo complessivo per il numero dei dipendenti medi dell'anno (calcolato con la semisomma dei dati di fine anno). Inoltre è stato necessario, attraverso adeguati metodi di stima, rendere correnti i dati precedenti al 2007, anno in cui per la prima volta sono stati inclusi nel totale circa 4.500 dipendenti di enti controllati da imprese di assicurazione e circa 2.000 produttori segnalati nella statistica associativa a seguito di un'importante ristrutturazione societaria.

Il costo per addetto alla produzione è diminuito del 3,8% a fronte di una diminuzione del costo complessivo dell'1,6% e di un aumento del numero dei produttori del 2,3%.

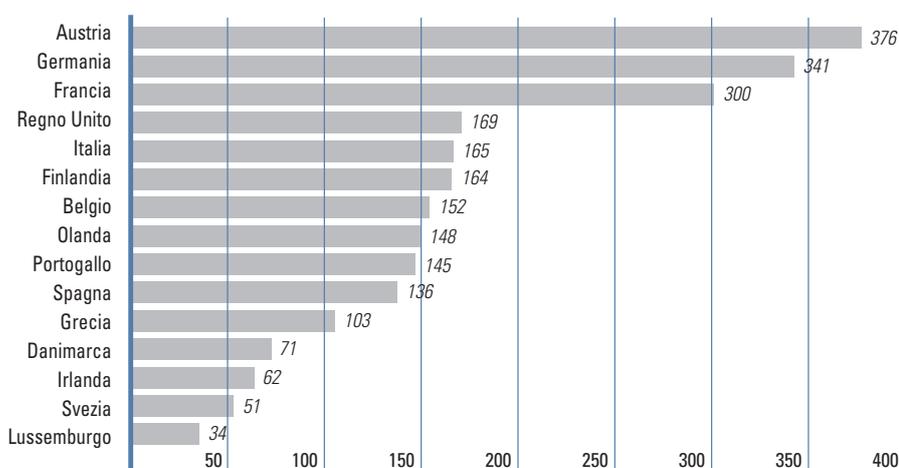
Nel complesso il costo del personale è aumentato del 4,3% e il costo unitario del 3,8%.



Le risorse umane e l'area del lavoro



Fonte: CEA



Fonte: CEA

LA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA, LA FORMAZIONE, IL DIALOGO SOCIALE, LE PARI OPPORTUNITÀ

Accordo Quadro 22 gennaio 2009 sulla riforma degli assetti contrattuali

Il 3 febbraio 2009 l'ANIA ha siglato l'Accordo Quadro sulla riforma degli assetti contrattuali già sottoscritto a Palazzo Chigi il 22 gennaio 2009 dal Governo, nella sua qualità di datore di lavoro pubblico, dalle Organizzazioni di rappresentanza delle imprese e dalle Organizzazioni sindacali confederali, a eccezione della CGIL.

La parte principale dell'Accordo, dedicata ai nuovi assetti contrattuali, riguarda:

1. ruolo e durata del contratto collettivo nazionale e del secondo livello di contrattazione (aziendale o in alternativa territoriale);
2. nuovo indicatore in sostituzione del tasso di inflazione programmata finalizzato a determinare gli incrementi retributivi previsti a livello nazionale.



Le risorse umane e l'area del lavoro

In particolare, le Parti, nel confermare un modello basato su due livelli di contrattazione, hanno convenuto che il contratto nazionale:

- avrà una durata triennale sia per la parte economica sia per quella normativa, con la funzione di garantire la certezza dei trattamenti minimi economici e normativi a tutti i lavoratori del settore;
- dovrà regolare il sistema delle relazioni industriali a tutti i livelli;
- dovrà definire puntualmente le materie affidate alla contrattazione di secondo livello e prevedere le procedure per il rinnovo dei due livelli contrattuali.

Il secondo livello di contrattazione, anch'esso di durata triennale, dovrà invece riguardare le materie delegate dal contratto nazionale (secondo il principio del *ne bis in idem*) e, quanto alla parte economica, prevedere un premio variabile calcolato solo con riferimento ai risultati conseguiti nella realizzazione di programmi aventi come obiettivo incrementi di produttività, qualità, efficienza ed efficacia, nonché ad altri elementi rilevanti ai fini del miglioramento della competitività aziendale. L'aumento della retribuzione prevista da tale livello contrattuale risulterà peraltro più consistente se verranno resi strutturali i recenti provvedimenti in tema di decontribuzione e detassazione.

Per quanto riguarda il nuovo indicatore in sostituzione del tasso di inflazione programmata, le Parti hanno convenuto l'adozione per il triennio di vigenza contrattuale di un nuovo indice previsionale costruito sulla base dell'IPCA, indice armonizzato europeo dei prezzi al consumo, depurato della dinamica dei prezzi dei beni energetici importati.

Tale indicatore, elaborato da un soggetto "terzo", sarà applicato a un valore retributivo individuato da specifiche intese di settore.

Sarà compito del medesimo soggetto "terzo" rilevare la presenza di eventuali scostamenti tra l'inflazione prevista e quella reale effettivamente osservata, considerando i due indici sempre al netto della dinamica dei prezzi dei beni energetici importati.

Al fine di verificare la significatività dei predetti scostamenti, con conseguente recupero economico entro la vigenza del CCNL, verrà costituito un Comitato Paritetico di settore.

In ordine all'altro tema del negoziato, e cioè la rappresentanza delle Parti nella contrattazione collettiva, è stato confermato l'interesse a definire delle nuove regole.

Fondo di Solidarietà per il personale dipendente da imprese di assicurazione in liquidazione coatta amministrativa

In data 12 luglio 2007, l'ANIA e le Organizzazioni sindacali nazionali hanno sottoscritto un accordo con il quale il Fondo LCA, in scadenza il 14 dicembre 2007, è stato prorogato fino al 31 dicembre 2011.



Successivamente le Parti hanno avviato presso il Ministero del Lavoro il lungo e complesso percorso volto all'emanazione del decreto di proroga per ulteriori quattro anni. Allo stato attuale lo schema del decreto di proroga è all'esame del Consiglio di Stato che, una volta espresso il suo parere, dovrà trasmetterlo alle due competenti Commissioni parlamentari di Camera e Senato per arrivare, infine, alla firma dei Ministri del Lavoro e dello Sviluppo Economico.

La formazione e le istituzioni

L'ANIA partecipa a numerosi tavoli di approfondimento tecnico/istituzionali, anche a livello regionale ove coinvolta (come ad esempio in Emilia Romagna e nel Lazio dove sono stati creati osservatori/tavoli della formazione continua) che prendono le mosse dalla più ampia strategia europea iniziata a Lisbona e riuniscono Ministero del Lavoro, Parti Sociali, Organizzazioni sindacali e Regioni per giungere alla condivisione di alcuni principi comuni su varie e importanti tematiche in ambito formativo.

L'ANIA partecipa inoltre alla programmazione del Fondo Sociale Europeo 2007-2013 ed è presente nei relativi Comitati di sorveglianza.

La formazione continua nel settore: FBA e Fondir

Nel marzo 2008, il panorama dei fondi interprofessionali si è arricchito di un nuovo Fondo, denominato FBA, che finanzia la formazione dei dipendenti non dirigenti dei settori bancario e assicurativo.

L'FBA ha ottenuto l'autorizzazione a finanziare piani formativi attraverso un decreto ministeriale che ne ha riconosciuto anche la personalità giuridica. Come tutti gli altri fondi interprofessionali anche l'FBA ha, alla base, un accordo interconfederale, l'Accordo ABI, ANIA, CGIL, CISL e UIL dell'8 gennaio 2008.

Risultano aver aderito all'FBA 745 imprese, tra banche e assicurazioni, con un insieme di circa 372.000 lavoratori.

Nel corso del 2009, l'FBA ha pubblicato e pubblicherà ben 4 avvisi per un totale di 97 milioni di euro in materia di:

- salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- previdenza complementare;
- formazione degli *over 45*;
- presentazione di piani aziendali, settoriali e territoriali;
- formazione individuale;
- azioni destinate anche al sostegno del reddito in base alla legge n. 2 del 2009.

Per quanto riguarda invece la formazione continua dei dirigenti, il Fondir, il Fondo interprofessionale per la formazione continua dei dirigenti del terziario, offre interessanti opportunità di finanziamento della formazione e ha recente-



Le risorse umane e l'area del lavoro

mente implementato la possibilità per le imprese di richiedere finanziamenti con *voucher* liberi.

Il 5 dicembre 2008, l'ANIA e la FIDIA hanno sottoscritto un Accordo Quadro che vale per i piani formativi presentati dalle imprese sulla base degli avvisi pubblicati nel 2009. Per tali piani formativi sarà sufficiente fare riferimento al suddetto Accordo Quadro in luogo dell'Accordo sindacale e aziendale.

ENBIFA

Sono proseguiti gli approfondimenti dell'ENBIFA (Ente Bilaterale Nazionale per la Formazione del Settore Assicurativo) in materia di sviluppo del dialogo sociale settoriale, anche con uno sguardo rivolto ai processi di riorganizzazione delle imprese e di evoluzione nell'organizzazione del lavoro.

È in fase conclusiva il progetto, realizzato in collaborazione con l'Università LUISS Guido Carli di Roma, sulle professionalità emergenti nel settore assicurativo che comprende l'analisi dei relativi fabbisogni formativi e un *workshop* finalizzato alla condivisione di modelli e strumenti formativi utili a tutti gli attori del dialogo sociale interessati.

È in fase di elaborazione progettuale la realizzazione di una giornata dedicata all'approfondimento delle garanzie per le persone non autosufficienti, contrattualmente prevista nel CCNL di settore sin dal 2003.

Long Term Care

Pienamente operativo il Fondo unico nazionale per la tutela dei non autosufficienti che ha già provveduto a liquidare varie prestazioni.

Per quanto riguarda il finanziamento del Fondo, il contributo a carico delle imprese è passato dal 1° gennaio 2009 dallo 0,40% allo 0,50% della retribuzione annua tabellare.

Apprendistato professionalizzante

A partire dal 2008, è stata avviata l'operatività dell'istituto in tutto il settore facendo riferimento alla regolamentazione contenuta nel CCNL per i profili professionali previsti senza necessità di ulteriori adempimenti presso le Regioni.



Nei rami vita si conferma per il terzo anno consecutivo una contrazione della raccolta intermediata dagli sportelli bancari. I premi raccolti dagli agenti e dalla vendita diretta sono sostanzialmente stabili, mentre quelli raccolti dai promotori risultano in crescita rispetto al 2007. Il canale agenziale, la principale forma di intermediazione del comparto danni, registra una lieve riduzione così come la vendita diretta. 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 corso del 2008 tutti i canali di distribuzione dei prodotti vita, a eccezione dei promotori finanziari, hanno registrato una riduzione (tavola 1).

Sebbene raccolgano ancora più della metà del business vita, gli sportelli bancari sono il canale che ha registrato nel 2008 la riduzione più marcata (-19,2%), che segue quella del 13,3% nel 2007 e dell'8,0% nel 2006. Nel quinquennio 2004-2008 la riduzione media annua è stata del 5,0%.

Al rallentamento del settore bancario si contrappone un aumento dell'incidenza percentuale degli agenti sul totale della raccolta vita che è passata dal 18,6% nel 2004 al 23,6% nel 2008, nonostante il volume premi in quest'ultimo anno sia risultato in lieve flessione rispetto al 2007 (-0,9%). Nel corso del 2008 solo i promotori finanziari hanno fatto registrare una raccolta premi in crescita rispetto all'anno precedente (+3,3%); la variazione media per questo canale, calcolata nell'ultimo quinquennio, è stata comunque negativa e pari al 5,0%.

TAVOLA 1 - ANALISI DEI CANALI DISTRIBUTIVI NEL PERIODO DI OSSERVAZIONE 2004-2008

RAMI VITA

CANALI	Premi lordi contabilizzati (valori in milioni di euro)					Quota di mercato %					Media (2004-2008)	Var. % annua					Var. % media (2004-2008)
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008		2004	2005	2006	2007	2008	
Sportelli bancari (*)	38.479	44.523	40.957	35.496	28.688	58,6	60,6	59,0	57,8	52,5	57,7	4,1	15,7	-8,0	-13,3	-19,2	-5,0
Agenti	12.176	13.372	13.830	12.969	12.852	18,6	18,2	19,9	21,1	23,6	20,3	5,6	9,8	3,4	-6,2	-0,9	2,2
Vendita diretta	8.248	9.110	8.086	6.862	6.811	12,6	12,4	11,7	11,2	12,5	12,1	21,0	10,5	-11,2	-15,1	-0,8	0,0
Promotori finanziari	6.250	5.584	5.907	5.237	5.409	9,5	7,6	8,5	8,5	9,9	8,8	-10,4	-10,7	5,8	-11,3	3,3	-5,0
Broker	474	882	598	875	805	0,7	1,2	0,9	1,4	1,5	1,1	-0,9	85,8	-32,2	46,5	-8,0	10,9
Totale	65.627	73.471	69.377	61.439	54.565	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	4,5	12,0	-5,6	-11,4	-11,2	-2,8

(*) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali



La distribuzione

Seppure a un tasso più contenuto rispetto agli anni 2006 e 2007, anche nel 2008 si sono ridotti i premi della vendita diretta: la variazione passa infatti dal -11,2% nel 2006 al -0,8% nel 2008, con una conseguente ripresa della quota premi di tale canale sull'intero comparto vita (dall'11,7% nel 2006 al 12,5% nel 2008).

Le polizze intermedie dai broker, che mediamente negli ultimi cinque anni sono pari all'1% del totale, hanno fatto registrare nel 2008 una contrazione dell'8,0%.

Dall'analisi della composizione del mercato vita secondo le tipologie di prodotto (tavola 2), si nota che i prodotti di ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana) vengono distribuiti soprattutto dal canale bancario, con un peso, pari al 44,6% nel 2008, che è aumentato di un punto percentuale rispetto al 2007. La raccolta premi del canale agenti ha registrato, al contrario, una riduzione della quota di mercato (32,3% nel 2008, contro 34,5% nel 2007).

Nel 2008 i promotori finanziari hanno registrato una crescita dei premi delle polizze di ramo III (linked), con un conseguente aumento della quota percentuale di mercato in questo segmento: 16,1% nel 2008, contro 13,5% nel 2007. Tale performance ha eroso la quota di mercato del canale bancario, che scen-

TAVOLA 2
COMPOSIZIONE % DEL MERCATO VITA
PER CANALE DISTRIBUTIVO E RAMO - ANNO 2008

RAMI	AGENTI	BROKER	SPORTELLI BANCARI (*)	PROMOTORI FINANZIARI	VENDITA DIRETTA	TOTALE
SETTORE INDIVIDUALI						
I - Vita umana	33,0	0,2	47,2	8,3	11,3	100,0
III - Fondi di investimento	7,9	0,0	75,0	16,1	1,0	100,0
IV - Malattia	91,3	1,4	3,3	2,3	1,6	100,0
V - Capitalizzazione	35,1	1,2	39,7	0,7	23,3	100,0
VI - Fondi pensione	34,5	0,0	21,2	7,6	36,7	100,0
TOTALE INDIVIDUALI	23,6	0,2	57,1	11,0	8,1	100,0
SETTORE COLLETTIVE						
I - Vita umana	25,8	21,0	19,3	0,3	33,6	100,0
III - Fondi di investimento	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
IV - Malattia	26,6	61,1	3,2	0,0	9,1	100,0
V - Capitalizzazione	26,5	4,6	1,8	0,1	66,9	100,0
VI - Fondi pensione	5,9	0,1	5,5	0,5	88,1	100,0
TOTALE COLLETTIVE	23,1	13,0	11,7	0,3	51,9	100,0
TOTALE SETTORI						
I - Vita umana	32,3	2,2	44,6	7,5	13,4	100,0
III - Fondi di investimento	7,9	0,0	74,8	16,1	1,3	100,0
IV - Malattia	32,2	56,0	3,2	0,2	8,5	100,0
V - Capitalizzazione	30,5	3,1	19,3	0,4	46,8	100,0
VI - Fondi pensione	19,1	0,1	12,8	3,7	64,4	100,0
Piani ind. pens. (**)	38,4	0,1	9,4	43,4	8,7	100,0
TOTALE RAMI VITA	23,6	1,5	52,6	9,9	12,5	100,0

(*) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali

(**) 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



de dal 78,1% nel 2007 al 74,8% nel 2008; è rimasta stabile la quota di mercato degli agenti (intorno all'8%).

Si è ridotta la vendita diretta di prodotti a capitalizzazione (ramo V): il peso percentuale dei premi raccolti direttamente è sceso dal 53,2% nel 2007 al 46,8% nel 2008. È rimasta stabile la quota di mercato del canale bancario (inferiore al 20%), mentre è risultato in crescita il peso del canale agenti che ha superato il 30%.

Per la prima volta dall'introduzione nel mercato vita avvenuta nel 2001 delle polizze pensionistiche complementari individuali (PIP), i promotori finanziari sono stati nel 2008 il principale canale d'intermediazione: per la loro quota di mercato è stata, infatti, pari al 43,4%. Le agenzie, il secondo canale in termini di importanza per la commercializzazione dei PIP, hanno invece registrato un calo della quota di mercato pari a circa 6 punti percentuali, passando dal 44,5% nel 2007 al 38,4% nel 2008.

Si rafforza, inoltre, la raccolta effettuata tramite il canale di vendita diretta di fondi pensione di ramo VI, con una quota di premi che nel 2008 ha raggiunto il 64,4% del totale.

ASSICURAZIONE DANNI

Gli agenti, che costituiscono la principale rete di raccolta premi nel settore danni, hanno registrato nel 2008 un calo dell'1,2%; è il primo anno nell'ultimo quinquennio per il quale si registra una contrazione di questo canale. Nella media degli ultimi cinque anni gli agenti rimangono comunque in lieve espansione (+1,5%) (tavola 3).

TAVOLA 3 - ANALISI DEI CANALI DISTRIBUTIVI NEL PERIODO DI OSSERVAZIONE 2004-2008

RAMI DANNI

CANALI	Premi lordi contabilizzati (valori in milioni di euro)					Quota di mercato %					Media (2004-2008)	Var. % annua					Var. % media (2004-2008)
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008		2004	2005	2006	2007	2008	
Agenti	30.235	30.681	31.315	31.751	31.381	85,3	84,5	84,1	84,3	83,9	84,4	3,7	1,5	2,1	1,4	-1,2	1,5
Broker (*)	2.674	2.796	2.779	2.771	2.854	7,6	7,7	7,5	7,4	7,6	7,6	4,9	4,5	-0,6	-0,3	3,0	2,3
Vendita Diretta	2.113	2.251	2.438	2.427	2.359	6,0	6,2	6,6	6,4	6,3	6,3	3,2	6,5	8,3	-0,4	-2,8	2,9
di cui: internet e																	
vendita telefonica	856	944	994	1.054	1.042	2,4	2,6	2,7	2,8	2,8	2,7	16,2	10,3	5,3	6,1	-1,1	7,2
Sportelli Bancari (**)	360	545	624	677	804	1,0	1,5	1,7	1,8	2,1	1,6	-14,7	51,4	14,5	8,6	18,6	13,8
Promotori Finanziari	29	36	28	29	54	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-1,6	27,2	-22,4	2,7	86,9	13,3
Totale	35.411	36.309	37.184	37.655	37.451	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	3,5	2,5	2,4	1,3	-0,5	1,8

(*) L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2008 in 20 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese

(**) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali



La distribuzione

Dopo le lievi contrazioni registrate negli anni 2006 e 2007, i broker risultano in ripresa nel 2008 (+3,0%); permane stabile la quota di mercato afferente a tale canale che, con circa il 7,6% dei premi raccolti, rimane il canale alternativo agli agenti per la distribuzione dei prodotti relativi ai rami danni. Si evidenzia peraltro che tale valore è fortemente sottostimato, in quanto non tiene conto di una quota importante di premi (stimata in circa 20 punti percentuali) che sono originati da questo canale, ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese. Tenendo conto di tale fenomeno, la raccolta premi del settore danni intermediata dai broker sarebbe nel 2008 pari a 10,3 miliardi di euro (2,8 miliardi nelle statistiche ufficiali) con un'incidenza sulla raccolta totale danni del 27,5% (7,6% nelle statistiche ufficiali); conseguentemente, sarebbe inferiore la raccolta premi degli agenti che risulterebbe pari a 24 miliardi di euro (anziché 31,4 miliardi risultanti dalle statistiche ufficiali) e la relativa incidenza degli agenti sul totale danni sarebbe del 63,8% (anziché 83,9% nelle statistiche ufficiali). La stima della quota di premi afferente al canale dei broker viene effettuata dall'ANIA ricorrendo sia ad alcuni dati disponibili presso l'Associazione Italiana Brokers di Assicurazione e Riassicurazione (AIBA) sia utilizzando informazioni aggiuntive raccolte presso i primari broker italiani. Anche l'AIBA non dispone di dati ufficiali circa il volume di premi gestito dai broker ma ne ottiene una stima sulla base dei versamenti effettuati da questi intermediari che obbligatoriamente

TAVOLA 4
COMPOSIZIONE % DEL MERCATO DANNI
PER CANALE DISTRIBUTIVO E RAMO - ANNO 2008

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	90,7	2,2	1,2	-	1,2	2,9	1,9	-	100,0
Corpi di veicoli terrestri	87,0	4,8	1,5	-	2,7	2,3	1,6	-	100,0
Totale Auto	90,1	2,6	1,3	-	1,4	2,8	1,8	-	100,0
Infortunati	82,9	7,3	3,2	0,8	4,2	0,6	0,5	0,6	100,0
Malattia	60,1	19,0	6,1	0,9	11,4	0,1	0,1	2,3	100,0
Corpi di veicoli ferroviari	46,9	9,4	-	-	43,7	-	-	-	100,0
Corpi di veicoli aerei	46,9	41,9	-	0,1	11,1	-	-	-	100,0
Corpi di veicoli marittimi	20,6	75,1	0,1	-	4,1	-	-	0,1	100,0
Merci trasportate	45,6	47,2	-	-	5,8	0,1	0,1	1,2	100,0
Incendio ed elementi nat.	79,0	11,7	4,9	0,1	4,2	-	0,1	-	100,0
Altri danni ai beni	79,4	14,9	1,5	0,1	3,9	-	0,1	0,2	100,0
R.C. Aeromobili	36,9	45,3	-	-	17,8	-	-	-	100,0
R.C. Veicoli marittimi	91,0	5,5	0,2	-	2,1	0,5	0,7	-	100,0
R.C. Generale	83,0	11,4	0,9	0,1	4,6	-	-	0,1	100,0
Credito	75,7	16,2	0,8	-	7,3	-	-	-	100,0
Cauzione	82,2	11,8	0,4	-	5,5	-	-	0,1	100,0
Perdite pecuniarie	62,1	10,7	15,3	-	4,5	0,2	0,3	6,9	100,0
Tutela legale	88,1	4,6	2,1	-	1,4	2,4	1,1	0,3	100,0
Assistenza	81,2	4,1	3,0	0,3	2,6	3,4	2,2	3,2	100,0
Totale Non Auto	75,9	13,9	3,2	0,3	5,3	0,3	0,2	0,8	100,0
Totale rami danni	83,9	7,6	2,1	0,1	3,1	1,7	1,1	0,4	100,0

(*) L'incidenza dei broker nei vari anni non tiene conto di una quota di premi (stimata nel 2008 in 20 punti percentuali) originati da questo canale ma presentati alle agenzie e non direttamente alle imprese

(**) Il dato di questo canale tiene conto anche dei premi intermediati dagli sportelli postali



te si devono iscrivere a un particolare Fondo di Garanzia a cui aggiunge una quota di premi derivanti da fees di brokeraggio (e che non sono assoggettati al contributo obbligatorio). La stima dei premi gestiti dai broker ed effettuata da AIBA risulta peraltro di molto superiore a quella dell'ANIA (pari per il totale settore danni a quasi 20 miliardi di euro) per effetto, essenzialmente, di una diversa valorizzazione dei premi derivanti dai fees rispetto alla stima dell'ANIA.

Dopo anni di forte espansione, per il secondo anno consecutivo, la vendita diretta registra una contrazione della raccolta premi (-2,8%); oltre al calo osservato nelle agenzie in economia, su tale risultato incide la contrazione del canale internet e telefonico che ha registrato nel 2008 una diminuzione dell'1,1%. Negli ultimi cinque anni, comunque, il canale diretto ha registrato mediamente una variazione positiva di quasi il 3,0%, con una quota di mercato che è rimasta superiore al 6,0%.

Anche nel 2008 è in forte crescita il volume premi raccolto tramite le banche; la quota di mercato di questo canale raddoppia rispetto al 2004, passando dall'1,0% al 2,1%. Rimane invariata e molto modesta l'incidenza dei promotori finanziari che, anche nel 2008, è stata pari allo 0,1%.

Con una quota premi superiore al 90% il canale agenti rimane, nel settore auto (r.c. auto e corpi veicoli terrestri), il principale canale di distribuzione. Guadagnano leggermente, in termini di quota premi, i broker (2,6%), mentre rimane stabile la vendita diretta (4,6%).

Negli altri rami danni è preponderante la raccolta premi effettuata tramite gli agenti, con l'eccezione dei rami corpi veicoli marittimi, merci trasportate e r.c. aeromobili dove prevale il peso di broker. Peraltro, la stima effettuata dall'ANIA circa la quota realistica dei premi raccolti dai broker evidenzerebbe per i principali rami di attività una situazione differente; in particolare tale analisi dimostrerebbe come i premi gestiti dai broker inciderebbero in Italia tra il 55% e il 70% per la r.c. generale, il settore property e il ramo credito-cauzione e arriverebbe a quasi l'80% per il settore trasporti.

REGISTRO UNICO DEGLI INTERMEDIARI – UN'ANALISI DEL CANALE AGENZIALE

Il **Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI)** contiene i dati dei soggetti che svolgono l'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa sul territorio italiano, residenti o con sede legale in Italia.

Il Registro è stato istituito dal d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle Assicurazioni), in attuazione della Direttiva 2002/92/CE sull'intermediazione assicurativa ed è disciplinato dal Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006.



In base a tale normativa, l'esercizio dell'attività di intermediazione è riservato ai soli iscritti nel Registro, suddiviso in 5 sezioni; alla fine del mese di aprile 2009 risultavano iscritti:

- **sezione A** (agenti): persone fisiche **28.050**; società **9.822**;
- **sezione B** (broker): persone fisiche **2.906**; società **1.074**;
- **sezione C** (produttori diretti di imprese di assicurazione): **14.950**;
- **sezione D** (banche, intermediari finanziari ex art. 107 del Testo Unico Bancario, Sim e Poste italiane-Divisione servizi di bancoposta): **756**;
- **sezione E** (collaboratori degli intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D che operano al di fuori dei locali di tali intermediari): persone fisiche **170.525**; società **11.997**.

Si rammenta che non è consentita la contemporanea iscrizione dello stesso intermediario in più sezioni del Registro, con l'eccezione degli intermediari iscritti nelle sezioni A ed E per i soli incarichi di distribuzione relativi al ramo r.c. auto.

Il RUI contiene altresì un ulteriore elenco concernente le informazioni relative agli intermediari – persone fisiche e società – con residenza o sede legale in altri Stati della UE o appartenenti allo Spazio Economico Europeo ammessi a svolgere l'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa sul territorio italiano in regime di stabilimento o di libera prestazione di servizi.

In tale apposita sezione sono attualmente iscritti **6.781** intermediari comunitari di cui:

- **6.734** operanti in regime di libera prestazione di servizi;
- **47** operanti in regime di stabilimento.

Tra i paesi maggiormente rappresentati si segnalano:

- Repubblica Ceca con **2.211** iscritti;
- Austria con **2.001** iscritti;
- Regno Unito con **1.156** iscritti;
- Lussemburgo con **655** iscritti.

Al fine di analizzare la distribuzione territoriale del canale agenziale sono stati utilizzati i dati della sezione A del RUI (ossia la sezione degli agenti). Nella tavola sono riportati, oltre al numero degli agenti e delle società rilevati alla fine del mese di aprile 2009, i dati relativi al numero medio di abitanti e alla superficie media per regione utilizzando i dati ISTAT relativi al 1° gennaio 2008. I dati comprendono anche i c.d. agenti non operativi.

In Italia il numero medio di abitanti per agente è pari a 2.125, mentre si trova un agente ogni 11 Km². Il numero medio di agenti presenti in una compagine societaria è pari circa a tre unità, con valori piuttosto simili tra le diverse regioni italiane.



Regione	Agenti (Sezione A del RUI)				
	Persone Fisiche	Società	Numero medio agenti per società	Numero abitanti per agente	Superficie media (km ²) per agente
Emilia Romagna	2.076	789	2,6	2.060	11
Friuli Venezia Giulia	623	232	2,7	1.962	13
Liguria	983	347	2,8	1.638	6
Lombardia	5.018	1.881	2,7	1.922	5
Piemonte	2.474	867	2,9	1.779	10
Trentino Alto Adige	553	194	2,9	1.821	25
Valle D'Aosta	71	21	3,4	1.774	46
Veneto	2.486	897	2,8	1.944	7
NORD	14.284	5.228	2,7	1.898	8
Abruzzo	712	233	3,1	1.860	15
Lazio	2.953	1.073	2,8	1.883	6
Marche	816	300	2,7	1.903	12
Toscana	2.134	750	2,8	1.723	11
Umbria	482	181	2,7	1.835	18
CENTRO	7.097	2.537	2,8	1.832	10
Basilicata	250	75	3,3	2.364	40
Calabria	780	216	3,6	2.574	19
Campania	1.560	523	3,0	3.725	9
Molise	165	48	3,4	1.944	27
Puglia	1.407	426	3,3	2.897	14
Sardegna	749	229	3,3	2.224	32
Sicilia	1.758	540	3,3	2.861	15
SUD E ISOLE	6.669	2.057	3,2	2.924	17
ITALIA	28.050	9.822	2,9	2.125	11

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE
DELLA SEZIONE A DEL RUI – AGENTI

Fonte: Elaborazioni ANIA su dati ISVAP

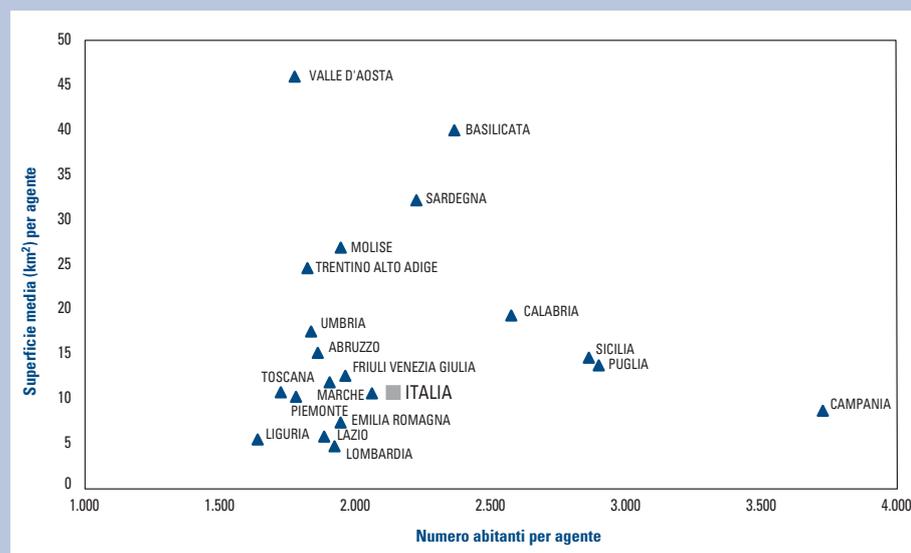


FIGURA 1
DISTRIBUZIONE ABITANTI PER AGENTE
E SUPERFICIE TERRITORIALE - ANNO 2008

Fonte: Elaborazioni ANIA su dati ISVAP



La distribuzione

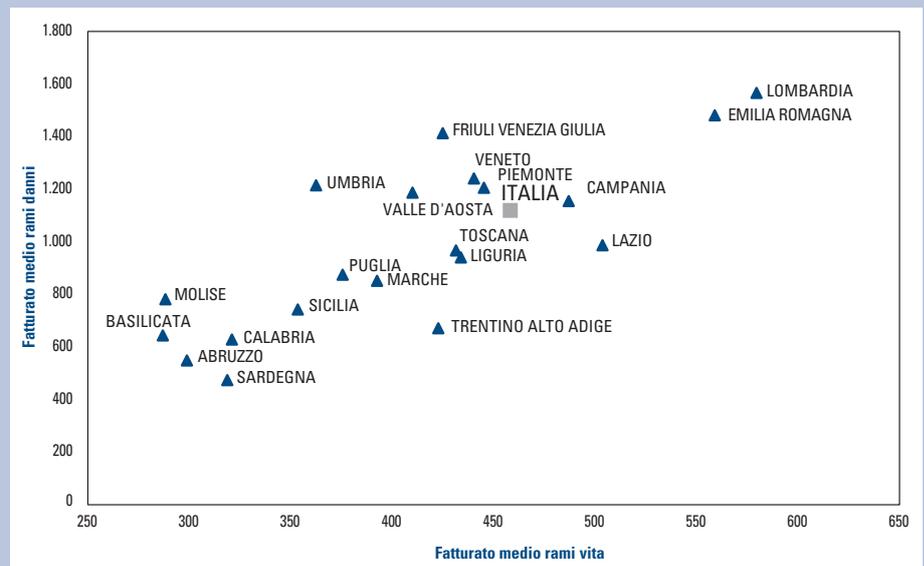
Le regioni dove la diffusione degli agenti è più ampia in rapporto alla popolazione sono la Liguria (con un agente ogni 1.638 abitanti), la Toscana (1 ogni 1.723 abitanti) e il Piemonte (1 ogni 1.779 abitanti).

La minore diffusione della rete agenziale in termini di abitanti si ha in Campania, dove vi è un agente ogni 3.725 abitanti. Tuttavia, va notato che nella regione si trova un agente ogni 9 Km², valore inferiore alla media nazionale. Altre regioni del Sud mostrano un numero medio di abitanti per agente superiore alla media nazionale: la Puglia (1 ogni 2.897 abitanti), la Sicilia (1 ogni 2.861 abitanti) e la Calabria (1 ogni 2.574 abitanti).

La regione con più agenti per dimensione dell'area territoriale è la Lombardia, con un agente ogni 5 Km². Seguono Liguria e Lazio (un agente ogni 6 Km²) e il Veneto (1 ogni 7 Km²). Al contrario, nella Valle d'Aosta, anche a causa della particolare collocazione e natura geografica, è presente un agente ogni 46 Km², mentre in Basilicata vi è un agente ogni 40 Km² e in Sardegna ogni 32 Km².

La figura 2 riporta la stima della distribuzione territoriale del fatturato medio per agente, considerando separatamente il settore danni da quello vita. Per ottenere questa stima è stata ipotizzata che la quota di raccolta del canale agenziale sul totale dei premi sia uniforme a livello regionale. Questa ipotesi è, ovviamente, irrilevante per il dato nazionale, ma potrebbe inficiare il confronto territoriale, soprattutto nel settore vita, dato che l'elevata incidenza della raccolta effettuata tramite le banche potrebbe non essere distribuita in modo uniforme tra le regioni.

FIGURA 2
FATTURATO MEDIO PER AGENTE
RAMI DANNI E VITA - ANNO 2008
Valori in migliaia di euro



Fonte: Elaborazioni ANIA su dati ISVAP



Occorre poi tenere presente che le stime possono essere imprecise, in quanto i valori medi riportati nella figura considerano:

- anche gli agenti non operativi. Ciò determina una sottostima del fatturato medio per agente;
- nel settore danni, gli affari contabilizzati dagli agenti ma che sono collocati o originati da broker. Ciò determina una sovrastima del fatturato medio per agente.

In Italia il fatturato medio realizzato da ciascun agente è pari a 1,6 milioni di euro (1,1 milioni nel settore danni e 0,5 milioni nel settore vita).

Le due regioni che presentano un fatturato medio più elevato sono la Lombardia (2,1 milioni di euro) e l'Emilia Romagna (2,0 milioni). L'unica regione del Sud che presenta un fatturato medio superiore alla media nazionale è la Campania, dove il fatturato medio per agente è pari a 1,7 milioni di euro (1,2 milioni nel settore danni e 0,5 milioni in quello vita).

La maggior parte delle regioni del Centro-Sud e delle Isole, presenta un fatturato medio al di sotto della media nazionale; in particolare la Sardegna e l'Abruzzo (0,8 milioni di euro), la Basilicata e la Calabria (0,9 milioni di euro), il Molise e la Sicilia (1,1 milioni di euro).

La Liguria e il Trentino Alto Adige sono viceversa le uniche regioni del Nord con valori inferiori alla media nazionale sia nel settore danni che in quello vita (rispettivamente, pari a 1,4 e 1,1 milioni di euro).

SCHEMA DI PROVVEDIMENTO RECANTE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI AL REGOLAMENTO N. 5/2006 CONCERNENTE LA DISCIPLINA DELL'ATTIVITÀ DI INTERMEDIAZIONE ASSICURATIVA E RIASSICURATIVA

Il 17 dicembre 2008 l'ISVAP ha pubblicato in consultazione il documento n. 29/2008 recante le modifiche e le integrazioni al Regolamento n. 5/2006 sull'intermediazione assicurativa.

L'intervento dell'Istituto di Vigilanza è riconducibile a un processo di costante verifica, da effettuarsi almeno ogni tre anni, circa l'attualità delle disposizioni emanate rispetto al mutamento delle condizioni di mercato e di operatività dei destinatari, nonché delle esigenze di protezione dei beneficiari finali delle disposizioni regolamentari.



Il Provvedimento, che si compone di 30 articoli, più 12 gruppi di allegati, concernenti, tra l'altro, i modelli unici per l'iscrizione, la cancellazione e la reinscrizione in ciascuna delle sezioni del registro, introduce alcune semplificazioni operative rispetto alle disposizioni recate dal regolamento sull'intermediazione assicurativa del 2006.

Tra le novità di maggior rilievo si segnalano.

- La semplificazione della procedura relativa all'esame di idoneità, che prevede l'effettuazione della sola prova scritta per gli intermediari che, alla data di pubblicazione del relativo bando, risultino iscritti nelle sezioni C ed E da almeno due anni.
- L'adeguamento dei massimali minimi di copertura della polizza r.c. professionale (1.120.200 euro per sinistro e 1.680.300 euro per anno) per gli intermediari iscritti nelle sezioni A e B.
- L'agevolazione dell'iter d'iscrizione degli intermediari che, già registrati nella sezione E, cessino di svolgere l'attività per conto di un intermediario principale per iniziare un nuovo rapporto di collaborazione con altro soggetto. A tal fine, è stata prevista la compilazione di un nuovo e unico modello che permette di accorpare la domanda di cancellazione, compilata dal primo intermediario, con quella di iscrizione a cura del nuovo intermediario principale per il quale verrà svolta l'attività.
L'unificazione delle domande in un unico modello dovrebbe comportare una semplificazione delle procedure con relativo contenimento dei termini istruttori.
Inoltre, nello stesso modello è stata data possibilità al soggetto iscritto in sezione E di comunicare direttamente all'ISVAP la risoluzione del rapporto di collaborazione nel caso in cui l'intermediario principale non vi abbia ottemperato.
- L'introduzione di specifiche disposizioni in merito alla cancellazione dei soggetti iscritti nelle sezioni C ed E, che prevedono che nel registro non compaiano più i riferimenti del soggetto sottoposto a procedimento disciplinare o ad accertamenti istruttori, a condizione che l'intermediario principale o l'impresa abbiano presentato nei suoi confronti apposita domanda di cancellazione, sempreché lo stesso non svolga contemporaneamente l'attività di intermediazione assicurativa per conto di più intermediari.
- L'apposizione di un termine (10 giorni lavorativi) entro il quale l'impresa o l'intermediario principale – rispettivamente per i soggetti di cui alle sezioni C ed E – debbono presentare all'ISVAP apposita domanda di cancellazione, pena l'adozione, in caso di inosservanza, di una sanzione amministrativa sia di natura pecuniaria sia disciplinare.
- Tra i requisiti richiesti per ottenere la reinscrizione nel registro, è stato inserito quello concernente l'effettuazione di corsi di aggiornamento professionale nei due anni antecedenti alla proposizione della relativa domanda.



- Con riferimento agli obblighi di comunicazione all'ISVAP da parte degli intermediari, sono state escluse le informazioni relative ai luoghi di conservazione della documentazione.

Il termine, per fornire le comunicazioni concernenti le variazioni delle dichiarazioni rese in sede di iscrizione al registro, è stato portato da 10 a 20 giorni. Rimane, viceversa, invariato il termine di 5 giorni per comunicare la perdita di taluno dei requisiti previsti per l'iscrizione o per comunicare l'inizio del periodo di inoperatività.

- L'adempimento dell'obbligo di aggiornamento professionale è stato trasformato da annuale in biennale, con la precisazione che il primo obbligo di aggiornamento deve essere ottemperato entro il 31 dicembre del secondo anno successivo a quello di iscrizione o, per gli addetti all'interno dei locali, di inizio di attività.

Per tali soggetti sono state previste, inoltre, particolari situazioni personali o di salute che non consentano di adempiere a tale obbligo nei termini previsti.

- È stato inserito un nuovo articolo che disciplina, in caso di scioglimento dell'incarico agenziale a seguito del verificarsi di circostanze eccezionali e non preventivabili da parte dell'impresa (quali ad esempio decesso dell'intermediario o recesso per giusta causa da parte dell'impresa o recesso da parte dell'intermediario), le condizioni e le modalità di esercizio dell'attività nell'attesa del conferimento di un nuovo incarico ad altro intermediario.

In particolare, all'impresa è consentito di assumere temporaneamente la gestione diretta dell'attività di intermediazione assicurativa attraverso la preposizione di un proprio dipendente in qualità di istitutore. Di tale circostanza, l'impresa deve rendere edotto l'Istituto entro il termine di 5 giorni dalla risoluzione del rapporto agenziale.

La gestione diretta dell'attività dovrà avere una durata massima di 60 giorni decorrenti dalla data di risoluzione dell'incarico agenziale; in tale periodo, l'impresa dovrà assumersi la piena responsabilità per l'operato dei soggetti iscritti nella sezione E del registro di cui continua ad avvalersi, nonché degli addetti operanti all'interno dei locali.

Entro la durata massima di 60 giorni, l'impresa dovrà affidare l'incarico di intermediazione a un nuovo soggetto, il quale a sua volta dovrà provvedere a richiedere l'iscrizione nel registro di tutti quei soggetti di cui intenda avvalersi per lo svolgimento dell'attività di intermediazione al di fuori dei propri locali.

Nel caso in cui l'impresa non comunichi all'ISVAP, nei 15 giorni successivi alla scadenza del periodo di durata della gestione diretta, l'avvenuta sostituzione dell'intermediario principale, l'Istituto provvederà alla cancellazione d'ufficio dalla sezione E del registro di tutti i collaboratori che non abbiano in corso rapporti con altri intermediari.

- Il limite per l'incasso dei premi in contanti per i contratti di assicurazione contro i danni è stato portato a 750 euro.



- Sono state apportate delle modifiche in merito all’informativa precontrattuale, e in particolare, alla consegna dei modelli 7A e 7B.
Con riferimento al primo dei due modelli, la nuova disposizione prevede che lo stesso debba essere consegnato prima della sottoscrizione del contratto o della proposta, anziché al momento del primo contatto con il cliente. Per il modello 7B, è stato previsto che in caso di modifiche di rilievo o di rinnovo del contratto, l’obbligo di una successiva consegna sia limitato all’ipotesi in cui i dati relativi all’intermediario e alla sua attività siano variati rispetto a quelli già resi noti al momento della sottoscrizione della proposta o del contratto.
- In materia di obblighi di separazione patrimoniale, si è ritenuto di elevare da 5 a 10 giorni i termini per procedere al versamento dei premi nel conto separato.
È stata altresì prevista la possibilità di effettuare il versamento di detti premi al netto delle provvigioni di spettanza dell’intermediario, laddove tale prassi sia consentita dal rapporto contrattuale in essere con l’impresa.
- È stata introdotta una nuova disposizione relativa alla fideiussione bancaria che, esentando gli intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D dagli obblighi in tema di separazione patrimoniale, consente a questi ultimi, in alternativa al conto separato e senza necessità di una preventiva autorizzazione da parte delle imprese, di stipulare una fideiussione avente le seguenti caratteristiche: capacità finanziaria permanente pari al 4% dei premi incassati al netto degli oneri fiscali, al 31 dicembre dell’anno precedente a quello della sua stipulazione, con un minimo di 15.000 euro.
- Per i contratti in forma collettiva, è stata introdotta una disciplina che prevede un regime semplificato per alcune tipologie di polizze danni prestate in occasione di determinati eventi (culturali, sportivi, ecc.), caratterizzati da una limitazione della durata della copertura assicurativa, strettamente connessa con il periodo temporale di svolgimento dell’evento.
Per tali contratti, la consegna della documentazione precontrattuale e contrattuale è limitata alla sola persona del contraente.
In aggiunta, il contraente riceverà dall’intermediario un documento sintetico da consegnare all’assicurato che, predisposto dall’impresa, recherà le seguenti informazioni: sussistenza della copertura assicurativa, modalità per l’attivazione della stessa e per il reperimento da parte degli interessati della integrale documentazione precontrattuale e contrattuale.

Si segnala infine che l’ISVAP ha pubblicato il Provvedimento n. 2664 del 17 dicembre 2008 recante alcune modifiche all’art. 37 – Adempimenti annuali – del Regolamento n. 5/2006.

Il Provvedimento ha soppresso la previsione recata dal 4° comma dell’articolo 37, che obbligava gli intermediari iscritti alle sezioni A e B del registro a comunicare annualmente all’Istituto di vigilanza l’efficacia della relativa copertura di r.c. professionale.



LA FONDAZIONE ANIA PER LA SICUREZZA STRADALE

L'ITALIA RISPETTO ALL'OBIETTIVO 2010

Secondo i dati dell'ISTAT, nel 2007 gli incidenti stradali sono stati 230.871 e hanno causato 5.131 morti e 325.850 feriti (tavola 1).

Il numero delle vittime è il più basso dal 1996. In particolare, dopo un aumento registrato tra il 1996 e il 2001, il numero delle vittime mostra una tendenza alla riduzione dal 2002. La contrazione è particolarmente significativa nel 2007 (-9,5%).

ANNI	Morti		Feriti	
	N.	Var. % su anno precedente	N.	Var. % su anno precedente
1996	6.193		272.115	
1997	6.226	0,53	270.962	-0,42
1998	6.342	1,86	293.802	8,43
1999	6.688	5,46	316.698	7,79
2000	7.061	5,58	360.013	13,68
2001	7.096	0,50	373.286	3,69
2002	6.980	-1,63	378.492	1,39
2003	6.563	-5,97	356.475	-5,82
2004	6.122	-6,72	343.179	-3,73
2005	5.818	-4,97	334.858	-2,42
2006	5.669	-2,56	332.955	-0,57
2007	5.131	-9,49	325.850	-2,13

TAVOLA 1
MORTI E FERITI A SEGUITO DI INCIDENTE STRADALE IN
ITALIA DAL 1996 AL 2007

Fonte: ISTAT

Va comunque precisato che l'informazione statistica sull'incidentalità è raccolta dall'ISTAT mediante una rilevazione degli incidenti stradali verificatisi sull'intero territorio nazionale che hanno causato lesioni alle persone (morti o feriti). La rilevazione avviene tramite la compilazione di un modello ISTAT da parte dall'autorità che è intervenuta sul luogo (Polizia Stradale, Carabinieri, Polizia Provinciale, Polizia Municipale). In particolare sono rilevati tutti gli incidenti stradali verificatisi nelle vie o piazze aperte alla circolazione, nei quali risultano coinvolti veicoli (o animali) fermi o in movimento e dai quali siano derivate lesioni a persone. Sono esclusi, pertanto, dalla rilevazione i sinistri da cui non sono derivate lesioni alle persone, quelli per i quali non è stato richiesto l'intervento della Forza dell'Ordine, quelli che non si sono verificati nelle aree pubbliche di circolazione, cioè, in aree come cortili, stazioni di servizio, depositi di mezzi di trasporto, strade ferrate riservate esclusivamente per il trasporto tranviario o ferroviario, e i sinistri in cui non risultano coinvolti veicoli (o animali).



La Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale e il Forum ANIA-Consumatori

TAVOLA 2
MORTI IN INCIDENTI STRADALI NEI PAESI DELLA UE

PAESI	Valori assoluti			Variazioni percentuali	
	2000	2006	2007	2007/2000	2007/2006
Austria	976	730	691	-29,2	-5,3
Belgio	1.470	1.069	1.067	-27,4	-0,2
Bulgaria	1.012	1.043	1.006	-0,6	-3,5
Cipro	111	86	89	-19,8	3,5
Danimarca	498	306	406	-18,5	32,7
Estonia	204	204	196	-3,9	-3,9
Finlandia	396	336	380	-4	13,1
Francia	8.079	4.709	4.620	-42,8	-1,9
Germania	7.503	5.091	4.949	-34	-2,8
Grecia	2.037	1.657	1.580	-22,4	-4,6
Irlanda	418	365	338	-19,1	-7,4
Italia	7.061	5.669	5.131	-27,3	-9,5
Lettonia	635	407	419	-34	2,9
Lituania	641	759	739	15,3	-2,6
Lussemburgo	76	36	43	-43,4	19,4
Malta	15	11	12	-20	9,1
Olanda	1.082	730	709	-34,5	-2,9
Polonia	6.294	5.243	5.583	-11,3	6,5
Portogallo	1.877	969	974	-48,1	0,5
Regno Unito	3.580	3.298	3.058	-14,6	-7,3
Repubblica Ceca	1.486	1.063	1.221	-17,8	14,9
Repubblica Slovacca	628	579	627	-0,2	8,3
Romania	2.499	2.478	2.794	11,8	12,8
Slovenia	313	262	292	-6,7	11,5
Spagna	5.777	4.104	3.823	-33,8	-6,8
Svezia	591	445	471	-20,3	5,8
Ungheria	1.200	1.303	1.232	2,7	-5,4
Totale	56.459	42.952	42.450	-24,8	-1,2

Fonte: CARE (EU Road accidents database), Commissione europea, Direzione Generale Energia e Trasporti

La qualità del dato statistico prodotto è comunque fortemente legata al livello di collaborazione dei rispondenti.

Ciò appare evidente quando si confronta – per il 2007 – il numero totale di incidenti di fonte pubblica (230.871) con quelli denunciati alle compagnie di assicurazione (3.685.452). I primi costituiscono poco più del 6% del totale dei sinistri che le imprese di assicurazione sono chiamate a risarcire in media ogni anno. Se si confronta poi il numero delle persone ferite, a fronte dei 325.850 rilevati dall'ISTAT ne risultano oltre 900.000 indennizzate dalle imprese di assicurazione.

In valore assoluto, il nostro Paese (tavola 2) registra ancora il più elevato numero di morti per incidente stradale tra i paesi della UE15 (182 morti in più rispetto alla Germania, 511 rispetto alla Francia, 2.075 rispetto al Regno



La Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale e il Forum ANIA-Consumatori

Unito). In rapporto al numero degli abitanti, l'Italia si colloca all'11° posto nella graduatoria dei paesi della UE15, con 8,7 morti ogni 100.000 abitanti, a fronte di una media della UE15 di 7,2.

Se analizziamo questi dati, alla luce dell'obiettivo della Commissione europea di dimezzare le vittime tra il 2000 e il 2010, osserviamo che la riduzione è stata in Italia pari al 27%, come in Belgio, ma inferiore a quella registrata in Portogallo (-48%), in Francia e in Lussemburgo (-43%), in Spagna e in Germania (-34%) e in Austria (-29%).

Al fine di raggiungere l'obiettivo, nei prossimi tre anni la riduzione del numero delle vittime in Italia dovrebbe essere pari all'11,7% all'anno. Un ritmo di riduzione assai superiore a quello finora osservato (-4,5% all'anno).

IL COSTO SOCIALE DEGLI INCIDENTI STRADALI

Un incidente stradale, oltre al dramma umano, causa pesanti conseguenze economiche che gravano sui cittadini e sulla collettività. Secondo l'ACI, così come riportato dal rapporto annuale dell'ISTAT sugli incidenti stradali, è possibile stimare che il costo sociale degli incidenti stradali è stato pari nel 2007 a 30,4 miliardi di euro, ossia circa il 2% del PIL, una quota sensibilmente più elevata rispetto alla media europea.

CAPITOLI DI SPESA	Valori assoluti
Mancata produzione presente e futura:	10.327
– delle persone decedute	4.243
– degli infortunati:	6.084
– di cui per inabilità permanente	3.735
– di cui per inabilità temporanea	2.349
Valutazioni delle voci di danno alla persona:	4.639
– danno morale ai superstiti delle persone decedute	2.798
– danno biologico:	1.841
– di cui per invalidità gravi	891
– di cui per invalidità lievi	950
Costi sanitari e assimilabili	653
Totale	15.619

TAVOLA 1
I COSTI UMANI DEGLI INCIDENTI STRADALI
ANNO 2007
Valori in milioni di euro

La stima comprende categorie di costo tra loro molto diverse: la mancata produzione presente e futura delle vittime degli incidenti (10,3 miliardi di euro), i costi subiti dalle vittime degli incidenti per danno morale e biologico (4,6 miliardi di euro) e i costi sanitari (0,7 miliardi di euro). Nel complesso i costi connessi con i danni alle persone sono pari a 15,6 miliardi di euro (tavola 1).



TAVOLA 2
I COSTI MATERIALI DEGLI INCIDENTI STRADALI*
ANNO 2007
Valori in milioni di euro

CAPITOLI DI SPESA	Valori assoluti
Danni materiali	9.514
Costi Amministrativi	5.146
– spese di gestione per assicurazione r.c. auto	3.344
– spese per rilievo incidenti stradali, di cui:	1.802
– Polizia Stradale	580
– Carabinieri	580
– Polizia Municipale	564
– Vigili del Fuoco	80
Costi giudiziari	105
Totale	14.767

(* In questa categoria sono compresi anche gli incidenti con soli danni a cose)

Fonte: ACI-ISTAT, 2008

Tra i costi materiali (tavola 2), che nel complesso sono stimati in 14,8 miliardi di euro, sono inclusi il costo dei danni materiali provocati dagli incidenti (9,5 miliardi di euro); i costi amministrativi di gestione delle imprese di assicurazione (3,3 miliardi di euro) e di intervento delle Forze dell'Ordine (1,8 miliardi di euro), i costi giudiziari (0,1 miliardi di euro).

Una più ampia ed efficace azione di controllo potrebbe ridurre i costi sociali degli incidenti. Le Forze dell'Ordine stanno facendo molto in questo senso: nell'ultimo anno il numero degli interventi sono stati pari a 1,4 milioni, in aumento rispetto all'anno precedente.

Occorre però destinare più risorse a quest'azione. A fronte di un investimento in prevenzione e controllo si potrebbe ottenere una forte riduzione dei costi sociali, con potenziali effetti benefici anche per il bilancio dello Stato.

I VEICOLI A DUE RUOTE

Gli spostamenti in area urbana su motociclo e, in misura minore, quelli su ciclomotore sono relativamente più pericolosi di quelli in automobile e su mezzo pubblico. A parità di volume di spostamento, il numero delle vittime sulle due ruote è circa 6 volte più elevato rispetto a quello di chi usa l'auto e 180 volte rispetto a quello di chi usa il mezzo pubblico.

Se si tiene conto della forte crescita del numero dei veicoli a due ruote, anche in ragione dell'aumento del traffico cittadino, si comprende l'importanza di un'adeguata azione di prevenzione e di conoscenza del fenomeno.

I rischi per il motociclista, derivanti dal traffico o dall'ambiente circostante, rientrano, nel 90% dei casi, nella sua sfera visiva prima dell'incidente. La maggior parte degli incidenti sono causati da auto che non danno la precedenza alle moto (46%), o da auto che fanno svolte a sinistra (26%), conversioni a 'U' (9%). La responsabilità primaria dell'incidente è suddivisa tra condu-



La Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale e il Forum ANIA-Consumatori

TAVOLA 1 - NUMERO DI MORTI IN INCIDENTI CON MOTOCICLI E CICLOMOTORI PER PAESE (1995-2004)

PAESE											Var. %
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2004/1995
Austria	152	131	169	120	151	156	144	135	156	142	-6,6
Belgio	187	174	193	199	198		210	226	169	153	-18,2
Danimarca	63	49	46	60	67	71	55	62	68	69	9,5
Finlandia	33	33	24	25	21	19	23	29	35	36	9,1
Francia	1.164	1.170	1.250	1.279	1.281	1.227	1.356	1.298	1.126	1.205	3,5
Grecia	628	541	506	569	561	496	503	396	363	434	-30,9
Irlanda	57	58	68	37	43	40	50	44	55	55	-3,5
Italia	1.187	1.192	1.221	1.191	1.180	1.279	1.315	1.289	1.441	1.458	22,8
Paesi Bassi	208	198	180	165	182	196	154	191	189	189	-9,1
Portogallo	793	733	680	556	506	437	413	369	370	302	-61,9
Regno Unito	454	447	525	509	556	612	594	628	715	607	33,7
Spagna	865	844	899	928	902	866	831	784	758	760	-12,1
Svezia	41	54	49	52	48	49	47	49	56	74	80,5
UE14	5.835	5.630	5.814	5.697	5.701	5.640	5.701	5.500	5.501	5.484	-6,0
Var. %	-	-3,5	3,3	-2,0	0,1	-1,1	1,1	-3,5	0,0	-0,3	

Fonte: Commissione europea (database CARE)

cento dell'altro veicolo (50%) e conducente del veicolo a due ruote (37%). Il restante 13% è attribuibile a infrastrutture o a malfunzionamento del mezzo.

L'Italia ha il maggior numero di mezzi a due ruote a motore in circolazione, seguita da Germania, Spagna, Francia e Grecia; è anche la nazione con il maggior numero di vittime, seguita da Francia e Spagna.

Nel 2004 secondo i dati della Commissione europea (tavola 1) sono state 1.458 le vittime sulle due ruote in Italia, il 22,8% in più rispetto al 1995, a fronte di una riduzione del 6% della media europea. Per ogni milione di abitanti, il numero delle vittime italiane è salito da 20,9 a 25,2, mentre è sceso nella media europea da 20,1 a 17,0 (figura 1).

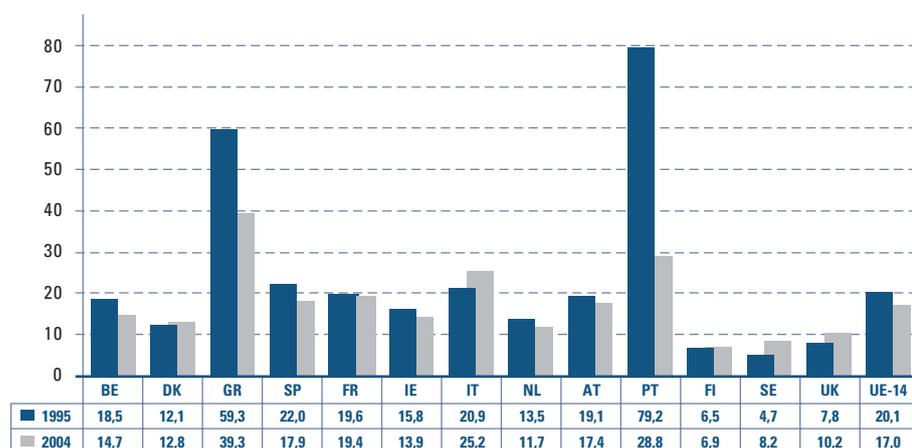


FIGURA 1
TASSO DI MORTALITÀ* IN UE14

(*) Morti sulle 2 ruote per un milione di abitanti

Fonte: Commissione europea (Database CARE)



La Fondazione ANIA ritiene che un'azione sulla formazione teorica e pratica possa ridurre la crescente incidentalità riscontrata su questo tipo di veicoli. Dall'analisi degli andamenti dei diversi Paesi europei si evince, in generale, come sia importante, al fine di innalzare il livello di sicurezza sulle strade, l'obbligo dell'esame pratico e teorico per conseguire l'attestato "Patentino di guida" dei motocicli e ciclomotori da parte dei giovani. Esiste infatti un significativo legame tra l'utilizzo dell'esame teorico e, soprattutto, pratico per il conseguimento del patentino e l'incremento del livello di sicurezza sulle due ruote.

Attualmente in Italia è previsto il solo esame teorico per il conseguimento del patentino. In questo ambito la Fondazione ANIA si è rivolta agli adolescenti con il progetto "*Patentino online*" realizzando una piattaforma di e-learning per la preparazione all'esame per il conseguimento del patentino, obbligatorio in Italia, a partire dai quattordici anni, per poter guidare un ciclomotore. Tale piattaforma è stata messa, gratuitamente, a disposizione di tutte le scuole d'Italia.

La Fondazione ANIA ha inoltre avviato il progetto "*ANIA Campus*", ossia un'area attrezzata itinerante per prove di guida sicura sulle due ruote riservate ai ragazzi delle scuole medie superiori. In questo modo, si vogliono sensibilizzare le Istituzioni affinché percepiscano l'importanza di introdurre, in Italia, l'obbligatorietà della prova pratica, oltre a quella teorica, per il conseguimento del patentino.

Inoltre, la Fondazione ANIA sostiene la necessità di introdurre una serie di norme che da un lato, migliorino la preparazione alla guida dei giovani motociclisti, e dall'altro, impediscano la guida di mezzi con un rapporto peso/potenza eccessivo per chi non ha una formazione sufficiente.

Da questo quadro discendono alcune proposte della Fondazione ANIA:

1. rendere più selettivo l'esame per l'ottenimento della patente A;
2. limitare l'accesso all'uso di moto potenti, definendo una scala di rapporto peso/potenza a cui si può accedere in base all'esperienza di guida maturata (almeno 2 anni) su un veicolo di categoria inferiore. Troppe dinamiche d'incidente sono provocate dalla perdita di controllo del mezzo dovuta all'inesperienza e alla poca conoscenza delle caratteristiche del veicolo.

Al momento la Fondazione ANIA ha formato, con l'e-learning, oltre 30.000 studenti in tutta Italia e numerosi insegnanti. Il percorso di guida pratico è stato utilizzato in forma gratuita da oltre 3.000 alunni delle scuole superiori.

I GIOVANI NEOPATENTATI

I neopatentati, definiti come i giovani nei primi tre anni di guida, sono i soggetti maggiormente a rischio di incidente stradale, in ragione della loro scarsa esperienza di guida e della mancanza di conoscenza del pericolo e di reazione del veicolo in strada.



La Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale e il Forum ANIA-Consumatori

In Italia il rilascio della patente, a differenza di quanto avviene in altri paesi, è più orientato all'acquisizione delle conoscenze normative, piuttosto che alle capacità di guida. È perciò molto avvertita dagli operatori l'esigenza di accrescere lo spazio dedicato alla pratica di guida.

La Fondazione ANIA, al fine di migliorare la capacità di guida dei giovani di età compresa tra i 18 e 26 anni, ha creato un percorso didattico di guida sicura denominato progetto "Neopatentati". Ha inoltre realizzato un simulatore di guida che consente, tramite un collegamento a Internet o mediante un CD, di seguire dei percorsi che virtualmente forniscono ai giovani neopatentati le conoscenze per affrontare i pericoli della strada. Nel biennio 2007-2008, 700 degli oltre 4.000 giovani che hanno sperimentato questa modalità di apprendimento hanno avuto l'opportunità di frequentare un corso di guida sicura, potendo così sperimentare sul campo e con istruttori qualificati come affrontare i pericoli sulla strada.

Più in generale, la Fondazione ANIA ritiene che sia necessario:

1. modificare le norme del Codice della Strada italiano per migliorare la preparazione dei neo guidatori:
 - aumentando il numero delle ore di guida da sostenere in diverse condizioni di visibilità, di luce e di traffico (con la guida anche in autostrada);
 - aumentando la durata temporale dell'esame di guida per valutare meglio la preparazione del candidato;
 - introducendo sistemi di valutazione e controllo della qualità del servizio offerto dalle autoscuole;
 - rendendo più rigorose le modalità di selezione dei candidati.
2. introdurre (come già avvenuto in Francia) la c.d. "patente di guida in prova", un provvedimento che estenda, a tre anni dal conseguimento, del titolo di "neopatentato", la possibilità di verificare il comportamento alla guida del neo guidatore e, solamente se tale comportamento si è dimostrato corretto, di confermare la patente in modalità definitiva, dopo un'ulteriore verifica. In questo arco di tempo il giovane viene invitato a frequentare corsi di "guida difensiva" presso strutture qualificate e certificate.

Inoltre, l'ANIA con lo scopo di rendere i giovani più responsabili alla guida e per migliorare i rapporti tra i giovani e le compagnie di assicurazione ha lanciato il "**Patto per i Giovani**" sottoscritto da ANIA, Polizia Stradale e Associazioni dei Consumatori. Il Patto intende affrontare il grave fenomeno rappresentato dall'elevato numero di giovani coinvolti in incidenti stradali. Il Patto prevede l'impegno a promuovere attività rivolte alla sicurezza stradale, finanziate dal settore assicurativo e destinate espressamente ai giovani conducenti. I giovani si obbligano a rispettare un decalogo di regole (es. guidare sempre con la cintura, non bere prima di mettersi alla guida, installare sul veicolo una scatola nera, frequentare corsi di guida sicura, e così via) e in cambio le compagnie che aderiscono al Patto realizzeranno polizze assicurative a prezzi scontati rivolte al target 18-26 anni.



GUIDO CON PRUDENZA

Secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità almeno il 30% degli incidenti stradali con vittime è correlato al consumo di alcol o causato dall'uso di sostanze stupefacenti. La Fondazione ANIA, a partire dal 2004, ha realizzato il progetto "Guido con Prudenza" che ha tra i propri scopi la diffusione del "guidatore designato" e la divulgazione degli effetti dell'alcol alla guida. Durante il periodo estivo e le festività natalizie, presso le più importanti discoteche del territorio nazionale, vengono allestiti degli spazi dove i ragazzi possono, all'uscita dalla discoteca e prima di mettersi alla guida, testare il loro livello alcolemico con etilometri monouso. Inoltre, i ragazzi o le ragazze che all'inizio della serata si assumono l'impegno di portare i loro amici a casa in sicurezza, vengono identificati tramite un gadget come "guidatore designato" ("BOB"). Se mantengono la promessa, alla fine della serata vengono premiati. Il progetto è realizzato in collaborazione con la Polizia Stradale, che rafforza i controlli e, in contemporanea, premia con un biglietto per la discoteca i guidatori sobri.

Nel 2008, l'iniziativa ha consentito alla Polizia Stradale di effettuare controlli estesi anche alla verifica dell'eventuale assunzione di sostanze stupefacenti.

La Fondazione ANIA ha realizzato un particolare simulatore di guida che evidenzia gli effetti che si possono avere mettendosi alla guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o alcoliche.

La Fondazione ANIA ritiene necessarie misure drastiche nei confronti dei guidatori con comportamenti alla guida pericolosi, soprattutto quando essi provocano incidenti. In particolare:

1. le sanzioni amministrative e pecuniarie non sono sufficienti; vi è la necessità di misure terapeutico-riabilitative con lo scopo di modificare in modo adeguato e stabile i comportamenti alla guida. Pertanto, va inserito nel Codice della Strada italiano l'obbligo, per alcune tipologie di infrazioni che abbiano provocato incidenti e/o nei casi di recidive nella commissione di infrazioni gravi, di frequentare corsi di *driver improvement*, con una valutazione psicologica dei risultati del percorso formativo;
2. va introdotto (come recentemente avvenuto in Germania) un limite di alcolemia pari a 0 mg/l per i neopatentati, ossia nei primi tre anni di guida.

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

Pattuglie Polizia impiegate	2.248
Posti di controllo	1.612
Veicoli controllati	72.481
Persone controllate	83.445
Totale patenti ritirate	8.997
CONTROLLI CON ETILOMETRI MONOUSO	
Conducenti controllati	60.374
Conducenti positivi	6.657
Ingresso gratis	13.681

Fonte: Ministero degli Interni e Fondazione ANIA



La Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale e il Forum ANIA-Consumatori

LA SICUREZZA SUL LAVORO E IL TRASPORTO PESANTE

Il tema della sicurezza sul lavoro è all'ordine del giorno nell'agenda delle Istituzioni. Circa la metà dei morti sul lavoro è riconducibile a incidenti stradali. Si tratta sia di incidenti in itinere (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 lavoratori, dipendenti o autonomi, che utilizzano il veicolo per finalità di lavoro.

In particolare, 609 dei 1.170 infortuni mortali denunciati all'INAIL nel 2007 derivano da infortuni stradali (tavola 1). In termini percentuali si tratta del 52,1%. In larga misura dunque il tema della sicurezza sul lavoro coincide con quello della sicurezza stradale.

	Morti	(%)
Incidenti stradali mortali	609	52,1
- di cui in itinere:	283	24,2
Incidenti mortali per altre cause	561	47,9
Totale incidenti mortali	1.170*	100,0

TAVOLA 1
TOTALE INCIDENTI MORTALI SUL LAVORO (ANNO 2007)

Fonte: Inail
(*) Dato provvisorio

Anche per questi motivi, 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 (7%), ma le conseguenze sono spesso gravi. Il tema è stato affrontato secondo due linee di intervento.

La prima linea di intervento ha previsto l'offerta di corsi di formazione ai camionisti che non riguardano soltanto le tecniche di guida ma anche aspetti, considerati marginali, che invece le compagnie di assicurazione reputano essenziali per una corretta condotta di guida: l'alimentazione, la postura, le visite oculistiche periodiche.

L'azione realizzata con il progetto "Sicurezza nel trasporto pesante" della Fondazione ANIA evidenzia buoni risultati (tavola 2), in quanto nel periodo monitorato, e relativamente al campione di TIR che ha svolto il progetto, diminuisce il numero degli incidenti e conseguentemente la frequenza dei sinistri.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mezzi	2.966	3.017	3.209	3.198	3.640	4.060
Sinistri	2.405	2.356	2.250	2.063	1.993	1.866
Frequenza sinistri	68,80%	64,30%	59,90%	57,20%	55,80%	48,50%

TAVOLA 2
RISULTATI SPERIMENTAZIONE MEZZI PESANTI

Fonte: Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale



La Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale e il Forum ANIA-Consumatori

La seconda linea di intervento ha previsto nel 2007 l'installazione di mille scatole nere sui camion. È attualmente in corso l'installazione di ulteriori mille scatole nere.

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 dai professionisti della strada. Si ritiene che la diffusione di tali dispositivi telematici possa contribuire alla riduzione degli incidenti. I dati monitorati evidenziano come i mezzi dotati di questa strumentazione abbiano una frequenza dei sinistri inferiore a quelli che ne sono privi. I dati monitorati nelle aziende di trasporto che hanno dotato in tutto o in parte il parco TIR con "scatola nera" evidenziano un ulteriore calo della frequenza dei sinistri.

La Fondazione ANIA ritiene che il settore delle flotte commerciali debba essere sottoposto a maggiori controlli, specialmente per la durata delle ore alla guida. Va inoltre tenuto conto che gli incidenti provocati da autisti stranieri in Italia sono in forte crescita.

Da questo quadro discendono alcune proposte della Fondazione ANIA:

1. evitare che la conversione della patente di guida del cittadino straniero sia limitata a un mero atto amministrativo e prevedere che avvenga grazie a una verifica teorico-pratica delle reali conoscenze del Codice della Strada italiano e delle capacità di guida;
2. aumentare i controlli sugli autotrasportatori con verifiche mirate sui cronotachigrafi.

IL FORUM ANIA-CONSUMATORI

Nel 2008 ha preso avvio il Forum permanente ANIA-Consumatori. Il Forum è una fondazione promossa dall'ANIA che intende facilitare e rendere ancor più costruttivo e sistematico il dialogo tra le imprese di assicurazione e gli assicurati/consumatori. Inoltre il Forum è un luogo di confronto paritetico e di progettualità condivisa che si avvale della partecipazione di rappresentanti delle imprese di assicurazione, delle Associazioni dei consumatori nonché di personalità indipendenti dal settore assicurativo.

In particolare, il Forum promuove la collaborazione tra le imprese di assicurazione e gli assicurati, mediante iniziative e studi rivolti ai consumatori e diretti a:

- monitorare il rapporto, le attese e la soddisfazione dei consumatori nei confronti del servizio assicurativo;



La Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale e il Forum ANIA-Consumatori

- consentire scelte consapevoli da parte dei consumatori, anche tramite iniziative di informazione ed educazione sui temi assicurativi;
- migliorare la soddisfazione degli assicurati;
- stimolare la riflessione sul ruolo sociale dell'assicurazione nei nuovi assetti del welfare.

Il Forum rappresenta inoltre una sede di incontro in cui le variegatae istanze delle imprese assicuratrici e dei consumatori possono essere confrontate e discusse nell'ottica di un dialogo aperto, leale e costruttivo, dimostrando la capacità di fungere da catalizzatore di soluzioni efficaci di problemi condivisi.

Il Consiglio generale del Forum è composto dai rappresentanti di 11 gruppi assicurativi, 3 consiglieri indipendenti e 8 rappresentanti di Associazioni dei consumatori.

Il primo anno di vita del Forum è stato caratterizzato soprattutto dall'attività programmatica, progettuale e di confronto tra le sue diverse componenti.

In questo ambito, parallelamente al confronto sui programmi, sono state approfondite e discusse, mediante specifici workshop, diverse tematiche. Tra esse: la vulnerabilità economica delle famiglie, la trasparenza dei rapporti, l'assicurazione auto.

TUTELA DEL BENESSERE E NUOVI SCENARI DEL WELFARE

Il confronto tra assicuratori e consumatori sviluppatosi in seno al Forum ha ripetutamente toccato, anche alla luce delle attuali difficoltà dell'economia, i temi della vulnerabilità delle famiglie italiane e della necessità di tutelare il loro benessere, nonché quello dei nuovi assetti del welfare e del conseguente ruolo che in esso può giocare l'assicurazione.

Per quanto concerne il tema della vulnerabilità economica delle famiglie e il ruolo positivo che su questo versante può giocare una corretta gestione dei rischi, il Forum ha intrapreso la costituzione, in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, dell'Osservatorio "Vulnerabilità e benessere delle famiglie italiane", specificamente rivolto all'elaborazione e alla misurazione di un apposito indice, finalizzato a evidenziare i profili di vulnerabilità economico/finanziaria delle famiglie italiane e la capacità delle stesse di gestire i rischi per tutelare i propri standard di vita.

Le attività dell'Osservatorio, che mira a presidiare un tema dalle rilevanti implicazioni sociali, coinvolgendo accanto ad assicuratori e consumatori anche altri stakeholder sensibili ai temi indagati, permetteranno di aumentare il livello di informazione e consapevolezza dei consumatori verso la prevenzione e la gestione dei rischi.



Un secondo argomento approfondito dal Forum fin dai primi mesi di attività è quello del ruolo sociale dell'assicurazione nell'ambito dei nuovi assetti del welfare. Ai "vecchi e nuovi scenari del welfare" è dedicato infatti un articolato progetto di ricerca, condotto con il Censis, che ha l'obiettivo di indagare sulle trasformazioni in corso, sulla domanda emergente di welfare e sul ruolo che, in tale contesto, potrebbe giocare il mercato assicurativo che ne è il principale attore privato.

I risultati dell'indagine costituiranno la base di discussione per un convegno di dimensione nazionale "Vecchi e nuovi scenari del welfare: voglia di futuro" che si proporrà come sede di ascolto e di riflessione sui temi indagati, offrendo agli attori privati e sociali del welfare un'agenda strutturata di discussione e proponendo ove possibile, soluzioni condivise tra consumatori e assicuratori.

ASSICURAZIONE AUTO: TUTELA DEI GIOVANI E TRASPARENZA SUI PREZZI

La seconda area di confronto e di attività, sviluppata nel primo anno di operatività del Forum, è rappresentata dalle articolate implicazioni sociali ed economiche connesse con la mobilità stradale, con la gestione dei rischi della strada e con il mercato r.c. auto in Italia.

Sulla base della consapevolezza condivisa che i giovani risultano tra i soggetti più vulnerabili ai rischi della circolazione stradale, in qualità sia di vittime sia di responsabili di incidenti, sono stati discussi e concordati i contenuti del "Patto per i giovani in tema di sicurezza stradale e assicurazione r.c. auto", successivamente sottoscritto da ANIA, Polizia Stradale e 15 Associazioni dei consumatori rappresentative a livello nazionale.

Con il "Patto per i giovani" l'ANIA e le Associazioni dei consumatori aderenti hanno condiviso la necessità che il problema dei giovani conducenti debba essere affrontato in modo organico, coniugando azioni educative, dirette a diffondere la cultura della sicurezza stradale e della prevenzione del rischio, con sistemi di incentivo economico basati su un'operazione di fiducia e di stimolo nei confronti delle nuove generazioni.

Il Patto prevede che l'ANIA assuma l'impegno, con risorse provenienti dal settore assicurativo, a continuare a elaborare ed eseguire progetti educativi e di prevenzione del rischio da circolazione stradale da destinare in modo specifico alle varie fasce dell'età evolutiva. Le iniziative in parola sono coordinate dalla Fondazione ANIA per la sicurezza stradale, sulla base dell'esperienza già acquisita in materia nonché delle proposte provenienti dalle Associazioni dei consumatori e dalle altre parti sottoscrittrici del Patto.

In tale contesto, la Fondazione ANIA per la sicurezza stradale, contestualmente alle numerose attività sviluppate in materia, ha emanato uno specifico bando volto a incentivare la realizzazione di iniziative che abbiano come obiettivo la riduzione del rischio stradale.



La Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale e il Forum ANIA-Consumatori

Hanno aderito al Patto 40 imprese assicuratrici, cui faceva capo il 91,5% della raccolta premi del ramo r.c. auto nel 2007.

Le imprese assicuratrici che hanno aderito al "Patto" hanno predisposto una polizza *ad hoc*, denominata "Polizza Patto per i Giovani", per i giovani tra i 18 e i 26 anni, che prevede una significativa riduzione del premio rispetto a quello normalmente applicato da ogni singola impresa per la fascia d'età considerata.

Coerentemente con le finalità educative proprie dell'accordo, il beneficio è subordinato alla condizione che il giovane assicurato si impegni contrattualmente a rispettare specifici obblighi comportamentali, idonei a ridurre il rischio di provocare incidenti, riassunti in un decalogo comportamentale, evidenziato in polizza.

"LE 10 PRINCIPALI REGOLE CHE SALVANO LA VITA ALLA GUIDA DEI VEICOLI"

1. *Prima di partire allaccia la cintura di sicurezza e falla allacciare a tutti i passeggeri. Se sei in moto, metti il casco e allaccialo. Il casco non allacciato equivale a non averlo.*
2. *Se devi guidare, non bere alcolici. Se non sei in condizioni psico-fisiche perfette, fa' guidare un tuo amico che non ha bevuto e non è stanco. Mettiti d'accordo prima con i tuoi amici su chi non deve bere alcolici per riportare tutti a casa sani e salvi.*
3. *L'assunzione di sostanze stupefacenti altera gravemente le condizioni psico-fisiche e alla guida provoca effetti disastrosi su se stessi e sugli altri. Non farlo.*
4. *La velocità elevata è la principale causa di morte sulle strade. Ricordati che, a parte specifici limiti inferiori segnalati sul posto, non puoi mai superare i 50 km/h in città, i 90 km/h sulle strade extraurbane e i 130 km/h in autostrada.*
5. *Usare il telefonino mentre guidi è vietato e ti impedisce di avere il perfetto controllo dell'auto. Se devi parlare al telefono, fermati.*
6. *Concentrati solo sulla guida, evitando gesti che ti distraggono, come manovrare la radio e fumare (che già fa male di per sé). Tieni basso il volume dell'impianto stereo. La musica ad alto volume distrae e ti fa sbagliare.*
7. *Non far entrare in macchina più persone di quanto sia consentito (leggi il libretto). In caso di incidente, il trasporto di persone oltre i limiti consentiti aumenta il rischio e l'entità dei danni alla persona.*
8. *Rispetta la distanza di sicurezza con il veicolo che ti precede. Se viaggi a 50 km/h ti occorreranno 25 metri per arrestare il tuo veicolo e evitare di colpire un veicolo fermo. A 90 km/h ti occorreranno 60 metri. A 130 km/h per fermarti avrai bisogno di circa 110 metri.*
9. *Di notte le condizioni di visibilità della strada sono inferiori e i tempi di reazione alle situazioni di pericolo sono superiori. Diminuisce la velocità.*
10. *Ricordati infine che sulla strada non ci sei solo tu. I pericoli possono venire dagli "altri". Ma se guidi in modo prudente e rispettoso delle regole puoi evitare molte situazioni di pericolo. Dillo anche agli "altri".*



La Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale e il Forum ANIA-Consumatori

Con lo stesso spirito che ha permesso il conseguimento dei positivi risultati ottenuti col Patto, sempre in tema di assicurazione auto, è stata intrapresa la costruzione di un sistema di analisi indipendente e condiviso con le Associazioni dei consumatori, in grado di monitorare l'evoluzione dei prezzi effettivamente pagati dagli assicurati per l'acquisto della propria copertura r.c. auto. Obiettivo di tale iniziativa è quello di migliorare il grado di trasparenza del mercato e di informazione dei consumatori.

Il progetto nasce dalla constatazione che in tema di prezzi della r.c. auto esiste una serie variegata di fonti di informazione e di sistemi di rilevazione – istituzionali e non – che, da un lato, non indagano sui valori reali degli importi corrisposti dalla collettività in termini di premi pagati per l'acquisto della copertura, limitandosi ad analisi sui prezzi di listino (le c.d. tariffe), e, dall'altro, forniscono risultati spesso contrastanti, determinando motivi di forte tensione tra il settore assicurativo e le Associazioni dei consumatori.

I metodi di rilevazione tradizionale, proprio perché indagano i prezzi di listino, non consentono infatti di registrare la dinamica concorrenziale che sussiste a valle dell'impresa di assicurazione, grazie alla flessibilità dei prezzi consentita alle reti distributive e recentemente regolata dall'ISVAP che ne ha disciplinato l'operatività anche in termini di trasparenza nei confronti del consumatore finale.

Il sistema in parola fornirà trimestralmente specifici report aggregati che daranno esclusivamente indicazione della variazione media dei prezzi delle coperture r.c. auto con riferimento sempre e unicamente alla variazione media dell'intero mercato assicurativo nel suo complesso, senza alcun riferimento a quanto praticato dalle singole imprese.

I report saranno resi pubblici a cura del Forum e delle Associazioni dei consumatori che si riconosceranno nel sistema di monitoraggio.

L'impostazione del sistema, la sua messa in opera e il suo esercizio saranno affidati a un ente indipendente, che agirà in completa autonomia, sotto il controllo di due "garanti", esperti in materia statistico-attuariale, espressione rispettivamente delle Associazioni dei consumatori e delle imprese assicuratrici, che avranno il compito di verificare l'intero processo elaborativo sotto i profili della congruità della metodologia impiegata, del rispetto di procedure di riservatezza, e di antitrust compliance e dell'indipendenza del soggetto incaricato di effettuare le analisi.



Il mercato unico europeo e la liberalizzazione del settore

RIFORMA DELLA VIGILANZA IN EUROPA

Il rapido evolversi della crisi finanziaria internazionale, che si è manifestata in tutta la sua gravità nell'ultima parte del 2008, ha posto in evidenza alcuni elementi di debolezza dell'attuale assetto regolamentare e di vigilanza sulle istituzioni finanziarie.

In questo quadro, il Presidente della Commissione europea, a fine ottobre 2008, ha creato un "High Level Group" presieduto da Jacques de Larosière, ex Direttore generale del Fondo Monetario Internazionale, con l'incarico di delineare delle proposte per un sistema di vigilanza europeo più efficiente, integrato e sostenibile.

I lavori del Gruppo di esperti si sono conclusi il 25 febbraio scorso con la presentazione di un rapporto che tocca quattro aspetti fondamentali:

- le cause della crisi finanziaria;
- i rimedi politici e regolamentari;
- la revisione della vigilanza europea;
- le riforme necessarie a livello europeo.

Il rapporto ha evidenziato come la normativa relativa all'introduzione dell'euro abbia notevolmente favorito l'integrazione dei mercati nell'Unione Europea. Allo stesso tempo, però, non vi è stato un altrettanto incisivo rafforzamento del coordinamento dei controlli di vigilanza, i quali sono caratterizzati da una forte frammentazione nelle regole, nelle pratiche di vigilanza e, soprattutto, negli interventi in situazioni di crisi.

Inoltre, il rapporto ha sottolineato come "Solvibilità II" migliori la gestione e il controllo dei grandi gruppi assicurativi e rafforzi la cooperazione tra le Autorità di controllo nazionali con la costituzione di collegi di controllori per i gruppi transfrontalieri. Conseguentemente, ha raccomandato alle istituzioni europee una rapida adozione che è stata di recentemente realizzata con l'approvazione della predetta normativa da parte del Parlamento UE.

Con riferimento alla riforma del sistema di controllo europeo, il rapporto ha suggerito di creare una struttura a due livelli:

- istituendo, a livello macro-prudenziale, un organismo, denominato European Systemic Risk Council (ESCR), incaricato della supervisione sui rischi sistemici, guidato dal Presidente della BCE, che dovrebbe fungere da centrale d'allarme dei pericoli di crisi e promuovere le necessarie azioni di contrasto;
- costituendo, relativamente alla supervisione micro-prudenziale, un sistema basato sulla graduale trasformazione degli attuali tre comitati di terzo livello (CEBS, CEIOPS, CESR) in agenzie europee, quindi con la costituzione di un'Autorità europea per le banche, un'Autorità europea per le assicurazioni e un'Autorità europea sui valori mobiliari. Questo processo, che dovrebbe svolgersi in due fasi – una preparatoria (2009-2010) e una realiz-



Il mercato unico europeo e la liberalizzazione del settore

zativa (2011-2012) – tende a creare una struttura di vigilanza di tipo decentrato: le Autorità nazionali continuerebbero a essere responsabili della vigilanza *day-by-day*, mentre le nuove Autorità si occuperebbero essenzialmente del coordinamento e della definizione delle regole e delle pratiche di vigilanza, assicurando altresì la coerenza della supervisione di tutti gli attori per evitare il rischio di distorsioni di concorrenza tra intermediari. I gruppi transfrontalieri sarebbero vigilati dai colleghi dei supervisori ed eventuali dispute sarebbero risolte dalla competente Autorità settoriale attraverso un potere di mediazione vincolante.

A seguito della presentazione del rapporto de Larosière, la Commissione europea ha presentato, il 4 marzo una proposta di comunicazione che preannuncia una serie di misure regolamentari per rendere più efficace ed efficiente la vigilanza sul mercato finanziario in un contesto di crisi. Nella sua proposta la Commissione ha condiviso i principi enunciati dal gruppo de Larosière, auspicando un'accelerazione dei tempi di attuazione attraverso la presentazione di proposte specifiche entro maggio 2009, che, tradotte in proposte di provvedimenti entro il prossimo autunno, potrebbero essere approvate entro il 2010.

LIBRO VERDE SUI RICORSI COLLETTIVI

Il 27 novembre 2008 la Commissione europea ha pubblicato un Libro verde sugli strumenti di ricorso collettivo al fine di agevolare la risoluzione di casi di ricorsi di massa, fornire mezzi efficaci per i risarcimenti collettivi e ridurre al contempo la concorrenza sleale o le distorsioni di mercato che potrebbero derivare da pratiche scorrette.

Il documento esamina il quadro regolatorio attuale in materia di azioni collettive e identifica gli ostacoli che si frappongono a un valido ricorso dei consumatori a tali azioni, in termini di accesso, efficacia e onerosità. Il documento non riguarda i mezzi di tutela collettiva per le vittime in caso di infrazioni alla normativa antitrust, oggetto di una specifica normativa in corso di elaborazione.

Nel Libro verde la Commissione europea sottopone al dibattito quattro diverse opzioni basate su un grado progressivamente crescente di intervento comunitario:

- nessun'azione nell'immediato, ma un semplice monitoraggio delle misure introdotte o in via d'introduzione;
- cooperazione tra gli Stati per estendere i sistemi nazionali di ricorso collettivo ai consumatori di altri Stati membri in cui non sussistono tali meccanismi;
- un mix di strumenti politici per rafforzare i mezzi di ricorso per i consumatori (compresi i meccanismi di soluzione stragiudiziale delle controversie, un potere conferito alle Autorità nazionali di imporre ai fornitori di inden-



Il mercato unico europeo e la liberalizzazione del settore

nizzare i consumatori, l'estensione delle procedure di composizione delle controversie di piccolo importo ai ricorsi di massa;

- misure vincolanti o non vincolanti per introdurre negli Stati membri una procedura giudiziaria comune di ricorso collettivo.

La Commissione in ogni caso sottolinea che sono necessarie disposizioni di salvaguardia affinché le imprese non subiscano azioni infondate, danni punitivi o costi eccessivi e evidenzia che fra le questioni da affrontare devono essere inclusi il finanziamento della procedura, la legittimazione attiva, la scelta tra opt-in e opt-out e i criteri per la distribuzione del risarcimento. Tenendo conto anche delle osservazioni che i soggetti interessati hanno inviato nel marzo scorso, la Commissione pubblicherà un rapporto orientativo nella seconda metà dell'anno, indicando probabilmente le prossime iniziative.

RAPPORTO DELLA COMMISSIONE SULL'ESTENSIONE DEL REGOLAMENTO D'ESENZIONE

La Commissione europea ha pubblicato il 24 marzo 2009 il suo rapporto sul funzionamento del regolamento n. 358 del 27 febbraio 2003 relativo all'applicazione dell'articolo 81, paragrafo 3, del Trattato a talune categorie di accordi, decisioni e pratiche concordate nel settore delle assicurazioni.

Come è noto, il regolamento n. 358/03 (nel prosieguo, BER), che rimarrà in vigore fino al 31 marzo 2010, prevede, al pari del precedente regolamento, un regime d'esenzione per quattro categorie di accordi fra imprese, concernenti rispettivamente: l'elaborazione in comune di calcoli, tavole e studi; la fissazione di condizioni tipo di assicurazione; la copertura di certi tipi di rischi; il collaudo e l'omologazione di dispositivi di sicurezza.

Nel suo rapporto la Commissione ha manifestato l'intenzione, in via del tutto preliminare e non vincolante, di mantenere un regolamento di esenzione per il settore assicurativo, seppur in parte ridimensionato rispetto a quello attualmente in vigore. In particolare la DG "Concorrenza" è favorevole a una conferma del regolamento per la parte relativa ai calcoli, tavole e studi e per quella inerente ai consorzi di coassicurazione e coriassicurazione, prevedendo, però, la possibilità in entrambi i casi di modifiche più o meno sostanziali nella redazione di criteri di esenzione. In questi casi, infatti, sono stati riconosciuti la specificità dell'attività assicurativa con riferimento alla necessità di un preventivo scambio di informazioni e di un'attività di cooperazione tra le imprese e il vantaggio che ne deriva ai nuovi operatori e alle piccole e medie imprese in termini di offerta delle coperture assicurative.

Al contrario, la Commissione non vede una necessità di rinnovo per le parti del regolamento concernenti le condizioni standard di polizza e i dispositivi di



Il mercato unico europeo e la liberalizzazione del settore

sicurezza. In questi casi non si ravvede una specificità del settore e, quindi, potrebbe essere considerata sufficiente l'emanazione di linee guida orientative per le imprese.

In ogni caso la Commissione ha ricordato nel proprio rapporto che, in applicazione dei principi recati dal regolamento n. 1/2003, gli accordi che rientrano sotto i capitoli che eventualmente non saranno rinnovati non diverranno necessariamente, per questo solo motivo, illegali, ma potranno essere comunque sottoposti a una valutazione giuridica per verificare la loro conformità con la normativa europea sulla concorrenza.

Nei prossimi mesi il rapporto sarà oggetto di ulteriore analisi. Entro fine anno la Commissione adotterà una comunicazione qualora non intenda confermare il BER, mentre procederà a una consultazione su una nuova bozza di regolamento se invece intenderà rinnovarlo anche solo parzialmente.

PROPOSTA DI DIRETTIVA ANTIDISCRIMINAZIONE

Il 2 luglio 2008, il Collegio dei Commissari ha adottato una proposta di direttiva volta a tutelare la parità di trattamento, in particolare contro le discriminazioni fondate sull'età, sull'handicap, sull'orientamento sessuale e sulla religione, al di fuori dell'ambiente di lavoro, e con specifico riguardo all'accesso a beni e servizi, alle aree della sicurezza sociale e all'assistenza sanitaria.

Questa iniziativa completa l'esistente quadro giuridico europeo contro le discriminazioni avviato con la Direttiva 2004/113/CE, che ha introdotto il principio di parità di trattamento tra uomini e donne.

In campo assicurativo, il provvedimento accorda agli Stati membri di consentire delle differenze nei premi e nelle prestazioni individuali in funzione dell'età e dell'handicap, ove essi siano un fattore determinante nella valutazione dei rischi in base ad accurate rilevazioni statistiche e attuariali.

L'articolato richiede inoltre che gli Stati membri creino degli organismi nazionali che promuovano la parità di trattamento e che forniscano consulenza alle vittime di discriminazioni, mentre un gruppo di lavoro, costituito da esperti governativi e volto a valutare l'efficacia delle misure proposte, è previsto da una comunicazione su "Non discriminazione e eguali opportunità", che accompagna la proposta.

Quanto all'iter della proposta in esame va sottolineato che, in ragione della sua funzione sociale ai sensi dell'art. 13, paragrafo 1, del Trattato, la procedura prescritta non sarà quella usuale della "codecisione", ma una procedura apparentemente più rapida che ne prevede l'approvazione all'unanimità da parte del Consiglio UE, previa consultazione del Parlamento europeo.



Il mercato unico europeo e la liberalizzazione del settore

REGOLAMENTO SULLA LEGGE APPLICABILE ALLE OBBLIGAZIONI CONTRATTUALI (ROMA I)

Il 4 luglio 2008 è stato pubblicato il regolamento n. 593/2008 del 17 giugno 2008, concernente la scelta della legge applicabile alle obbligazioni contrattuali (c.d. Roma I), che inserisce nella legislazione comunitaria le disposizioni di diritto internazionale privato contenute nella Convenzione di Roma del 1980.

Il regolamento – che non vincola la Danimarca e il Regno Unito – si applicherà ai contratti stipulati a partire dal 18 dicembre 2009.

In via generale, il regolamento si riferisce alle obbligazioni contrattuali in materia civile e commerciale, ma ne restano esclusi: le obbligazioni derivanti da cambiali, assegni, vaglia cambiari e altri strumenti negoziabili; i compromessi, le clausole compromissorie e le convenzioni sul foro competente, le questioni inerenti al diritto delle società, delle associazioni e delle persone giuridiche; la questione di stabilire se l'atto compiuto da un intermediario valga a obbligare di fronte a terzi il mandante o se l'atto compiuto da un organo di una società, associazione o persona giuridica valga a obbligare di fronte a terzi detta società, associazione o persona giuridica; le obbligazioni derivanti da trattative precontrattuali.

Il provvedimento è incentrato sul principio della libera scelta delle parti in merito alla legge applicabile al contratto; è prevista anche una dettagliata disciplina per il caso della mancanza di scelta.

I contratti di assicurazione sono disciplinati da uno specifico articolo (art. 7), che estende loro il campo di applicazione del regolamento, modificando la situazione preesistente, in cui la citata 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 stabilite dalle direttive di settore.

L'art. 7 prevede in particolare che:

- il regolamento si applica 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 Europea, ma non ai contratti di riassicurazione, che quindi continueranno a essere disciplinati dalla Convenzione di Roma;
- ai contratti di assicurazione che coprono "grandi rischi" si applica il principio della libertà di scelta della legge applicabile; in caso di mancata scelta è previsto che la legge applicabile sia quella dello Stato in cui l'assicuratore ha la residenza abituale;



Il mercato unico europeo e la liberalizzazione del settore

- per i contratti di assicurazione concernenti rischi “di massa”, le parti hanno la possibilità di scegliere le seguenti leggi: la legge del paese di ubicazione del rischio, a eccezione dell’ipotesi in cui il contratto di assicurazione sia limitato a eventi che si verifichino in un altro Stato membro (nel qual caso, ovviamente, si applicherà la legge di quest’ultimo); la legge del paese di residenza abituale dell’assicurato; nel caso di assicurazione sulla vita la legge del paese di cittadinanza del contraente; quando il contratto concerne rischi ubicati in Stati membri diversi e legati all’attività commerciale, industriale o professionale dell’assicurato, la legge di uno di detti Stati ovvero la legge del paese di residenza dell’assicurato medesimo. Qualora gli Stati membri accordino 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, si applicano, oltre a quelle sopra ricordate, le seguenti “regole addizionali”: 1) in caso di conflitto, la legge del paese che prevede l’assicurazione obbligatoria prevale su quella dello Stato membro di ubicazione del rischio; 2) in deroga a quanto previsto dalle disposizioni sui contratti relativi ai “grandi rischi” e ai “rischi di massa”, gli Stati membri possono stabilire che il contratto sia disciplinato dalla legge dello Stato che impone l’obbligo di assicurarsi.

È contemplata, inoltre, una clausola di revisione che obbliga la Commissione a preparare un rapporto sul livello di applicazione del regolamento entro il 17 giugno 2013.

PROPOSTA DI REGOLAMENTO SULLE AGENZIE DI RATING

Nell’ambito delle misure volte a far fronte alla crisi finanziaria, la Commissione europea ha presentato, nel novembre 2008, una proposta di regolamento relativa alle agenzie di rating del credito, che mira a introdurre alcune condizioni per l’emissione di rating necessarie per ristabilire la fiducia del mercato in quest’attività e migliorare la tutela degli investitori nell’Unione Europea.

La proposta stabilisce, fra l’altro, che le agenzie di rating debbano rispettare norme rigorose per garantire che i rating non siano condizionati da conflitti di interesse, prevedendo, fra l’altro, che non prestino servizi di consulenza e non siano autorizzate a valutare strumenti finanziari per i quali non siano disponibili informazioni adeguate e sufficienti. Al contempo, le stesse agenzie devono creare una funzione interna per l’auditing della qualità dei rating concessi e inserire nei loro consigli almeno tre membri indipendenti, la cui retribuzione non dipenda dal risultato economico dell’agenzia.

Inoltre, l’operato delle agenzie di rating deve rispondere a criteri di trasparenza e deve essere svolto un adeguato monitoraggio sulla qualità delle metodologie utilizzate.



Il mercato unico europeo e la liberalizzazione del settore

Alcune di queste norme si basano sugli standard stabiliti nel codice della International Organisation of Securities Commissions (IOSCO), ai quali la proposta conferisce un carattere giuridicamente vincolante.

La proposta introduce, infine, una procedura per la registrazione delle agenzie di rating intesa a sottoporre al controllo delle Autorità di vigilanza europee le attività delle agenzie i cui rating sono utilizzati dagli enti creditizi, dalle compagnie di assicurazione, dai fondi pensione e dagli organismi di investimento collettivo.

Durante il suo iter procedurale, questo aspetto della proposta è stato oggetto di divergenze di opinioni fra Parlamento, favorevole a un rafforzamento del ruolo del CESR (Comitato delle autorità europee di regolamentazione dei valori mobiliari), e del Consiglio, più propenso a un consolidamento delle competenze delle Autorità nazionali.

Il compromesso recentemente raggiunto prevede che le agenzie di rating presentino la domanda di registrazione al CESR, il quale a sua volta, la trasmetterà per decisione all'Autorità nazionale di vigilanza dello Stato membro di origine, cui spetta anche la sorveglianza della loro attività quotidiana. I compiti di questa Autorità sono svolti in collaborazione con un collegio di supervisori, composto oltre che dall'Autorità del paese d'origine, dalle Autorità competenti dei paesi in cui vi sia una succursale dell'agenzia di rating o l'utilizzo dei rating sia diffuso entro la sua giurisdizione. Il collegio rappresenta una piattaforma efficace per lo scambio di informazioni e per il coordinamento delle attività e delle misure di vigilanza necessarie per un controllo efficace delle stesse agenzie.

L'attuale architettura di vigilanza dovrà essere oggetto di revisione da parte della Commissione entro il 1° luglio 2010, tenendo in debito conto le conclusioni presentate dal gruppo di esperti presieduto da Jacques de Larosière.

Il testo è stato approvato dal Parlamento europeo ed è in attesa di essere adottato in posizione comune dal Consiglio prima della sua entrata in vigore.

PROPOSTA DI DIRETTIVA DI MODIFICA DEI REQUISITI PATRIMONIALI DELLE BANCHE

La Commissione europea ha approvato il 1° ottobre scorso, una proposta di direttiva di revisione delle norme comunitarie sui requisiti patrimoniali delle banche, con l'obiettivo di rafforzare la stabilità del sistema finanziario, ridurre l'esposizione al rischio e migliorare la vigilanza dei gruppi bancari transfrontalieri.



Il mercato unico europeo e la liberalizzazione del settore

Le principali modifiche riguardano il miglioramento: (i) della gestione dei grandi fidi, con l'introduzione di un limite entro cui le banche non possono concedere prestiti a una singola controparte; (ii) della qualità del capitale delle banche, con l'inserimento di criteri chiari a livello europeo per valutare se il capitale "ibrido", che ha una componente di fondi propri e una componente di debito, sia ammissibile ai fini del calcolo del capitale complessivo della banca; (iii) della gestione del rischio di liquidità, che sarà discussa e coordinata nel quadro dei collegi dei supervisori; (iv) della gestione del rischio per i prodotti cartolarizzati, con un rafforzamento delle regole applicabili in caso di cartolarizzazione dei debiti.

La Commissione ha inoltre proposto, al fine di aumentare il livello di coordinamento e di cooperazione tra le diverse Autorità competenti e per garantire un efficace scambio di informazioni, di creare dei collegi composti da tutti i supervisori coinvolti nel processo di vigilanza dei gruppi transfrontalieri, affidando all'Autorità di vigilanza della capogruppo il potere di prendere la decisione finale in caso di disaccordo in tema di reportistica e di determinazione del capitale interno che il gruppo deve detenere per fronteggiare i rischi di secondo pilastro.

Quest'ultima proposta è stata notevolmente ridimensionata durante l'iter di approvazione, cancellando i poteri vincolanti del *lead supervisor* nella vigilanza dei gruppi bancari transfrontalieri a causa dell'opposizione di vari Stati membri di delegare poteri di supervisione.

La Commissione si impegna però a presentare entro il 31 dicembre 2009 le proposte legislative necessarie a perseguire una maggiore integrazione dei controlli in vista di stabilire un sistema di supervisione europeo entro il 31 dicembre 2011.

Il testo, che è stato approvato recentemente dal Parlamento europeo ed è stato oggetto di accordo politico in sede di Consiglio, dovrebbe essere adottato definitivamente in tempi brevi.

PROPOSTA DI DIRETTIVA IN MATERIA DI TASSAZIONE DEL RISPARMIO

Fin dalla seconda metà del 2007, la Commissione ha intrapreso un'opera di revisione della Direttiva 2003/48/CE in materia di tassazione del risparmio sotto forma di interessi, con l'obiettivo principale di evitare che i flussi di interessi transfrontalieri sfuggano all'imposizione sia nel paese di origine sia nel paese di destinazione, in attesa di implementare un più efficace e generalizzato scambio di informazioni fra i paesi membri. A tal fine è stata elaborata una proposta di direttiva (COM(2008)0727) atta a modificare il citato quadro normativo.

La finalità delle modifiche proposte è quella di mettere in atto procedure automatiche di comunicazione dell'avvenuto pagamento di interessi verso il paese



Il mercato unico europeo e la liberalizzazione del settore

di residenza del beneficiario da parte di istituzioni finanziarie non residenti (situazione resa attuale dai casi di "fughe" di capitali verso istituti finanziari che operano in paesi nei quali vige ancora il segreto bancario). La comunicazione dovrebbe essere di applicazione generalizzata e sostituire progressivamente il regime della ritenuta nei paesi che ancora la applicano al fine di mantenere il segreto sui conti intrattenuti da non residenti.

La proposta prevede espressamente che i contratti assicurativi vita di ramo III (unit linked) che non presentano la copertura di un rischio demografico significativo (*significant biometric risk*) – la cui soglia è al momento individuata nella percentuale del 10% – verranno, a questi fini, assimilati ai prodotti finanziari e come tali soggetti alla comunicazione obbligatoria.

Le osservazioni formulate dal CEA (Comitato Europeo delle Assicurazioni) hanno evidenziato l'erroneità dell'assimilazione dei prodotti assicurativi a quelli di risparmio, in quanto la presenza di un rischio di sopravvivenza, ancorché limitato, determina la natura assicurativa del contratto: conseguentemente, e al contrario degli operatori finanziari, gli assicuratori sono tenuti a rispondere a specifici requisiti patrimoniali e di solvibilità, oltre che a provvedere alla costituzione delle riserve, onde garantire le prestazioni nei confronti degli assicurati.

Peraltro, dalle indagini conoscitive della Commissione è emerso che l'attività cross-border delle assicurazioni nel settore vita è limitata; pertanto, l'inserimento dei prodotti assicurativi nell'ambito della direttiva avrebbe effetti sicuramente trascurabili ai fini della lotta all'evasione e l'istituzione di uno scambio sistematico di informazioni comporterebbe oneri amministrativi aggiuntivi al settore assicurativo, che già è sottoposto con modalità variegate a *reporting obligations* nella maggioranza dei mercati nazionali.

Malgrado le osservazioni prodotte dagli assicuratori in sede europea, la revisione della direttiva nella direzione sopra descritta è stata di recente approvata dal Parlamento europeo a seguito della procedura di consultazione di cui all'art. 94 del Trattato UE. Il nuovo regime si applicherà comunque con riferimento ai contratti stipulati successivamente all'entrata in vigore della Direttiva.

PROPOSTA DI DIRETTIVA SUL TRATTAMENTO DEI SERVIZI FINANZIARI AI FINI DELL'IVA

Prosegue l'iter di approvazione della proposta di Direttiva UE finalizzata a modernizzare la Direttiva IVA 2006/112/CE in materia di trattamento dei servizi finanziari e assicurativi (COM (2007) 747 final 2), accompagnata dalla proposta di Regolamento attuativo delle norme in essa contenute (16209/07 COM(2007) 746 final 2).



Il mercato unico europeo e la liberalizzazione del settore

L'intento perseguito dalla Commissione è quello di adattare la disciplina dell'esenzione delle prestazioni di servizi finanziari e assicurativi all'evoluzione intervenuta nei rispettivi settori, attraverso una ridefinizione delle operazioni esenti. Ulteriore obiettivo della Commissione è la neutralità dell'imposta, attualmente ostacolata dalla presenza di meccanismi di limitazione alla detraibilità dell'IVA a monte imposti agli operatori esenti, che determinano l'insorgenza di costi occulti.

Nel corso del 2008 la proposta di direttiva ha ottenuto il parere favorevole del Parlamento europeo in sede consultiva; peraltro, numerosi approfondimenti sono costantemente al vaglio del Consiglio.

Attualmente i lavori sono improntati al lodevole intento di "raccordare" l'articolo della proposta di Direttiva con quello del Regolamento, proponendo un quadro sinottico delle disposizioni in materia di esenzione con le corrispondenti esemplificazioni fornite dal Regolamento.

Le principali questioni allo studio riguardano l'individuazione dei requisiti necessari ai fini dell'esenzione dei servizi di intermediazione e le caratteristiche dell'eventuale regime opzionale per la tassazione, che potrebbe essere esercitato dagli Stati membri ovvero dai singoli operatori.

Il dibattito in seno al Consiglio è tuttora focalizzato sull'incerta estensione dell'area di esenzione per i servizi di intermediazione finanziaria e assicurativa, specie con riguardo alle prestazioni dei subagenti, alle prestazioni di intermediazione che non danno luogo alla conclusione di un contratto, alle prestazioni di consulenza sui prodotti finanziari e assicurativi e ai servizi tramite *call center*.

In merito all'*option to tax*, gli assicuratori hanno in più occasioni evidenziato che il regime di tassazione IVA sui premi, ove non accompagnato dalla soppressione dell'imposta sui premi, determinerebbe una doppia tassazione (IVA e imposta sui premi) e che l'opzione potrebbe risultare al contrario praticabile ove fosse consentita solo con riguardo alle operazioni effettuate nei confronti di operatori commerciali (B2B), in grado di recuperare l'IVA a monte. La Commissione ha da parte sua osservato che solo un'applicazione dell'opzione estesa e uniforme nei vari paesi può garantirne il funzionamento senza distorsioni, specie nelle transazioni *cross-border*.





DIRETTIVA SOLVENCY II: UN NUOVO SISTEMA DI VIGILANZA PER IL SETTORE ASSICURATIVO

Il 22 aprile scorso, dopo una non breve fase di intense negoziazioni, il Parlamento europeo ha approvato, in seduta plenaria, la Direttiva Solvency II. Il 5 maggio vi è stata un'approvazione informale da parte del Consiglio ECOFIN in attesa di quella definitiva legata alla traduzione ufficiale della Direttiva nelle diverse lingue.

I nodi fondamentali nella negoziazione della Direttiva Solvency II

La Direttiva Solvency II segna per le compagnie e per i gruppi assicurativi un cambiamento radicale nelle modalità di calcolo dei requisiti di solvibilità (Minimum e Solvency Capital Requirement, rispettivamente MCR e SCR) e del calcolo delle riserve tecniche, nei criteri di ammissibilità degli attivi a copertura delle riserve e degli elementi del patrimonio disponibile, nei principi generali in materia di governance, controllo interno e risk management, nell'informativa al mercato e di vigilanza.

Il periodo nel quale si è conclusa la fase di approvazione della Direttiva è coinciso con il rapido evolversi della crisi finanziaria, esplosa in tutta la sua gravità nell'ultima parte del 2008, e ha quindi posto in evidenza la necessità di riflettere su alcuni elementi di debolezza dell'attuale assetto di regolamentazione e vigilanza sulle istituzioni finanziarie.

Uno degli aspetti su cui si è maggiormente concentrata l'attenzione di operatori e regolatori è stato quello degli effetti "prociclici" di requisiti patrimoniali basati sui rischi effettivamente assunti (come sono quelli di Basilea 2 e come saranno – una volta in vigore – quelli di Solvency II). Requisiti patrimoniali prociclici spingono le istituzioni finanziarie a vendere titoli azionari nei momenti di forte caduta dei mercati, accentuando così l'instabilità del sistema, mentre non incentivano gli operatori a irrobustire il patrimonio nelle fasi di crescita dei mercati.

Il tema della prociclicità è stato pertanto affrontato nella Direttiva prevedendo:

- l'introduzione di un meccanismo anticiclico simmetrico, che riduce i requisiti patrimoniali per le azioni a seguito di forti cali nei mercati e li aumenta a seguito di rialzi;
- qualora i mercati finanziari registrino cadute eccezionali e il meccanismo di aggiustamento simmetrico si riveli insufficiente a permettere alle imprese di soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità, l'estensione del periodo entro il quale le imprese possono riportare i fondi propri a un livello sufficiente per coprire il SCR.

Gli ultimi giorni di negoziazione sulla Direttiva sono stati inoltre caratterizzati dai temi del "retirement business" e del "group support".



Con riguardo al primo aspetto, è stata evidenziata – soprattutto dalla Francia – la necessità di prevedere per il “retirement business” un requisito patrimoniale per il rischio azionario calcolato con un “duration approach”, che tenga opportunamente conto della lunga durata degli impegni sottostanti. Dopo alcune resistenze è stata stabilita, nel compromesso, una durata minima delle passività per l'applicazione del “duration approach” di 12 anni.

Il complesso iter di approvazione della Direttiva Solvency II ha, invece, comportato la rinuncia alle disposizioni riguardanti il c.d. *group support* regime che avrebbe consentito alle imprese appartenenti a gruppi assicurativi di avvalersi, a determinate condizioni, di un supporto patrimoniale di gruppo per coprire tutta o parte della differenza fra SCR e MCR.

Le disposizioni in tema di *group support* hanno incontrato la resistenza di alcuni paesi preoccupati che i propri supervisori perdessero il controllo sulle imprese locali facenti parte di gruppi multinazionali e, in generale, 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. È comunque previsto un riesame della questione, da parte della Commissione europea, entro tre anni dal 31 ottobre 2012, data in cui la Direttiva entrerà in vigore.

In generale, l'industria assicurativa europea, rappresentata dal CEA, ha accolto positivamente l'approvazione della Direttiva Solvency II, sebbene abbia sottolineato di considerare l'eliminazione del *group support* come un'opportunità persa per introdurre uno strumento efficiente ed efficace per la gestione del capitale a livello di gruppo, anche alla luce di quanto previsto dal Report del Gruppo de Larosière.

Come previsto dalla cosiddetta “procedura Lamfalussy”, approvata la Direttiva, il passo successivo è la trasformazione dei principi generali dettati dalla normativa in “implementing measures”, misure tecniche di attuazione di maggior dettaglio. Queste ultime, sempre in coerenza con la menzionata procedura, saranno adottate dalla Commissione con il supporto dei Comitati di 2° livello (EIOPC – composto dai rappresentanti degli Stati membri) e 3° livello (CEIOPS – composto dai Supervisors assicurativi europei).

Le bozze dei pareri su tali misure sono già state, almeno in parte, pubblicate dal CEIOPS nella prima metà del 2009. Dopo un periodo di pubblica consultazione le misure di attuazione dovranno essere approvate entro il 2010.

Saranno proprio le misure di attuazione a definire, nel dettaglio, il trattamento delle partecipazioni azionarie strategiche, uno dei temi portati all'attenzione dall'industria assicurativa italiana. La minore rischiosità delle partecipazioni rispetto agli altri investimenti azionari, attribuibile alla loro natura strategica e all'influenza esercitata dall'impresa partecipante su dette imprese



L'esercizio dell'attività assicurativa

partecipate, è stata sottolineata in Direttiva, facendo rinvio per la calibrazione dei parametri alle *Implementing Measures*.

In generale, le misure di attuazione proposte dal CEIOPS sono state e verranno sviluppate facendo tesoro dei risultati degli studi di impatto quantitativo (*Quantitative Impact Studies*) sviluppati negli ultimi 4 anni. Un ulteriore test sull'impatto delle *Implementing Measures* sarà effettuato nel corso del 2010, con il 5° Studio di Impatto Quantitativo (QIS 5).

QIS 4: I PRINCIPALI RISULTATI A LIVELLO EUROPEO E ITALIANO

Come avvenuto per Basilea 2 nel settore bancario, anche per Solvency II sono stati effettuati alcuni studi di impatto quantitativo (QIS) con l'obiettivo di testare gli effetti sul bilancio e sul patrimonio di approcci metodologici e parametri definiti a livello teorico. Nel corso del 2008 è stato condotto, e si è concluso, il quarto studio di impatto quantitativo (QIS 4), l'ultimo studio prima dell'approvazione della Direttiva; seguirà nel 2010 un ulteriore studio, il QIS 5, finalizzato a testare le misure di secondo livello.

Il QIS 4, sviluppato nel periodo aprile-luglio 2008, ha previsto, rispetto al QIS 3, numerose modifiche in termini di formule e parametri sia a livello di singola impresa sia a livello di gruppo. I risultati del QIS 4, pubblicati nel novembre 2008 dal CEIOPS tramite un Summary Report, sono stati riportati sia sotto forma aggregata a livello europeo sia attraverso tabelle riassuntive riconducibili ai singoli paesi.

Dal documento conclusivo del QIS 4 sono, in particolare, emersi i seguenti aspetti di rilievo:

- un significativo aumento di imprese partecipanti allo studio: 1.412 compagnie contro le 1.027 imprese del QIS 3. Nello specifico, hanno aderito allo studio di impatto 667 compagnie di piccole dimensioni (il 58% in più rispetto al QIS 3), 522 di medie dimensioni (+25%) e 220 grandi imprese (+18%);
- una riduzione dell'ammontare delle riserve tecniche sia per il business vita sia per il business danni rispetto a quelle attuali. In particolare, per il segmento vita il range di variazione del rapporto riserve tecniche nette QIS 4 su riserve tecniche nette attuali è stato compreso tra 63% e 114%, mentre per il segmento danni tra 57% e 99%;
- il margine per il rischio delle riserve è stato per il segmento vita inferiore al 5% della riserva best estimate per circa tre quarti delle imprese, mentre per il comparto danni è risultato in media compreso tra il 3% e l'8% nella maggior parte dei paesi;
- la maggioranza delle imprese (98,8%) era in grado di coprire il Minimum Capital Requirement e in media la somma di capitale di tipo Tier 1 e Tier 2 era dieci volte superiore al MCR;



- l'11% delle imprese non era in grado di coprire il SCR (nel QIS 3 la percentuale registrata era stata del 16%), mentre la media del solvency ratio era pari al 257%;
- il capitale disponibile è stato superiore del 27% rispetto all'attuale capitale di Solvency I e per il 95% è stato classificato come Tier 1. L'incremento è dovuto ad alcuni aggiustamenti come, ad esempio, quelli derivanti da una valutazione coerente con il mercato o dalla riclassificazione delle riserve di equilibrio da riserve tecniche a capitale disponibile.

Con riferimento ai dati del mercato italiano, hanno preso parte al QIS 4 88 imprese, un numero sensibilmente superiore a quello registrato in occasione del QIS 3 (cui avevano partecipato 73 imprese). Tra le 88 imprese che hanno aderito allo studio vi sono state 17 imprese di grande dimensione (nel QIS 3 erano 18), 40 imprese di dimensione media (erano 33 nello studio precedente) e 31 piccole imprese (22 nel QIS 3). Nel complesso, le imprese partecipanti al QIS 4 rappresentavano l'87% dei premi totali nell'assicurazione danni (erano l'82% nel QIS 3) e l'83% delle riserve tecniche nell'assicurazione vita (erano il 71% nel precedente studio). Hanno inoltre aderito all'iniziativa, compilando la pertinente parte dello studio, anche 7 gruppi di imprese.

I principali aspetti di rilievo emersi dallo studio per l'Italia sono i seguenti:

- sia per le imprese vita sia per quelle danni, le riserve tecniche calcolate secondo i criteri QIS 4 risultano minori di quelle calcolate secondo i criteri attuali, principalmente in ragione dell'adozione di nuovi criteri di valutazione. Il rapporto tra i due valori, infatti, in termini di media ponderata, è pari al 94% per il business vita e al 92% per il business danni;
- i requisiti patrimoniali QIS 4 sono, per le imprese di assicurazione danni e per quelle miste, in valore assoluto più elevati di quelli previsti dalla normativa vigente; viceversa, i requisiti patrimoniali QIS 4 sono lievemente inferiori a quelli vigenti per le imprese di assicurazione vita;
- il capitale disponibile calcolato nel QIS 4 risulta ampiamente superiore a quello calcolato secondo i criteri vigenti e, in gran parte, di qualità elevata e classificabile, dunque, come Tier 1;
- in termini di solvency ratio i valori QIS 4 sono inferiori a quelli attuali per le imprese danni e per quelle miste; sono invece più elevati per le imprese vita;
- infine, il rapporto tra MCR e SCR risulta, in media, intorno al 38%.

È importante sottolineare che il QIS 4 ha utilizzato i dati di fine 2007, un periodo caratterizzato da condizioni di mercato ancora relativamente favorevoli. Nelle condizioni attuali i risultati sarebbero significativamente differenti.

In termini di composizione dei requisiti patrimoniali e, in particolare, di Basic Solvency Capital Requirement, è emerso che:

- per le imprese vita, i rischi di mercato rappresentano la componente più importante del requisito, la seconda è quella dei rischi assicurativi vita;



L'esercizio dell'attività assicurativa

- per le imprese danni, il rischio più importante è quello assicurativo, mentre per le imprese miste predominano i rischi di mercato, seguiti da quelli assicurativi non-vita.

Concludendo, il QIS 4 ha quindi rappresentato un esercizio molto utile e un passo importante nel progetto Solvency II, consentendo di ottenere informazioni sull'impatto finanziario che potrà avere il nuovo regime di vigilanza prudenziale, sul grado di preparazione delle imprese italiane nonché sull'uso dei modelli interni.

Le misure di attuazione della Direttiva devono essere approvate entro il 2010; in particolare il CEIOPS, a partire da marzo, ha avviato la pubblicazione di bozze di "Advice" per la Commissione europea su diversi aspetti chiave concernenti l'attuazione dei principi generali della Direttiva Solvency II. I temi affrontati sono sintetizzati nella tabella di seguito fornita.

AGENDA DEI CONSULTATION PAPERS DEL CEIOPS (MARZO – LUGLIO – NOVEMBRE 2009)

Marzo 2009

- Financial Requirements: Principi di calcolo della best estimate, segmentazione, rischio di fallimento della controparte, approvazione degli "ancillary own funds", tecniche di mitigazione del rischio;
- Internal Governance, Supervisory Review and Reporting: sistema di governance, special purpose vehicles, valutazione di attivi e passivi diversi dalle riserve tecniche, trasparenza e responsabilità delle autorità di vigilanza;
- Internal Models: Processo di approvazione del modello.

Luglio 2009

- Financial Requirements: formula standard per il calcolo del SCR e ulteriore lavoro sulle riserve tecniche, capacità delle riserve tecniche di assorbimento delle perdite, criteri di calcolo del MCR, lista di own funds;
- Group Solvency: calcolo, effetti di diversificazione;
- Internal Governance, Supervisory Review and Reporting: Capital Add-ons, public disclosure, supervisory reporting;
- Internal Models: Standard per l'approvazione del modello, tests a cui dovranno essere sottoposti i modelli.

Novembre 2009

- SCR: partecipazioni, ring fenced funds, rischio azionario, calibrazione e semplificazioni;
- Partial Internal Models.



STATO DELL'ARTE DEL PROGETTO IASB "INSURANCE CONTRACTS"

Il progetto "Insurance Contracts" dell'International Accounting Standard Board (IASB), e i lavori del Board connessi con tale progetto, sono ormai giunti a un punto cruciale.

Attualmente le imprese di assicurazione utilizzano lo standard "IFRS 4 Insurance Contracts" – emanato al termine della fase I – che ricordiamo non affronta alcune delle tematiche di rilievo per la contabilizzazione dei contratti assicurativi, come la valutazione delle riserve tecniche, rimandate appunto alla c.d. fase II.

Dopo aver pubblicato il Discussion Paper "Preliminary Views on Insurance Contracts" e aver analizzato oltre 160 lettere di commento, lo IASB ha avuto numerosi incontri con le parti interessate, al fine di affrontare e dibattere gli aspetti ritenuti più rilevanti per la stesura dell'Exposure Draft. In base alla tempistica definita dal Board, i tempi sono ormai piuttosto stretti: la pubblicazione dell'Exposure Draft è prevista nel secondo semestre del 2009 e, dopo un periodo di consultazione, l'IFRS definitivo dovrebbe essere emanato nel 2011.

Il tema principale affrontato nei primi mesi dell'anno in corso è stato l'approccio da utilizzare nella valutazione dei contratti assicurativi e, in particolare, la scelta tra il c.d. "exit value", proposto nel Discussion Paper e il c.d. "fulfilment value", concetto delineato in alcuni commenti ricevuti durante la consultazione sul Discussion Paper.

Secondo le note fornite dallo IASB il c.d. "fulfilment value" è "a notion that reflects the fact that insurers almost always intend to fulfil the insurance contract with the policyholder over time themselves, rather than transfer it to another party for fulfilment".

Non risultano definiti dallo IASB i dettagli con cui si procederebbe alla determinazione del "fulfilment value", ma emerge come differenza sostanziale dall'"exit value" l'impiego di variabili di tipo "entity specific" nel caso in cui non vi siano oggettive evidenze desumibili dal mercato (un esempio delle suddette variabili potrebbero essere i tassi di riscatto).

Non è stato ancora raggiunto un accordo su quale dei due approcci sia preferibile ma il Board ha comunque sottolineato che, in generale, una valutazione dei contratti assicurativi dovrebbe concettualmente:

- prevedere l'utilizzo di stime di variabili di mercato finanziarie che siano il più possibile coerenti con prezzi di mercato osservabili;
- richiedere l'uso di stime attuali esplicite dei flussi di cassa attesi;
- riflettere il valore temporale del denaro;
- includere un margine esplicito.



L'esercizio dell'attività assicurativa

Altri aspetti chiave, quali la definizione del margine e il riconoscimento del "day one gain", sono stati dibattuti senza raggiungere un chiaro consenso mentre per altri, quali ad esempio il trattamento dei costi di acquisizione, la discussione è stata rimandata.

Occorre precisare che, dallo scorso anno, anche il Financial Accounting Standard Board (FASB), ovvero l'organismo preposto a emanare i principi contabili negli Stati Uniti, ha deciso di partecipare attivamente a tale progetto. Vista, infatti, l'importanza degli aspetti trattati sia lo IASB sia il FASB hanno ritenuto opportuno portare avanti un "joint IASB/FASB insurance contracts project" teso a sviluppare uno standard comune, di alta qualità che dovrebbe trattare i seguenti aspetti: "recognition, measurement, presentation, and disclosure requirements" dei contratti assicurativi.

Con particolare riferimento alla valutazione delle riserve tecniche, non è stato ancora raggiunto un accordo tra i due Boards; l'organismo statunitense sembrerebbe, tuttavia, maggiormente orientato per un approccio del tipo "fulfilment value" basato sull'uso del valore atteso dei flussi di cassa calcolato con tutte le informazioni disponibili tra cui i dati storici della compagnia ma, anche, input di mercato ritenuti rilevanti per adempiere alle obbligazioni contrattuali (fulfilment).

REGOLAMENTO ATTUATIVO DELLE DISPOSIZIONI DEL DECRETO "ANTICRISI" IN MATERIA DI CRITERI CONTABILI

In data 17 febbraio l'ISVAP ha emanato il Regolamento n. 28 attuativo delle disposizioni del decreto "anticrisi" in materia di criteri contabili (d.l. 29 novembre 2008, n.185, convertito nella legge n. 2 del 28 gennaio 2009).

Il Regolamento, dando attuazione all'articolo 15 del decreto, ha previsto per le imprese che non adottano i principi contabili internazionali (IAS/IFRS) la facoltà di valutare i titoli non durevoli a un valore diverso da quello di mercato al 31 dicembre 2008 e, in particolare, al valore iscritto nella relazione semestrale al 30 giugno 2008 redatta ai sensi del Regolamento ISVAP n. 22 del 4 aprile 2008, ovvero, per i titoli non presenti nel portafoglio a tale data, il costo d'acquisizione, salvo perdite di carattere durevole.

In una situazione di eccezionale turbolenza dei mercati finanziari è stata quindi data alle imprese la facoltà di derogare al criterio ordinario che prevede, per la valutazione degli strumenti finanziari classificati nel comparto a utilizzo non durevole, un'iscrizione in bilancio al minore tra costo e valore di mercato.



L'esercizio dell'attività assicurativa

Per le imprese che si avvalgono di tale regime facoltativo l'Autorità di Vigilanza ha introdotto l'obbligo di accantonare in una riserva indisponibile un ammontare di utili pari all'importo della mancata svalutazione, al netto dei relativi oneri fiscali.

L'intervento dell'ISVAP nel disciplinare la materia non si è limitato ai soli aspetti civilistici ma ha esteso, disponendo limiti cautelativi, la valenza dei valori di bilancio determinati con il regime facoltativo anche ai fini di vigilanza.

In particolare, il Regolamento prevede:

- che la riserva indisponibile possa essere utilizzata, ai fini di vigilanza, quale elemento costitutivo del margine di solvibilità per l'anno 2008, distintamente per la gestione danni e vita fino al 20% del margine di solvibilità richiesto o, se inferiore, del margine di solvibilità disponibile;
- per le imprese che utilizzano prestiti subordinati nella formazione del capitale di vigilanza, la somma della riserva indisponibile e dei prestiti subordinati utilizzati ai fini di vigilanza non può superare il 50% del margine di solvibilità richiesto o, se inferiore, del margine di solvibilità disponibile;
- in materia di attivi a copertura, la possibilità per l'ISVAP di chiedere l'immediata integrazione degli attivi a copertura delle riserve tecniche anche nel caso in cui i benefici contabili derivanti dalla mancata svalutazione dei suddetti titoli sia superiore al 2,5 per cento delle riserve tecniche da coprire.

L'Autorità di Vigilanza ha inoltre fornito, nel Regolamento in oggetto, indicazioni sulla valutazione a fini di vigilanza dei titoli emessi da entità delle quali sia stata dichiarata l'insolvenza o nei confronti delle quali sia stata avviata una procedura concorsuale e ha apportato modifiche ai prospetti dimostrativi del margine di solvibilità rami vita e danni (Allegati I e II al Regolamento ISVAP n. 19 del 14 marzo 2008).

LE MODIFICHE RECAE DALLA LEGGE FINANZIARIA 2008 ALL'IRES E ALL'IRAP

Il 2008 è il primo periodo d'imposta in cui trovano applicazione le modifiche introdotte dalla Legge finanziaria per il 2008 alla tassazione delle società. Si tratta di norme che, senza alterare l'impianto della riforma Tremonti del 2004, intendono razionalizzare la disciplina in materia sia di IRES sia 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, in coerenza con le raccomandazioni degli organismi comunitari, mira all'abbassamento delle aliquote nominali e all'allargamento delle basi imponibili, al fine di perseguire la trasparenza del livello di tassazione effettivo gravante



L'esercizio dell'attività assicurativa

sulle imprese, dato che quasi tutti i principali paesi europei si sono mossi da tempo o più di recente nella stessa direzione.

L'aliquota di tassazione IRES viene ridotta di 5,5 punti percentuali (dal 33,0% al 27,5%).

La base imponibile viene ampliata per effetto: i) della soppressione della disposizione 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; ii) degli interventi operati sul consolidato fiscale che hanno ridotto significativamente i benefici recati da tale istituto e quindi il risparmio di imposta che ne derivava. Detti benefici riguardavano la detassazione del 100% dei dividendi distribuiti a società del gruppo, in luogo dell'ordinaria detassazione del 95%, e la neutralità del trasferimento dei beni strumentali tra società del gruppo (regime questo che comportava in sostanza il differimento della tassazione delle plusvalenze realizzate per effetto del trasferimento).

Anche per l'IRAP viene prevista la riduzione dell'aliquota ordinaria che passa dal 4,25% al 3,90%.

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 viene sostanzialmente desunta dai dati di bilancio senza alcun *aggancio* a quella dell'IRES.

Per il settore assicurativo, il valore della produzione netta viene 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 conto tecnico dei rami vita nella misura del 50%.

Continuano a essere indeducibili i costi per il lavoro e irrilevanti le svalutazioni, le perdite e le riprese di valore dei crediti.

L'IRAP sarà progressivamente trasformata da tributo erariale a imposta di connotazione regionale.

MISURE FISCALI INTRODOTTE NEL 2008

Con le manovre economiche del 2008 (d.l. n. 112 e d.l. n. 185) il Governo ha introdotto numerosi provvedimenti volti a sostenere la competitività delle imprese e a incentivare i consumi delle famiglie: parte delle risorse necessarie per finan-



ziare tali misure sono state reperite a carico di settori – tra cui quello assicurativo – ritenuti in grado, più di altri settori, di subire un inasprimento fiscale. La gran parte delle risorse necessarie verrà però recuperata in dipendenza di regimi opzionali attivabili dal contribuente ove esso ne riscontri la convenienza.

Misure a carico del settore assicurativo

La maggiore contribuzione richiesta al settore assicurativo deriva prevalentemente da misure che differiscono nel tempo la deducibilità di componenti negativi, determinando quindi un onere di carattere finanziario, dovuto all'anticipato versamento di imposte.

Tali misure, intervenendo sui meccanismi applicativi di deducibilità della variazione della riserva sinistri e della svalutazione dei crediti verso gli assicurati, che già prevedevano un parziale differimento della deducibilità di tali componenti negativi, hanno ridotto la quota deducibile nell'esercizio di competenza e aumentato il numero di quote annuali in cui dedurre l'eccedenza non dedotta in tale esercizio.

In particolare, il legislatore ha ridotto dal 60% al 30% la quota della variazione della riserva sinistri deducibile nell'anno, ampliando nel contempo dal 50% al 75% della variazione la quota riferibile alla componente di lungo periodo, la cui deduzione è differita. La quota della variazione della riserva sinistri a deduzione differita è così passata dal 20% dell'intera variazione al 52,5%. Inoltre, il periodo di differimento è stato portato da 9 a 18 esercizi.

Ulteriore anticipo di imposta è derivato dall'incremento, dallo 0,3% allo 0,39% per il 2008 e a regime allo 0,35%, dell'aliquota dell'imposta applicabile sulle riserve matematiche, recuperabile comunque al più tardi entro il quinto anno successivo, e dall'aumento della percentuale (dal 12,5% al 14%) dell'acconto annuale dell'imposta sui premi dell'anno successivo.

Un effettivo aumento di imposizione deriva dalla disposizione che riduce di 4 punti percentuali (3 punti percentuali per il 2008) la deduzione degli interessi passivi. Per evitare la moltiplicazione della penalizzazione che l'applicazione di tale misura potrebbe comportare per i finanziamenti a cascata nell'ambito dei gruppi, è stato tuttavia previsto un meccanismo che attenua detti effetti.

Regimi di affrancamento di maggiori valori contabili rispetto a quelli fiscali - riallineamento dei maggiori valori contabili dei marchi e dei brevetti

La manovra del novembre 2008 (d.l. n. 185) ha previsto una serie di opzioni che, a fronte del versamento di imposte (sostitutive), consentono il riconoscimento fiscale dei maggiori valori contabili rispetto a quelli fiscali.



L'esercizio dell'attività assicurativa

Per il settore assicurativo, come noto interessato da operazioni di riorganizzazioni aziendali – prevalentemente fusioni ma anche scissioni e conferimenti – di particolare interesse è la nuova disposizione, sollecitata anche dalla nostra Associazione, che consente di affrancare i maggiori valori contabili rispetto a quelli fiscali relativi all'avviamento e ai marchi d'impresa che emergono a seguito di tali operazioni societarie: l'imposta sostitutiva è applicata nella misura del 16% e la deduzione di tali maggiori valori è riconosciuta in quote annuali non eccedenti un nono.

Tale regime si affianca a quello "ordinario" già disposto dal TUIR, per le immobilizzazioni materiali e immateriali, che prevede l'applicazione di aliquote d'imposta del 12%, 14% e 16% per scaglioni di valore. Per l'avviamento e i marchi d'impresa tale regime risulta tuttavia non conveniente perché il recupero è stabilito in un lasso temporale eccessivamente lungo (cioè in quote annuali non superiori a un diciottesimo).

Il settore assicurativo può altresì essere interessato dal nuovo regime di rivalutazione degli immobili. La rivalutazione può essere anche solo contabile ma il contribuente può richiedere il riconoscimento fiscale dei maggiori valori iscritti mediante l'applicazione di un'imposta sostitutiva (3,0% per gli immobili ammortizzabili e 1,5% per quelli non ammortizzabili).

Disposizioni in materia di IVA

La Legge finanziaria per il 2008 ha disposto la cessazione, a decorrere dal 1° luglio 2008, del cosiddetto regime IVA infragruppo, disposto dall'art. 6 della legge n. 133 del 1999 che prevedeva l'esenzione per le prestazioni di servizi ausiliari resi all'interno dei gruppi formati da banche o da imprese di assicurazioni o da società che realizzano volumi di affari prevalentemente costituiti da operazioni esenti.

Il legislatore ha contestualmente inserito nel testo dell'art. 10 del D.P.R. n. 633 del 1972 una disposizione che prevede l'esenzione per le prestazioni di servizi effettuate nei confronti dei consorziati o soci da consorzi (o società consortili) costituiti tra soggetti aventi un pro rata di detrazione non superiore al 10 per cento nel triennio precedente, a condizione che i corrispettivi dovuti dai consorziati o soci non eccedano i costi imputabili alle prestazioni stesse.

L'abolizione del regime infragruppo trae origine dalla possibile apertura di una procedura di infrazione nei confronti dell'Italia a motivo della supposta incompatibilità dello stesso con le disposizioni della Direttiva IVA



(2006/112/CE) in materia di gruppo, nonché della eventuale ravvisabilità di un aiuto di Stato al settore.

Fin dall'approvazione della Legge finanziaria per il 2008, l'Associazione ha reiteratamente espresso le proprie perplessità in merito all'inattesa abrogazione di un assetto normativo che nel corso degli anni ha indotto le imprese assicuratrici a razionalizzare le proprie strutture societarie secondo logiche di efficienza.

Conseguentemente, pressanti sono state le richieste – condivise dagli altri operatori che fruiscono del citato regime in virtù dell'esercizio di attività prevalentemente esenti – di differire l'entrata in vigore della norma abrogativa, per consentire alle imprese di far fronte alle operazioni straordinarie di riorganizzazione delle strutture presso le quali sono state nel tempo accentrate le attività ausiliarie.

A tale esigenza ha parzialmente risposto l'art. 82, comma 16, del d.l. n. 112 del 2008, che ha differito gli effetti della disposizione abrogativa al 1° gennaio 2009, nonostante le aspettative di un ulteriore differimento a tutto il 2009.

Va comunque rilevato che, opportunamente, nessuna modifica è stata introdotta con riguardo alle disposizioni della Legge finanziaria per il 2008 recanti lo specifico regime di esenzione per le prestazioni di servizi effettuate dai consorzi e dalle società consortili; ciò evidentemente al fine di non recare pregiudizio ai gruppi che nel frattempo avessero costituito tali strutture avvalendosi delle sopra menzionate disposizioni.

In merito alla disciplina dell'esenzione delle prestazioni effettuate dai consorzi e dalle società consortili, l'Agenzia delle entrate, con la circolare n. 23/E dell'8 maggio 2009, è intervenuta a chiarire i più importanti aspetti applicativi di tale disposizione.

La circolare reca in premessa un'importante precisazione in merito alla conformità della nuova disposizione alla normativa comunitaria. Viene, infatti, affermato chiaramente che l'intervento normativo in esame, si è reso necessario per *garantire la conformità dell'ordinamento nazionale a quello comunitario* e in particolare all'art 132, §1, lett. f), della Direttiva 2006/112/CE, che stabilisce l'esenzione delle *prestazioni di servizi rese da associazioni autonome di persone che esercitano un'attività esente o per la quale non hanno la qualità di soggetti passivi, al fine di rendere ai loro membri i servizi direttamente necessari all'esercizio di tale attività, quando tali associazioni si limitano a esigere dai loro membri l'esatto rimborso delle spese comuni loro spettante, a condizione che questa esenzione non possa provocare distorsioni di concorrenza.*



L'esercizio dell'attività assicurativa

Sul piano pratico la circolare reca precisazioni di rilevante interesse per i settori interessati. Viene in particolare consentita la partecipazione al consorzio anche ai soci che non hanno i requisiti richiesti per l'esenzione e la possibilità per il consorzio di prestare servizi anche a soggetti terzi. Naturalmente, in tali casi i corrispettivi verranno assoggettati a imposta.

Va evidenziato che la soluzione individuata dall'Agenzia ha il pregio di non porre ostacoli di natura fiscale alle consistenti riorganizzazioni che si rendono necessarie all'interno dei gruppi assicurativi a seguito dell'abrogazione dell'art. 6 della legge n. 133 del 1999, poiché la struttura partecipativa al consorzio può "replicare" sostanzialmente quella dei soggetti che già facevano parte del gruppo, anche se alcuni di essi presentano una percentuale di detraibilità più elevata della soglia individuata dalla norma.

LE LINEE GUIDA ABI-ANIA SULLE COPERTURE ASSICURATIVE ABBINATE A MUTUI O ALTRI CONTRATTI DI FINANZIAMENTO

Il 22 ottobre 2008, l'ABI e l'ANIA, dopo l'approvazione dei rispettivi Comitati esecutivi, hanno siglato le "Linee Guida per le polizze assicurative connesse a mutui e altri contratti di finanziamento". Tali Linee Guida nascono da una sollecitazione dell'ISVAP volta a dare concreta attuazione al principio di piena portabilità dei mutui (cfr. art. 8, del d.l. n. 7/2007, convertito nella legge n. 40/2007), anche con riferimento alle coperture assicurative a essi abbinate.

Le indicazioni riportate nelle Linee Guida sono volte a favorire le migliori pratiche di realizzazione del principio di piena portabilità dei mutui, così come delle operazioni di estinzione anticipata del mutuo o di un qualsiasi finanziamento, o di rinegoziazione del mutuo (cfr. d.l. n. 93/2008, convertito nella legge n. 126/2008, e la relativa Convenzione ABI-Ministero dell'Economia e delle Finanze).

L'ANIA ha invitato le imprese a implementare le indicazioni riportate nelle Linee Guida, nell'ambito delle pratiche commerciali in uso con le banche e con le altre società o intermediari che erogano finanziamenti abbinati a coperture assicurative emesse dalle imprese stesse.

Le Linee Guida riportano anche indicazioni per introdurre un maggior grado di trasparenza, con particolare riferimento all'informativa da fornire al cliente riguardo all'entità dei costi a suo carico e l'indicazione della quota parte percepita dal mutuante collocatore per i nuovi contratti assicurativi accessori a mutui e altri contratti di finanziamento.

In particolare le linee guida prevedono.



– Estinzione anticipata del mutuo o altro contratto di finanziamento

Nel caso in cui il contratto di mutuo o di finanziamento venga estinto anticipatamente rispetto all'iniziale durata contrattuale ed esso sia assistito da una copertura assicurativa collocata dal soggetto mutuante e il cui premio sia stato pagato anticipatamente in soluzione unica, lo stesso soggetto mutuante propone le seguenti opzioni al cliente:

- 1) la copertura assicurativa continua per la durata e alle condizioni originariamente pattuite e il mutuatario indica il nuovo beneficiario o intestatario del vincolo di beneficio. L'impresa di assicurazione esegue le istruzioni a tal fine impartite dal mutuatario per il tramite del soggetto mutuante ed emette la documentazione necessaria;
- 2) l'estinzione del contratto assicurativo accessorio al contratto principale di mutuo o di finanziamento. In tale ipotesi il soggetto mutuante restituisce al cliente – sia nel caso in cui il pagamento del premio sia stato anticipato dal mutuante sia nel caso in cui sia stato effettuato direttamente dal cliente nei confronti dell'assicuratore – la parte di premio pagato relativo al periodo residuo per il quale il rischio è cessato. Tale parte è calcolata, per la componente relativa alla copertura assicurativa, in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo, e per la componente residua relativa ai costi in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. Il soggetto mutuante fornisce al cliente il conteggio dell'importo rimborsato.

– Portabilità del mutuo o altro contratto di finanziamento

In caso di portabilità di un mutuo o di un finanziamento assistito da copertura assicurativa collocata dal soggetto mutuante originario e il cui premio sia stato pagato anticipatamente in soluzione unica, il soggetto mutuante che subentra nel rapporto propone le seguenti opzioni al cliente:

- 1) la copertura assicurativa continua per la durata e alle condizioni originariamente pattuite con variazione del beneficiario o del vincolo di beneficio (dal soggetto mutuante originario a quello subentrante). L'impresa di assicurazione esegue le istruzioni a tal fine impartite dal mutuatario per il tramite del soggetto mutuante subentrato nel rapporto ed emette la documentazione necessaria;
- 2) l'estinzione del contratto assicurativo accessorio al contratto principale di mutuo o di finanziamento. In tale ipotesi il soggetto mutuante originario restituisce al cliente – sia nel caso in cui il pagamento del premio sia stato anticipato dal mutuante sia nel caso in cui sia stato effettuato direttamente dal cliente nei confronti dell'assicuratore – la parte di premio pagato relativo al periodo residuo per il quale il rischio è cessato. Tale parte è calcolata, per la componente relativa alla copertura assicurativa, in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale



L'esercizio dell'attività assicurativa

assicurato residuo, e per la componente residua relativa ai costi in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. Il soggetto mutuante fornisce al cliente il conteggio dell'importo rimborsato.

– Rinegoziazione del mutuo ex art. 3 d.l. n. 93/2008 (convertito nella legge n. 126/2008) e convenzione ABI-MEF

Nel caso in cui il mutuo sia rinegoziato ai sensi della normativa in oggetto e tale mutuo sia assistito da copertura assicurativa collocata dal soggetto mutuante, la copertura assicurativa continua alle condizioni originariamente pattuite. Al termine di scadenza originaria del contratto di mutuo o al momento della rinegoziazione dello stesso, la copertura assicurativa può essere integrata per gli anni di rimborso del debito residuo relativo al conto di finanziamento accessorio mediante un nuovo contratto stipulato anche con altra impresa di assicurazione tramite la modifica del contratto già in corso con l'impresa di assicurazione originaria alle nuove condizioni da concordare tra le parti.

– Informativa relativa ai nuovi contratti assicurativi accessori a mutui e altri contratti di finanziamento

Per i nuovi contratti assicurativi accessori a mutui e altri contratti di finanziamento, stipulati anche a seguito dell'esercizio del diritto alla portabilità o della rinegoziazione del mutuo ex art. 3 d.l. n. 93/2008 convertito nella legge n. 126/2008, al cliente viene data informativa sull'entità dei costi a suo carico, con indicazione della quota parte percepita dal mutuante collocatore.

IL RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA SULLA PARITÀ DI TRATTAMENTO UOMO-DONNA

Il Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha richiesto all'ANIA alcuni approfondimenti circa l'attuazione del d.lgs. del 6 novembre 2007, n. 196, 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.

L'ANIA ha effettuato un'indagine ricognitiva allo scopo di verificare, attraverso un questionario inviato alle imprese, le attuali prassi del mercato italiano sulla differenziazione per sesso in termini di tariffe e clausole contrattuali. I risultati dell'indagine, relativi a un campione di imprese cui nel 2007 faceva capo circa il 94% dei premi complessivi, sono stati condivisi con l'ISVAP e inviati alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Nei rami vita è risultata una netta prevalenza delle tariffe non differenziate per sesso, soprattutto in ragione dell'elevata incidenza dei prodotti assicurativo-finanziari, per i quali la copertura assicurativa, peraltro relativamente poco importante, non è differenziata per sesso. Il 76% delle imprese che esercitano i rami vita presenta tipologie di tariffa unisex. Tra le imprese che applicano tariffe differenziate, il 40% utilizza basi statistiche derivanti dalla pro-



pria esperienza di portafoglio o da dati di mercato, mentre il 60% usa dati pubblici sulla mortalità. Per i contratti assicurativi del ramo vita, stipulati o rinnovati a decorrere dal 10 novembre 2007, data di entrata in vigore della nuova normativa comunitaria, risulta che i prodotti di tutte le imprese che applicano tariffe differenziate sono coerenti con le nuove disposizioni.

Con riferimento ai rami infortuni e malattia, si rileva che oltre il 60% delle imprese che esercitano il ramo malattia ha tariffe differenziate per sesso, mentre il 75% delle imprese del ramo infortuni ha tariffe unisex. Tra le imprese che applicano tariffe differenziate per sesso, il 75% nel caso del ramo malattia e l'85% per il ramo infortuni usa basi statistiche derivanti o dalla propria esperienza di portafoglio o dal mercato; limitato è pertanto il ricorso a dati pubblici. Per i contratti assicurativi del ramo malattia, stipulati o rinnovati a decorrere dal 10 novembre 2007, risulta che la quasi totalità dei contratti è adeguata alla normativa. Con riferimento alla r.c. auto nessuna impresa applica solo tariffe unisex. Per le tariffe differenziate, il 71% delle imprese adotta come base statistica la propria esperienza di portafoglio e il 23% delle imprese adotta dati derivanti da esperienze del mercato assicurativo. Nessuna impresa attualmente commercializza polizze con limitazioni contrattuali differenziate in relazione al sesso.

IL RISARCIMENTO DEL DANNO NON PATRIMONIALE: LA SENTENZA DELLE SEZIONI UNITE DELLA CASSAZIONE N. 26972 SUL DANNO ESISTENZIALE

Il 28 novembre 2008, le Sezioni Unite della Cassazione si sono pronunciate sul tema della qualificazione e del risarcimento del danno non patrimoniale, e in particolare sulla risarcibilità del c.d. danno esistenziale.

Gli aspetti salienti della sentenza sono i seguenti:

- 1) La Corte ribadisce, in primo luogo, **il carattere di tipicità dell'art. 2059 c.c.**, in base al quale la tutela risarcitoria del danno non patrimoniale è data solo nei casi previsti dalla legge e cioè in presenza di reato (ex. art. 185 c.p.) e negli altri casi previsti da leggi ordinarie. Al di fuori dei suddetti casi chiaramente determinati dalla legge, il danno non patrimoniale è risarcibile solo nel caso di lesione di specifici diritti inviolabili della persona, direttamente previsti dalla Costituzione (ad esempio, dall'art. 32 cost., diritto alla salute, o dagli artt. 29 e 30 cost., diritti inviolabili della famiglia).
- 2) I **danni c.d. bagatellari** non danno luogo a risarcimento. Per "danni bagatellari" devono intendersi, da un lato i danni "irrisori o futili", consistenti in pregiudizi esistenziali per loro natura non seri o immaginari (diritto alla felicità), e, dall'altro, quelli "irrilevanti", cioè danni che, pur riferendosi a pregiudizi non immaginari, risultano non risarcibili perché l'offesa rientra nei limiti di tollerabilità (graffio superficiale dell'epidermide) imposti dal concorrente principio di solidarietà costituzionale.



- 3) Per quanto riguarda **la prova**, la Corte ribadisce che, come in tutti i casi di danno extracontrattuale, spetta sempre al danneggiato fornire gli elementi dai quali desumere l'antigiuridicità della condotta, il nesso causale, il danno e la sua entità, anche attraverso il ricorso alle presunzioni. Resta invece esclusa la possibilità di danni in re ipsa.
- 4) Il **danno non patrimoniale** – categoria unitaria non suscettibile di sottodistinzioni se non a fini descrittivi – deve essere **risarcito nel suo complesso**, a prescindere dalle qualificazioni impiegate (danno morale, danno da perdita del rapporto parentale, ecc.). La liquidazione del danno non patrimoniale deve avvenire con il metodo equitativo (art. 1226 c.c.) ed evitando duplicazioni risarcitorie. La Corte osserva infatti che *“il risarcimento del danno alla persona deve essere integrale, nel senso che deve ristorare interamente il pregiudizio, ma non oltre.”* È compito del giudice accertare l'effettiva consistenza del pregiudizio allegato, individuando, sulla base degli elementi di prova forniti, tutte le ripercussioni che l'illecito ha avuto sulla persona lesa.

In sintesi, per quanto riguarda il risarcimento del danno non patrimoniale in caso di lesioni all'integrità psicofisica, dalla ricostruzione operata dalle Sezioni Unite sembra potersi dedurre:

- a) che il c.d. danno esistenziale, inteso come compromissione delle attività realizzatrici della persona (più in generale, del “fare reddituale”), è già compreso nel danno biologico, il quale, anche sulla base della definizione normativa recata dal Codice delle assicurazioni (artt. 138 e 139), integra ogni pregiudizio che espliciti un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato;
- b) che anche il c.d. danno morale soggettivo (la sofferenza psicofisica in sé considerata) costituisce una componente del danno biologico e risulta suscettibile di valutazione solo come personalizzazione dello stesso e in presenza di elementi di prova che dimostrino la sua sussistenza;
- c) che soprattutto in presenza di lesioni di lieve entità (per le quali in caso di illecito derivante dalla circolazione stradale si applicano le tabelle di legge), la verifica della sussistenza della sofferenza psicofisica, quale elemento giustificativo della personalizzazione del danno biologico, dovrebbe rispondere a prudenti criteri valutativi, onde evitare duplicazioni risarcitorie.

Le prime decisioni dei giudici di merito non liquidano più, in effetti, il danno da sofferenza (il c.d. danno morale soggettivo) come voce separata e autonoma, ma gli orientamenti equitativi dei giudici su questo punto appaiono diversi tra loro.

- 5) Infine, in tema di risarcimento del danno nel caso di morte che segua le lesioni dopo breve tempo (c.d. **danno tanatologico**), le Sezioni Unite hanno confermato la validità della prassi seguita finora di non ammettere il risar-



cimento di alcun danno biologico quando la sofferenza, in ragione del limitato intervallo di tempo intercorrente tra lesione e morte, non è suscettibile di essere apprezzata in termini di pregiudizio alla salute, ma al contempo hanno pure affermato che la sofferenza di massima intensità, anche se di breve durata, deve essere risarcita come danno morale nella sua nuova e più ampia accezione.

LE POLIZZE "DORMIENTI"

In una fase iniziale, a causa della brevità della prescrizione assicurativa, la disciplina in tema di "conti dormienti" non aveva trovato concreta applicazione nei confronti delle imprese di assicurazione vita. Successivamente, il Governo ha predisposto una nuova normativa in materia, introducendo alcune modificazioni alla disciplina dei "conti dormienti" concernenti specificamente il settore assicurativo (Legge 27 ottobre 2008, n. 166).

Le nuove disposizioni si applicano a tutti i contratti dei rami vita, fatta eccezione per le forme previdenziali, parzialmente escluse in quanto caratterizzate da una propria specifica normativa (segnatamente per il caso di morte dell'aderente). In particolare, esse stabiliscono:

- attraverso una modifica dell'art. 2952 cod. civ., che il termine di prescrizione dei diritti derivanti dai contratti di assicurazione passa da un anno a due anni, a partire dal 28 ottobre 2008 (data di entrata in vigore della nuova disciplina);
- che gli importi dovuti dalle imprese e non reclamati dai beneficiari entro il suddetto termine biennale sono devoluti al Fondo.

La disciplina in questione opera, peraltro, anche retroattivamente, giacché prevede la devoluzione al Fondo degli importi per i quali la prescrizione sia maturata dopo il 1° gennaio 2006 e sino al 28 ottobre 2008, purché le imprese siano venute a conoscenza della prescrizione successivamente a tale ultima data. In sede di prima applicazione della disciplina, i suddetti importi sono stati comunicati dalle imprese vita al Ministero dell'economia e delle finanze entro il 15 novembre 2008.

Ulteriori modifiche alla normativa sono state successivamente recate dalla Legge 4 dicembre 2008, n. 190. In particolare, è stato previsto che:

- gli importi dovuti al Fondo debbano essere devoluti a quest'ultimo "entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello in cui scade il termine di prescrizione" (anziché, come era inizialmente, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello in cui le imprese sono venute a conoscenza del verificarsi della prescrizione);
- le imprese debbano provvedere al versamento degli importi dovuti entro il termine previsto dallo specifico regolamento di attuazione della normativa.



L'esercizio dell'attività assicurativa

Alla luce di taluni chiarimenti forniti del Ministero, il riferimento al termine di versamento delle somme dovute al Fondo – apparentemente contraddittorio – deve essere interpretato nel senso che detto termine va comunque individuato nella data del 31 maggio. E infatti è appunto a questa stessa data che rinvia anche il regolamento che ha dato una prima attuazione alla normativa in materia di depositi dormienti (DPR 22 giugno 2007, n. 116).

Per quanto concerne il problema della diversa decorrenza dell'anno da computare ai fini degli adempimenti a carico delle imprese, è opportuno distinguere a seconda del tipo di contratto di assicurazione sulla vita.

a) Polizze miste e caso vita con controassicurazione.

Come è noto, per questi contratti l'assicuratore – ove, naturalmente, non sia venuto a conoscenza della prescrizione, relativamente al rischio morte, in corso di contratto su tardiva iniziativa degli aventi diritto – acquisisce comunque certezza dell'avvenuta prescrizione per entrambi i rischi dedotti in garanzia (morte e sopravvivenza) in modo automatico, decorso il relativo termine (divenuto biennale a far tempo dal 28 ottobre 2008) dalla data di scadenza del contratto.

Tenuto conto di ciò, a regime le imprese devono provvedere agli adempimenti prescritti entro il 31 marzo (comunicazione al Ministero) ed entro il 31 maggio (versamento al Fondo) del terzo anno successivo a quello di scadenza del contratto.

b) Polizze temporanee caso morte e caso morte a vita intera.

Per questi contratti l'assicuratore può venire a conoscenza dell'avvenuta prescrizione solo a seguito di tardiva richiesta della prestazione da parte degli aventi diritto.

Ne consegue che le imprese devono provvedere agli adempimenti di cui trattasi entro il 31 marzo (comunicazione al Ministero) ed entro il 31 maggio (versamento al Fondo) dell'anno successivo a quello in cui le stesse sono venute a conoscenza della maturata prescrizione.

L'ESPOSIZIONE DEL SETTORE ASSICURATIVO VERSO LEHMAN BROTHERS

L'esposizione finanziaria del settore assicurativo italiano nei confronti delle imprese appartenenti al gruppo Lehman Brothers è limitata. I crediti complessivi vantati dalle imprese di assicurazione nei confronti del gruppo, secondo le informazioni rese note dall'ISVAP, ammontano a circa 2,7 miliardi di euro (comprensivi di circa 1,6 miliardi di crediti vantati direttamente dagli assicurati), pari allo 0,5% del totale degli attivi.

In conseguenza della crisi finanziaria della Lehman Brothers statunitense e delle altre società controllate in altri paesi del mondo, il settore assicurativo ha dato vita, nello scorso mese di dicembre e attraverso il coordinamento



dell'ANIA, a un'iniziativa su base collettiva per assistere le imprese coinvolte nella procedura concorsuale della Lehman Brothers. L'iniziativa è stata in seguito estesa anche alla fattispecie di crediti vantati nei confronti di banche islandesi.

Le imprese di assicurazione, infatti, hanno ritenuto – nell'ipotesi in cui i "titoli Lehman" risultino sottostanti a un prodotto vita di ramo III con rischio di investimento a carico dell'assicurato – di agire nell'interesse dei risparmiatori che hanno acquistato tali prodotti.

A tale proposito, nel caso in cui una polizza giunga a scadenza o l'assicurato deceda, l'impresa informa il contraente/beneficiario del fatto che si è aperta una procedura fallimentare a carico dell'emittente dei titoli sottostanti la sua polizza. L'impresa di assicurazione, infatti, è diretta creditrice nei confronti dell'emittente e partecipa alla procedura concorsuale proprio per tutelare al meglio il diritto di credito vantato dal proprio cliente. È importante ricordare, tuttavia, che solo al termine della procedura è possibile quantificare, in concreto, la misura del credito disponibile a favore degli assicurati.

Il compito di assistere le imprese è stato attribuito a un primario studio legale internazionale che periodicamente riporta alle imprese interessate lo stato della procedura. Le imprese e/o gruppi che non aderiscono all'iniziativa comune hanno conferito autonomamente incarico ad altri studi legali.

Parallelamente diverse imprese, al di là delle misure intraprese o da intraprendere per il recupero dei loro crediti, hanno deciso di intervenire con mezzi finanziari propri a tutela dei risparmiatori che avevano acquistato prodotti vita di ramo III con sottostanti titoli Lehman. Le modalità di intervento hanno assunto naturalmente forme diverse, che vanno dalla novazione oggettiva dei contratti in corso con la clientela mediante sostituzione dei sottostanti titoli Lehman, alla garanzia di conservazione del valore nominale del capitale investito alle previste scadenze contrattuali.

Attraverso questi interventi volontari sono stati contenuti gli effetti derivanti dal dissesto di Lehman Brothers per i risparmiatori cui fa capo l'80% dei prodotti di specie.

L'AZIONE COLLETTIVA RISARCITORIA A TUTELA DEI CONSUMATORI

Con la Legge 244/2007 (Legge finanziaria 2008) è stata introdotta nel nostro Paese l'azione collettiva risarcitoria a tutela dei consumatori, attraverso l'inserimento di nuove disposizioni nel d.lgs. 6 settembre 2005, n. 206 (c.d. "Codice del Consumo", artt. 140-*bis* e ss.). In virtù della legge 14/2009 la nuova disciplina diverrà efficace a partire dal 1° luglio 2009. Il differimento è stato



previsto anche al fine di individuare e coordinare specifici strumenti di tutela risarcitoria collettiva, anche in forma specifica, nei confronti delle pubbliche amministrazioni.

Nel frattempo si sono succedute diverse iniziative legislative, anche di fonte governativa, per emendare il testo originariamente proposto. In particolare, alla Camera dei Deputati sono stati presentati diversi disegni di legge – sia da parte della maggioranza sia da parte dell'opposizione – per chiarire e semplificare la normativa sul piano tecnico giuridico.

Per quanto riguarda le proposte presentate dal Governo – nell'ambito dell'iter di approvazione del provvedimento recante disposizioni per lo sviluppo e l'internazionalizzazione delle imprese nonché in materia di energia, approvato dal Senato e attualmente all'esame della Camera – si ritiene che esse, sotto un profilo generale, migliorino la disciplina originaria, risolvendo sostanzialmente le questioni interpretative e operative sulle quali l'ANIA e altre associazioni si sono ripetutamente soffermate in passato.

In via generale, quindi, sono state accolte con favore le ipotesi di revisione, soprattutto nelle parti relative a: il miglioramento della disciplina del c.d. *opt-in* che è stata semplificata nella fase di accesso; l'inammissibilità – scaduto il termine fissato per l'*opt-in* – della riproposizione di ulteriori azioni per lo stesso fatto e nei confronti del medesimo convenuto; la riunione delle eventuali azioni per i medesimi fatti e nei confronti del medesimo convenuto presentate entro la scadenza del predetto termine; la c.d. irretroattività della disciplina (che si applicherebbe solo ai "fatti illeciti compiuti successivamente al 30 giugno 2008").

Fermo restando il giudizio complessivamente positivo sulle ipotesi di modifica, l'ANIA ritiene che permangano talune criticità che, seppure con portata e intensità diverse, incidono sulla capacità della disciplina in esame di essere pienamente rispondente all'interesse della certezza giuridica e dei traffici commerciali, nonché all'efficienza della giustizia e, più in generale, del mercato.

In ogni caso, la normativa potrebbe essere migliorata:

- eliminando la provvisoria esecutività della sentenza di condanna, che espone l'impresa convenuta – una volta pagate le somme liquidate in primo grado e dopo aver vinto la causa nel giudizio d'appello – al notevole rischio di non riuscire a ottenere la restituzione dei pagamenti effettuati se non avviando una moltitudine di procedimenti, ciascuno dei quali per un importo nella maggior parte dei casi modesto e sostenendo costi ingenti senza avere alcuna certezza del recupero;
- prevedendo necessariamente la possibilità di esperire un tentativo di conciliazione prima della sentenza. L'ANIA ha sempre ritenuto, infatti, che il



ricorso a una fase conciliativa sia necessario e funzionale non solo alla risoluzione della controversia nella fase antecedente la sentenza che decide sull'azione, ma, altresì, nel caso in cui l'azione si concluda senza determinare esattamente le somme dovute a ciascun aderente, bensì con la fissazione di un criterio di calcolo per la loro successiva liquidazione.

LA COSTITUZIONE DI UN'AGENZIA ANTIFRODE

Prosegue l'impegno dell'ANIA per dotare il mercato assicurativo di strumenti idonei ad arginare le attività fraudolente nei confronti del settore.

Presso la Commissione finanze del Senato sono in corso di discussione alcuni disegni di legge – ora riuniti in testo unificato – che, pur trattando di contrasto del furto d'identità e di prevenzione delle frodi nel settore del credito al consumo e dei pagamenti dilazionati o differiti, prevedono anche un sistema di contrasto, sul piano amministrativo, delle frodi in assicurazione.

In tale ambito, l'ANIA è stata ascoltata più volte in audizione presso la suddetta Commissione e ha presentato documenti esplicativi in cui ha manifestato l'urgenza di interventi su un fenomeno che costituisce elemento perturbatore grave dell'esercizio dell'attività assicurativa, con pesanti ripercussioni sul benessere dei consumatori.

È stato anche aperto il confronto con il Garante della "privacy" per chiarire i punti essenziali della delicata tematica sia in termini di esigenze e di aspettative del settore assicurativo sia in termini di limiti di assunzione e di utilizzo dei dati personali, ponendo così le basi per ogni successiva iniziativa.

Parallelamente, è proseguito il dialogo con l'ISVAP per una migliore e più efficace funzionalità della banca dati sinistri r.c. auto, di cui all'art. 135 del Codice delle assicurazioni. L'Istituto ha emanato una nuova regolamentazione della banca dati, che, pur accogliendo numerose proposte dell'Associazione, non ha potuto recepire le osservazioni dirette a sfruttare l'indubbio potenziale dell'attuale archivio dati attraverso analisi incrociate con sistemi di "data mining". L'Istituto di vigilanza ha infatti ritenuto che il quadro normativo vigente non consenta di trasformare la banca dati in un sistema informativo che fornisca, anche indipendentemente da ogni singola liquidazione di sinistro, specifici "alert" a tutte le imprese circa le ricorrenze sospette scoperte su di un numero ampio di sinistri.

In sintesi, l'ANIA ha portato avanti, in tutte le sedi, quelli che si possono ritenere i concetti fondamentali per una valida e positiva attività antifrode nel settore assicurativo, traendo spunto anche dalle migliori esperienze degli altri principali paesi, che da tempo hanno adottato modelli strutturati di attività di antifrode assicurativa, con risultati significativi in termini di prevenzione e contrasto delle truffe.



L'esercizio dell'attività assicurativa

Detti modelli sono, innanzitutto, incentrati sulla presenza di uno specifico organismo – per lo più privato, ma ciò non toglie che possa essere anche una struttura pubblica (eventualmente finanziata dal settore assicurativo) – e generalmente hanno le seguenti caratteristiche:

- utilizzo dell'“information technology”: l'organismo gestisce un sistema centralizzato delle informazioni disponibili sul mercato di riferimento, dotato di funzioni di accesso semplificate e di procedure e prodotti che consentono l'identificazione automatica di casi sospetti mediante l'applicazione di cosiddetti “warning”. L'“information technology” presuppone quindi: (a) archivi che centralizzano le informazioni già presenti nei “data base” esistenti presso le imprese e in altre banche dati e le riclassificano in chiave antifrode; (b) un'attività di indagine condotta dall'organismo e/o dalle singole strutture antifrode aziendali sulla base di quanto evidenziato dai citati “warning” nell'ambito dell'archivio centralizzato; (c) la condivisione con tutto il mercato assicurativo dei sospetti di frode (tentata o consumata) individuati a conclusione delle attività di verifica;
- cooperazione con le Forze di polizia: l'organismo svolge una costante funzione di supporto alle Autorità investigative per la formazione nella specifica materia assicurativa, per l'analisi dei fenomeni, per la denuncia dei casi concreti;
- collaborazione con le imprese assicuratrici: l'organismo provvede alla raccolta e allo scambio di informazioni con le imprese assicuratrici in merito ai fenomeni fraudolenti, alla diffusione delle notizie circa il recupero dei veicoli rubati, al coordinamento dei rapporti con la Magistratura e le Forze di polizia;
- cooperazione internazionale: l'organismo coopera con le omologhe strutture degli altri paesi.

DISCIPLINA DELLE PRATICHE COMMERCIALI SCORRETTE E NORMATIVA DI SETTORE

Come è noto, nel 2005 è stata emanata una direttiva-quadro (2005/29/CE) destinata ad armonizzare la normativa vigente in materia di pratiche commerciali sleali, stabilendo un generale divieto di dette pratiche da valutare in relazione alla loro effettiva capacità di alterare le scelte di acquisto del “consumatore medio”, e predisponendo altresì una “lista” di comportamenti che si presumono sleali e vengono quindi automaticamente vietati.

La direttiva è stata recepita nel nostro ordinamento mediante due decreti legislativi, entrati in vigore il 21 settembre 2007: si tratta del d.lgs. del 2 agosto 2007, n. 145, in materia di pubblicità ingannevole e del d.lgs. del 2 agosto 2007, n. 146, in materia di pratiche commerciali sleali tra imprese e “consumatori”. In particolare, il d.lgs. n. 146 sostituisce integralmente i Capi I e II del Titolo III del Codice del consumo, introducendovi la disciplina delle pratiche



commerciali "scorrette" nei confronti dei "consumatori". La disciplina sulle pratiche commerciali "scorrette" risulta avere carattere generale e trasversale. La competenza ad applicare le nuove disposizioni a tutela del consumatore spetta all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ("AGCM"), come previsto dall'art. 27 comma 1.

Al riguardo, è noto che i temi delle regole di comportamento, dell'informativa precontrattuale e della pubblicità dei prodotti costituiscono oggetto di disciplina, per i prodotti assicurativi e finanziari, sia da parte delle direttive comunitarie vita e danni, sia da parte della normativa MiFID (applicabile, per scelta del legislatore italiano, ai prodotti finanziari assicurativi). Tali discipline, recepite dal legislatore nazionale, prevedono specifiche competenze in capo alla CONSOB e all'ISVAP per quanto riguarda il rispetto dei dettami normativi.

Si pone dunque il problema del coordinamento tra le diverse discipline a tutela del consumatore, e della ripartizione delle competenze tra le Autorità di vigilanza rispettivamente preposte alla loro applicazione.

In pratica, il criterio di risoluzione di eventuali conflitti tra normative previsto espressamente dal legislatore comunitario, è quello di specialità, dettato dall'art. 3.4 della direttiva (e ripreso in maniera pressoché identica dall'art. 19, comma 3, del codice del consumo) ai sensi del quale *"in caso di contrasto tra le disposizioni della presente direttiva e altre norme comunitarie che disciplinano aspetti specifici delle pratiche commerciali sleali prevalgono queste ultime e si applicano a tali aspetti specifici"*.

Del resto tale principio trova conferma anche nel considerando 10 della Direttiva sulle pratiche scorrette nel quale si precisa: *"[...] la presente direttiva si applica soltanto qualora non esistano norme di diritto comunitario specifiche che disciplinino aspetti specifici delle pratiche commerciali sleali, come gli obblighi di informazione e le regole sulle modalità di presentazione delle informazioni al consumatore. Essa offre una tutela ai consumatori ove a livello comunitario non esista una specifica legislazione di settore [...]. Ciò è particolarmente importante per prodotti complessi che comportano rischi elevati per i consumatori, come alcuni prodotti finanziari"*.

Nel recente parere¹, reso dal Consiglio di Stato all'AGCM, i giudici amministrativi ritengono applicabile il principio di specialità come criterio per la soluzione di eventuali conflitti di competenze. L'Antitrust poneva infatti un quesito circa l'ambito di applicazione della disciplina generale e la conseguente propria competenza a intervenire in merito alle pratiche scorrette poste in essere nel settore dei servizi finanziari.

¹ V. Cons. Stato, parere 3 dicembre 2008 – n. 3999/2008



Il Consiglio di Stato ritiene che il generale principio di specialità, immanente all'ordinamento, che opera nei casi di c.d. concorso di norme, ipotesi cioè in cui più norme sembrano disciplinare un medesimo fatto, può essere validamente invocato per dirimere il conflitto di competenze tra le due Autorità. In sintesi, in applicazione del principio di specialità, il Consiglio di Stato, stabilisce che *"la disciplina generale sulle pratiche commerciali scorrette, per il cui enforcement è competente l'Autorità garante della concorrenza e del mercato, non si applichi laddove operino norme relative agli obblighi informativi e di correttezza nella commercializzazione dei servizi finanziari, per la cui applicazione, con i relativi poteri sanzionatori, è competente la CONSOB"*.

In questo caso, sono le disposizioni del d.lgs. 24 febbraio 1998, n. 58 ("Testo unico delle disposizioni in materia di intermediazione finanziaria") e non quelle del codice del consumo a dover essere utilizzate per intervenire riguardo alle pratiche commerciali scorrette poste in essere dai professionisti che operano nei servizi finanziari, quali intermediari finanziari.

Sembrirebbe ovvio che il principio di specialità come chiave di ripartizione di competenze possa trovare diretta applicazione anche per i prodotti finanziari offerti dalle imprese di assicurazione che sottostanno alla medesima disciplina.

Ovviamente il principio di specialità non sempre è un criterio utile a regolare i rapporti tra le diverse discipline. Il Consiglio di Stato precisa infatti che tale principio vale solo nel caso in cui ci sia un rischio di duplicazione: cioè in *"quelle situazioni e per quei comportamenti che possano in concreto configurare due interventi simultanei"*, da parte dell'AGCM e dell'Autorità di settore e dove quindi c'è necessità di individuare una sola normativa applicabile.

Infatti, nel caso in cui vi sia una lacuna dell'ordinamento settoriale, tale principio non può essere invocato in quanto manca una disciplina settoriale specifica su quel singolo comportamento, e pertanto in questi casi si applicherà in via sussidiaria la normativa generale.



L'ECONOMIA INTERNAZIONALE

Il quadro congiunturale si è sensibilmente aggravato nell'ultimo trimestre del 2008 e, soprattutto nel primo del 2009.

Negli Stati Uniti il PIL è diminuito dell'1,5% nel primo trimestre del 2009, dopo -1,6% nel quarto. La caduta è stata più accentuata in Giappone (4,0% nel primo trimestre, dopo -3,8% nel trimestre precedente).

Nell'area dell'euro la contrazione del prodotto è stata nel primo trimestre pari al 2,5% (-1,8% nel quarto trimestre del 2008), anche per una riduzione dei consumi delle famiglie (-0,5%, contro -0,4% nel trimestre precedente) e un drastico calo delle esportazioni (-8,1%, contro -7,2%). La riduzione del PIL italiano è stata del 2,4% in linea con quella media dell'area (-2,1% nel quarto trimestre del 2008).

Secondo le previsioni dell'OCSE la grave recessione che sta attraversando le economie dei principali paesi continuerà per tutto il 2009, che dovrebbe essere l'anno con la massima contrazione del prodotto (tavola 1). Nel 2010 la stabilizzazione della domanda interna, sostenuta soprattutto dalle politiche fiscali espansive previste dai piani di intervento avviati dai governi nazionali, dovrebbe riportare le maggiori economie su ritmi di crescita nulli o leggermente negativi. La crisi produrrà gravi riflessi occupazionali, in particolare negli Stati Uniti, dove il tasso di disoccupazione dovrebbe superare il 10% nel 2010. Il raffreddamento della domanda porterà a una drastica diminuzione del tasso di inflazione, che potrebbe divenire negativo negli Stati Uniti e in Giappone. La contrazione degli scambi internazionali avrà un effetto sull'export di tutti i paesi, con contrazioni che potranno arrivare fino al 26% nel caso del Giappone.

	Stati Uniti		Giappone		Area dell'euro	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
PIL	-4,0	0,0	-6,6	-0,5	-4,1	-0,3
Consumi Privati Finali	-2,4	0,1	-1,4	-0,5	-1,3	-0,1
Consumi della PA	2,0	2,8	2,4	2,9	1,5	1,2
Investimenti	-14,3	-3,3	-10,5	-1,9	-9,0	-2,1
Esportazioni	-11,3	0,2	-26,4	-2,0	-14,8	-0,7
Importazioni	-10,1	0,3	-4,8	0,7	-12,3	-0,8
Tasso di disoccupazione	9,1	10,3	4,9	5,6	10,1	11,7
Tasso di interesse di breve periodo	1,2	0,7	0,6	0,3	1,3	0,6
Indice armonizzato dei prezzi al consumo	-0,4	0,5	-1,2	-1,3	0,6	0,7

TAVOLA 1
LE PREVISIONI 2009-2010 PER I PAESI INDUSTRIALIZZATI
(Variazioni % rispetto all'anno precedente)

Fonte: OCSE

L'ECONOMIA ITALIANA

Secondo le previsioni dell'OCSE, la fase recessiva colpirà l'economia italiana con modalità simili a quelle degli altri paesi dell'area dell'euro. Nel 2009 l'OCSE prevede che il PIL italiano diminuirà del 4,3% (tavola 2) (-4,0 per



Le previsioni per il 2009

TAVOLA 2
LE PREVISIONI PER L'ECONOMIA ITALIANA

	OCSE		Consensus		Fondo Monetario Internazionale	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
PIL a prezzi di mercato	-4,3	-0,4	-4,0	0,2	-4,4	-0,4
Consumi privati	-3,0	0,0	-1,4	0,1	-	-
Consumi delle PA	0,3	0,2	-	-	-	-
Investimenti	-11,7	-0,8	-11,0	-1,0	-	-
Esportazioni	-15,9	-1,1	-	-	-	-
Importazioni	-13,8	-0,2	-	-	-	-
Tasso di disoccupazione	9,2	10,7	8,3	9,0	8,9	10,5
Tasso di interesse di breve periodo	1,3	0,6	-	-	-	-
Indice armonizzato dei prezzi al consumo	0,7	0,7	0,8	1,6	0,7	0,6

Fonte: OCSE, Consensus Economics (maggio 2009)
e Fondo Monetario Internazionale

Consensus Economics, -4,4% per il Fondo Monetario Internazionale e -5% per la Banca d'Italia), per poi tornare su una crescita nulla nel 2010. A comprimere l'attività economica contribuiranno, come nel 2008, la debolezza delle principali componenti della domanda interna, unita a una dinamica della spesa pubblica inferiore alla media dei paesi europei. I consumi delle famiglie si ridurrebbero del 3%, gli investimenti dell'11,7% e le esportazioni del 15,9%.

L'ASSICURAZIONE ITALIANA NEL 2009

La difficile congiuntura economica frenerà la domanda di assicurazione danni: i premi delle assicurazioni di questo settore potrebbero diminuire (-0,8%

TAVOLA 3
PREVISIONI DEI PREMI ASSICURATIVI IN ITALIA
Valori in milioni di euro

RAMI	PREMI 2008	PREMI 2009	VAR. % 2008-2007 (*)	VAR. % 2009-2008 (*)
R.C. Autoveicoli terrestri	17.606	17.342	-3,3%	-1,5%
Corpi veicoli terrestri	3.208	3.079	-2,3%	-4,0%
Infortuni	3.202	3.234	0,4%	1,0%
Malattia	2.159	2.180	5,3%	1,0%
Incendio ed elementi naturali	2.346	2.322	0,1%	-1,0%
R.C. generale	3.315	3.348	1,8%	1,0%
Altri danni ai beni	2.732	2.705	6,2%	-1,0%
Altri rami danni	2.885	2.942	4,9%	2,0%
TOTALE RAMI DANNI	37.451	37.153	-0,5%	-0,8%
<i>Incidenza % sul PIL</i>	<i>2,4%</i>	<i>2,5%</i>		
Ramo I - vita umana	31.429	45.572	15,7%	45,0%
Ramo III - linked	18.558	7.423	-36,1%	-60,0%
Altri rami vita	4.578	6.867	-12,3%	50,0%
TOTALE RAMI VITA	54.565	59.862	-11,2%	9,7%
<i>Incidenza % sul PIL</i>	<i>3,5%</i>	<i>4,0%</i>		
TOTALE RAMI	92.016	97.015	-7,1%	5,4%
<i>Incidenza % sul PIL</i>	<i>5,9%</i>	<i>6,5%</i>		

Fonte: stime ANIA
(* I dati del 2008 sono a consuntivo,
mentre quelli del 2009 sono stimati)



rispetto al 2008). Per il settore r.c. auto, dopo che la raccolta premi è diminuita del 5,2% nel primo trimestre 2009 rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente, è possibile stimare una diminuzione dei premi dell'intero anno compresa tra l'1% e il 2%. Dovrebbe diminuire significativamente la raccolta premi per il ramo corpi veicoli terrestri (-4%), a causa della contrazione della vendita di nuove vetture. Il volume premi del settore Property (incendio e altri danni ai beni) dovrebbe diminuire dell'1%, a causa della congiuntura economica. Un aumento dei premi dovrebbe riguardare, invece, i rami infortuni e malattia, la r.c. generale e i restanti rami danni.

Nel ramo vita la difficile situazione economica e finanziaria potrebbe indurre le famiglie ad aumentare la propensione al risparmio e a diversificare il flusso di risparmio che nel corso del 2008 è stato investito sostanzialmente tutto in strumenti bancari. Nei primi quattro mesi dell'anno in corso la nuova produzione vita ha superato i 17 miliardi di euro con un aumento di oltre il 25% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Con riferimento ai diversi rami, la nuova produzione dei prodotti di ramo III - linked è diminuita dell'80% rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente; ma questa drastica diminuzione è stata più che compensata dalla nuova produzione dei prodotti di ramo I che, nello stesso periodo, è più che raddoppiata. Questa forte ripresa delle polizze di tipo tradizionale è da mettere in connessione con la ricerca da parte dei risparmiatori delle garanzie generalmente presenti in questi prodotti (restituzione del capitale e/o riconoscimento di un rendimento minimo garantito).

Nell'ipotesi che nel 2009 tornino gradualmente condizioni ordinate nei mercati finanziari, i premi dell'assicurazione vita potrebbero tornare a crescere (+10%), anche se in misura inferiore a quanto osservato nel primo quadrimestre dell'anno. La raccolta dei premi vita dovrebbe così sfiorare i 60 miliardi di euro e l'incidenza rispetto al PIL aumenterebbe, passando dal 3,5% nel 2008 al 4,0% nel 2009.

La dinamica dovrebbe essere il risultato del forte aumento dei premi relativi alle polizze di ramo I (di tipo tradizionale) che dovrebbero aumentare del 45%, e della diminuzione dei premi relativi ai prodotti assicurativo-finanziari (polizze linked), per i quali si potrebbe registrare un forte calo (-60%), dopo la contrazione già osservata nel 2008 (quasi -40%).

Nel complesso la raccolta premi del lavoro diretto italiano dovrebbe tornare a crescere nel 2009 rispetto all'anno passato: il volume della raccolta premi dovrebbe raggiungere i 97 miliardi di euro con un aumento del 5,4% rispetto ai premi del 2008 e con un'incidenza sul PIL pari al 6,5%, in aumento rispetto al 5,9% del 2008.



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 2008 e al 2009 sono stimati

Chiuso in tipografia il 19 giugno 2009



