

che l'obbligo derivante da una copertura assicurativa. Si comportano così, ad esempio, la Spagna, gli Stati Uniti per il rischio di alluvione e la Turchia.

In altre situazioni, che rileviamo ad esempio in Francia, Regno Unito, Giappone e Norvegia lo Stato svolge la funzione di riassicuratore, una parte del rischio rimane a carico del settore assicurativo privato. Lo Stato, tuttavia, dietro il pagamento di un corrispettivo, utilizza i meccanismi amministrativi del mercato assicurativo privato (ad esempio per la sottoscrizione delle polizze, la valutazione e liquidazione dei sinistri). In tal modo si aumenta l'efficacia del mercato privato in quanto, in caso di necessità, interviene il sistema pubblico.

Altra funzione che lo Stato può svolgere è quella di regolatore, che provvede all'emanazione di determinate norme relative alla responsabilità e agli obblighi cautelari e preventivi per rendere alcuni rischi gestibili per il settore privato.

Può agevolmente rilevarsi che con l'intervento diretto dello Stato sul mercato è neutralizzato il rischio di insolvenza del settore assicurativo privato, anche se, come noto, l'intervento pubblico spesso favorisce il *moral hazard*, soprattutto quando nel contratto non sono previsti meccanismi correttivi come le franchigie e massimali. Quindi, più ci si accosta al modello dell'assicurazione privata, più aumenteranno i costi delle coperture assicurative per i privati, anche se, al contempo, diminuiranno i costi a carico dello Stato.

Un'allocazione dei rischi catastrofici efficiente, equa e finanziariamente sostenibile è una sfida complessa e urgente per molti Governi. Questi ultimi possono adottare diverse misure di policy per raggiungere tale obiettivo. Progi e difetti dell'intervento pubblico si misurano soprattutto con la sua capacità di suscitare efficienti politiche di prevenzione. Infatti, nonostante la probabilità del verificarsi di un evento catastrofico sia tendenzialmente esogena, adottando determinate misure di prevenzione si può limitare l'entità dei danni.

Volendo realizzare una classificazione, le varie forme di intervento statale possono così descriversi:

1. *Interventi ex-post — copertura pubblica dei danni* (con risarcimenti parziali o totali). Il modello non prevede la necessità di adottare misure di prevenzione ex-ante da parte dello Stato, ma, dopo che l'evento catastrofico si è verificato, lo Stato deciderà se, e in quale misura, coprire i danni prodotti. Questa tipologia di intervento è molto rischiosa sia per lo Stato che per i cittadini colpiti dall'evento catastrofico in quanto l'ammontare del danno prodotto sarà una spesa aleatoria, così come lo sarà la capacità di copertura dello Stato. Questo è il modello finora utilizzato dall'Italia.
2. *Interventi ex-ante — attraverso la mutualità pubblica*: si realizza una riallocazione ex-ante dei rischi fra tutti i cittadini, attraverso regole di copertura (parziale o totale) dei danni in caso di eventi catastrofici, tramite la realizzazione di opere pubbliche destinate alla prevenzione degli eventi o dei loro effetti nonché attività di sensibilizzazione nelle popolazioni a rischio e predisposizione di piani di emergenza.
3. *Incentivi all'assicurazione dei rischi catastrofici*: le compagnie assicurative possono essere lasciate libere nello svolgimento della loro attività (sottoscrizione polizze, raccolta premi, valutazione sinistri, ecc.), tuttavia, qualora il cittadino non riesca a trovare sul mercato una copertura assicurativa o la trovi a prezzi eccessivi, lo Stato interviene fissando i criteri per

l'assunzione del rischio o attraverso la corresponsione di sussidi che rendano il premio non troppo elevato. Lo Stato può intervenire anche attraverso l'istituzione di un fondo pubblico che supporti le perdite non previste dalle stesse imprese. Un esempio di tale modello è rinvenibile in Belgio.

4. *Collaborazione con le compagnie di assicurazione:* attraverso la propria rete, il settore privato si assume ex-ante i rischi che poi verranno retrocessi (in tutto o in parte) allo Stato, il quale assume un ruolo di riassicuratore di ultima istanza. Il mercato privato, tuttavia, risulta generalmente vincolato in quanto lo Stato impone una standardizzazione dei contratti e ne fissa i prezzi. In tale modello i danni più severi e imprevedibili sono a carico dello Stato mentre il comparto privato copre un livello di danni "normale" e garantisce i servizi connessi all'attività di assunzione e liquidazione.

Non può dirsi che esista un modello preferibile rispetto agli altri; i quattro modelli possono anche combinarsi tra loro. In funzione del tipo di eventi catastrofici considerati, del grado di solidarietà e del livello di conflittualità tra efficienza e solidarietà, le varie soluzioni possono essere differenzialmente efficaci. In tutti i modelli è presente un meccanismo redistributivo, dove i soggetti più fortunati sostengono quelli colpiti dall'evento catastrofico.

Tornando al caso italiano, da tempo si discute circa l'introduzione dell'obbligatorietà dell'assicurazione contro le catastrofi naturali o di un'estensione obbligatoria a questi eventi delle coperture incendio. Tuttavia, lo Stato è consapevole della scarsa sensibilità dei cittadini nei confronti della prevenzione dei rischi ed è preoccupato che questa spesa possa essere percepita non come una forma di tutela del proprio patrimonio, ma come una nuova tassa sugli immobili.

Tale obbligatorietà, d'altro canto, creerebbe quella massa critica necessaria per il buon funzionamento del meccanismo assicurativo, basato sulla mutualità e sulla ripartizione del rischio. Infatti, il costo pro-capite, anche se collegato alle dimensioni dell'abitazione e alla rischiosità della sua ubicazione, sarebbe di gran lunga inferiore rispetto al premio che le compagnie dovrebbero chiedere nel caso dell'adesione facoltativa.

7.2 - Assicurazione della Medical malpractice

Nel ramo r.c. generale, con riferimento allo specifico rischio della *medical malpractice*, si è assistito di recente a una progressiva scomparsa degli operatori nazionali e alla concentrazione dell'offerta su singoli operatori comunitari.

In ordine alla copertura di questo rischio sono emersi nel tempo problemi sia dal lato della domanda, sia dal lato dell'offerta.

Con riferimento alla domanda, il problema principale è stato determinato dalla presenza, in quasi tutti i contratti offerti sul mercato, della clausola del *claims made*²⁸. Dal lato dell'offerta,

²⁸ Questo tipo di clausola delimita l'operatività della garanzia assicurativa alle richieste di risarcimento ricevute dall'assicurato e da questi denunciate all'assicuratore entro il periodo di vigenza contrattuale della polizza. Talvolta queste polizze possono contenere la "garanzia postuma" e/o un "periodo di retroattività". Con la prima clausola la copertura è estesa a un determinato periodo di tempo dalla cessazione del contratto, con la seconda, invece, è previsto un periodo di retroattività entro il quale deve essersi realizzata la condotta lesiva affinché la richiesta di risarcimento derivata dalla stessa possa godere della copertura assicurativa.

invece il problema principale è stato causato dall'indeterminatezza dei costi del risarcimento, dovuta essenzialmente alla continua evoluzione giurisprudenziale della materia, anche in ragione della qualificazione "contrattuale" della responsabilità, che comporta come sostanziali conseguenze sia l'inversione dell'onere della prova sia l'estensione a dieci anni del termine prescrizioneale.

Il descritto scenario ha determinato "tensioni" sui prezzi, che in taluni casi hanno favorito, se non addirittura causato, il ricorso all'autoassicurazione (circostanza verificatasi in alcune regioni del nostro Paese per la copertura dei rischi delle ASL).

Pertanto, la possibilità del ricorso alternativo all'autoassicurazione è stata introdotta dal D.L. 158/2012 (come modificato ed integrato dall'art. 27, comma 1, D.L. 90/2014), con la previsione della facoltà per le aziende sanitarie, obbligate a stipulare una polizza di responsabilità civile, di predisporre "altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale".

Appare evidente che tale previsione trasferisce in capo alla dirigenza sanitaria la valutazione dell'adeguatezza delle misure alternative alla copertura assicurativa; misure che non possono limitarsi al mero stanziamento in bilancio di specifici fondi destinati alla copertura dei rischi sanitari.

Si richiede, infatti, un'attività più complessa di valutazione dei rischi e di predisposizione dei correlati presidi, per certi versi simile all'attività degli assicuratori.

Risulta incombente il rischio correlato di non adeguato presidio dei rischi in argomento, con evidenti effetti negativi sia sui conti delle future gestioni, sia sulla responsabilità amministrativa dei dirigenti preposti alla valutazione di adeguatezza dei presidi. Pertanto, l'autoassicurazione potrà comportare effettivi risparmi alla gestione della sanità solo se la descritta attività di presidio dei rischi sarà efficacemente svolta.

Tenuto conto del rilievo sociale che ha assunto la materia, l'IVASS, con lettera al mercato del 5 Maggio 2015, ha avviato uno studio del mercato di riferimento che si pone quale obiettivo sia l'analisi dell'offerta, sia l'analisi della domanda, avuto riguardo agli aspetti quantitativi e qualitativi.

I risultati dovrebbero agevolare una migliore conoscenza delle condizioni di domanda e offerta e degli eventuali fattori che le condizionano, anche esterni allo stesso mercato di riferimento.

In questa sede vengono esposti i risultati della prima fase del progetto con la quale è stata realizzata l'indagine presso le compagnie di assicurazione esercenti in Italia il ramo r.c. generale, avuto riguardo allo specifico rischio della r.c. medica (*medical malpractice*), estesa agli ultimi cinque esercizi sociali (2010-2014).

Le imprese italiane e le rappresentanze delle imprese extra UE che operano nel ramo r.c. generale sono 66; di queste, quelle che offrono la copertura del rischio r.c. medica sono 29; tutte offrono polizze relative alla copertura per il personale sanitario, solo 3 imprese co-

prono il rischio relativo alle strutture sanitarie pubbliche e 12 imprese quello delle strutture sanitarie private.

Un'unica impresa ha comunicato di non applicare la clausola *claims made*, limitatamente alla copertura dei rischi delle strutture sanitarie private, altre due imprese hanno indicato di avvalersi della clausola di disdetta in caso di sinistro su coperture del personale sanitario. Concentrandosi su quest'ultimo tipo di copertura, delle 29 imprese operative, si osserva che:

- 10 non applicano franchigie;
- 13 non applicano scoperto; le altre adottano percentuali comprese tra lo zero ed il 20% di scoperto;
- il massimale (minimo e massimo) applicato è generalmente diverso da impresa a impresa; i valori mediani si attestano da 500.000 euro a 2.000.000 di euro.

Alla rilevazione hanno partecipato anche 11 imprese SEE operanti in Italia in regime di stabilimento o l.p.s.:

- sono 2 le compagnie che offrono coperture su tutti e tre i tipi di rischi;
- le coperture del personale sanitario sono offerte da 5 compagnie;

Nelle tavole I.70, I.71 e I.72 e nelle figure I.52a e I.52b sono riportate le informazioni relative ai premi lordi e alle quote di mercato dell' r.c. medica in Italia.

Tavola I.70 - Premi Lordi - Imprese Italiane e rappresentanze imprese extra UE

(in euro)

Anno	Strutture Sanitarie				Personale Sanitario		TOTALE	
	Pubbliche	Privata	Totale	Δ%		Δ%		Δ%
2010	243.668.291	67.558.828	311.227.119	-	118.738.075	-	429.965.194	-
2011	132.017.557	75.127.878	207.145.435	-33,44%	134.125.395	12,96%	341.270.830	-20,63%
2012	85.210.193	61.563.294	146.773.487	-29,14%	149.876.813	11,74%	296.650.300	-13,07%
2013	31.589.021	55.284.196	86.873.217	-40,81%	165.196.744	10,22%	252.069.961	-15,03%
2014	26.878.735	58.438.001	85.316.736	-1,79%	165.994.924	0,48%	251.311.660	-0,30%
Variazione % dal 2010 al 2014		-72,68%			39,80%		-41,55%	

Fonte: IVASS.

Tavola I.71 - Premi Lordi - Imprese SEE operanti in Italia in regime di stabilimento e i.p.s.

(in euro)

Anno	Strutture Sanitarie				Personale Sanitario		TOTALE	Δ%
	Pubbliche	Private	Totale	Δ%		Δ%		
2010	259.930.440	7.788.837	267.719.277	-	27.779.801	-	295.499.078	-
2011	305.863.108	24.520.742	330.383.850	23,41%	30.565.385	10,03%	360.949.235	22,15%
2012	311.466.790	34.831.760	346.298.550	4,82%	28.502.035	-6,75%	374.800.585	3,84%
2013	279.901.319	30.810.859	310.712.178	-10,28%	29.131.317	2,21%	339.843.495	-9,33%
2014	259.076.675	17.245.448	276.322.123	-11,07%	23.708.438	-18,62%	300.030.561	-11,72%
Variazione % dal 2010 al 2014		3,21%				-14,66%		1,53%

Fonte: IVASS.

Tavola I.72 - Premi Lordi - Totale Mercato

(in euro)

Anno	Strutture Sanitarie				Personale Sanitario		TOTALE	Δ%
	Pubbliche	Private	Totale	Δ%		Δ%		
2010	503.598.731	75.347.665	578.946.396	-	146.515.876	-	725.462.272	-
2011	437.880.665	99.648.620	537.529.285	-7,15%	164.690.780	12,40%	702.220.065	-3,20%
2012	396.676.983	96.395.054	493.072.037	-8,27%	178.378.848	8,31%	671.450.885	-4,38%
2013	311.490.340	86.095.055	397.585.395	-19,37%	194.328.061	8,94%	591.913.456	-11,85%
2014	285.955.410	75.683.449	361.638.859	-9,04%	189.703.362	-2,38%	551.342.221	-6,85%
Variazione % dal 2010 al 2014		-37,54%				29,48%		-24,00%

Fonte: IVASS.

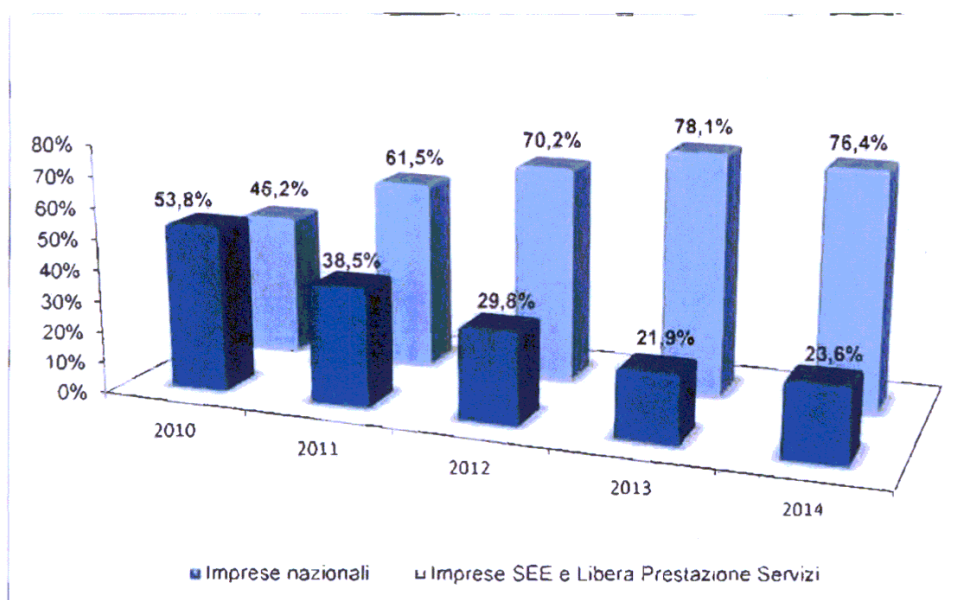
Dalle tavole precedenti si osserva la progressiva contrazione della raccolta premi relativa alle coperture assicurative acquistate dalle strutture sanitarie pubbliche, che nel periodo di riferimento passano da circa 504 milioni di euro del 2010 a 286 milioni di euro rilevati con riferimento al 2014 (-43,3%).

La riduzione dei premi riferita alle strutture sanitarie sia pubbliche che private è meno rilevante (-37,5%), così come quella complessiva (-24,0%), ottenuta considerando anche l'offerta al personale sanitario, sempre nello stesso quinquennio.

Si osserva, infatti, una costante crescita dei premi lordi riferiti alle coperture acquistate dal personale sanitario che, dai 146,5 milioni di euro complessivamente registrati nel 2010, raggiungono quasi i 190 milioni di euro nel 2014 (+29,5%).

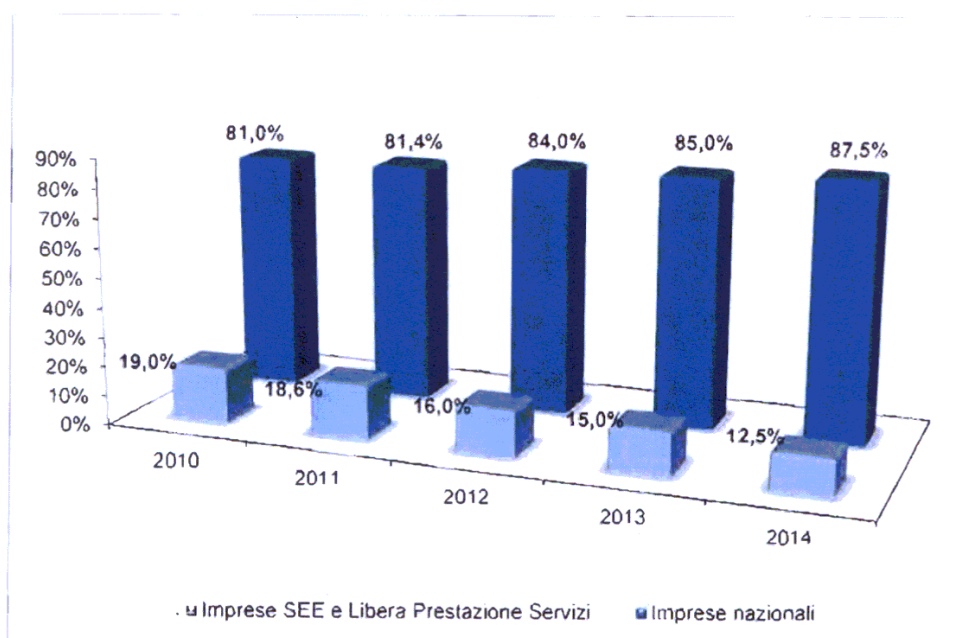
La presenza degli operatori nazionali nel comparto delle strutture sanitarie pubbliche, che nel 2010 rappresentava il 48,4% dell'offerta complessiva, si è progressivamente ridotta al 9,4% nel 2014. L'analisi delle quote di mercato, di cui alle figure che seguono, mette invece in luce la presenza costante, nel periodo considerato, delle imprese nazionali nel comparto delle coperture individuali del personale sanitario (81% del mercato nel 2010 e 87,5% nel 2014).

Figura I.52a - Quote di Mercato-Strutture Sanitarie



Fonte: IVASS.

Figura I.52b - Quote di Mercato-Personale Sanitario



Fonte: IVASS.

Nelle tavole I.73a e I.73b si riportano gli indici di concentrazione di Herfindahl-Hirschman.

Tavola I.73a - Indice di concentrazione (Herfindahl-Hirschman) – Imprese Italiane e rappresentanze imprese extra UE			
Anno	Strutture Sanitarie Pubbliche e Private	Personale Sanitario	Totale
2010	983	1.481	2.676
2011	555	1.530	2.504
2012	240	1.562	1.787
2013	134	1.722	1.630
2014	146	1.755	1.727

Fonte: IVASS.

Tavola I.73b - Indice di concentrazione (Herfindahl-Hirschman) – Totale Mercato			
Anno	Strutture Sanitarie Pubbliche e Private	Personale Sanitario	Totale
2010	2.438	1.201	1.936
2011	3.499	1.242	2.406
2012	4.020	1.243	2.491
2013	4.700	1.310	2.564
2014	4.452	1.391	2.356

Fonte: IVASS.

L'indice di concentrazione dell'offerta di Herfindahl-Hirschman, con riferimento al segmento dei contratti stipulati da strutture sanitarie pubbliche e private, già a livelli di guardia nel 2010 (2.438), assume livelli preoccupanti con riferimento ai dati osservati per il 2014 (4.452).

Nell'ambito dell'indagine statistica, alle imprese italiane e rappresentanze imprese extra UE che non operano nel settore della responsabilità civile medica è stato richiesto di indicare le principali ragioni di esclusione; esse hanno evidenziato le seguenti criticità:

- incertezza sull'entità del rischio dovuta all'evoluzione giurisprudenziale (in tutti i settori; questa criticità è stata indicata da tutte le imprese con riferimento alle coperture del personale sanitario);
- insufficiente profittabilità del settore (relativamente alle strutture sanitarie, sia pubbliche che private);
- assenza di efficaci politiche di gestione e prevenzione del rischio (relativamente alle coperture del personale sanitario).

Al contrario, il mercato non ha evidenziato che tra le principali ragioni della mancata operatività nella responsabilità civile medica vi sia la necessità di aumentare il capitale richiesto ai fini della normativa *Solvency II*, né l'assenza di domanda o la mancanza di adeguate informazioni precontrattuali.

Questi primi dati rilevati presso le imprese assicurative dimostrano l'evidente impatto sul mercato della legge che ha introdotto l'obbligatorietà della copertura assicurativa nel campo sanitario (D.L. n. 158/2012, convertito in L. n. 189/2012, c.d. decreto Balduzzi), che ha limitato la responsabilità dei singoli operatori sanitari ai casi del dolo e della colpa grave (anche sulla base dei rispettivi contratti collettivi), sancendo di converso la responsabilità della struttura sanitaria per i casi di colpa lieve; nonché delle successive modifiche normative che hanno legittimato il ricorso allo strumento dell'autoassicurazione da parte delle strutture sanitarie. Il livello dei prezzi, rilevato per le strutture sanitarie, e le note manovre in materia di finanza pubblica, hanno in parte favorito il ricorso all'autoassicurazione anche con limitazione della copertura assicurativa ai sinistri di importo più consistente (mediante applicazione di franchigie o scoperti). Per le coperture dei rischi, statisticamente molto più infrequenti, relativi invece ai casi di colpa grave, la presenza di un'offerta più variegata ha consentito la crescita, seppur contenuta, della domanda.

Si sottolinea che tra le evidenze emerse dalla rilevazione, quella che desta maggiore preoccupazione è data dall'indice di concentrazione dell'offerta rilevato nel segmento delle coperture sottoscritte da strutture sanitarie pubbliche e private.

Nel descritto scenario si inserisce la previsione contenuta nell'articolo 12 del disegno di legge concorrenza (AC 3012 legge annuale per il mercato e la concorrenza), intitolata alla "Ultratratività della copertura RC professionale", che, con riferimento all'articolo 3, comma 5, lettera e), del D.L. n. 138/2011, convertito con modificazioni in L. n. 148/2011, aggiunge: «In ogni caso, fatta salva la libertà contrattuale delle parti, le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al periodo precedente prevedono l'offerta di un periodo di ultratratività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura».

In altre parole, il Legislatore prende atto della diffusione pressoché globale della clausola del *claims made* a tutte le coperture offerte sul mercato, nonché dell'assenza, quasi generalizzata, della clausola che prevede l'ultratratività della copertura ("garanzia postuma") o, comunque, della sua insufficiente estensione temporale (in genere per periodo inferiore ai 10 anni, termine di prescrizione previsto per il risarcimento del danno). Come conseguenza si obbligano le imprese di assicurazione ad offrire tale tipo di copertura.

II - L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO

I. - L'ATTIVITÀ DEGLI ORGANISMI INTERNAZIONALI

1.1 - Verso la definizione di un requisito patrimoniale per i gruppi sistemicamente rilevanti

Nel corso del 2014 sono continuati i lavori in ambito IAIS relativi alla individuazione delle entità assicurative aventi rilevanza sistemica (*Global Systemically Important Insurers - G-SIIs*) ed all'elaborazione delle misure di vigilanza che ad esse saranno applicabili. La prima individuazione, avvenuta nel 2013, ha dato luogo ad un elenco di nove gruppi assicurativi che include un gruppo italiano. L'elenco prevede un aggiornamento annuale.

A tali lavori, l'Istituto contribuisce con varie risorse e, dal 2014, anche con lo svolgimento - da parte di un membro del Consiglio - della presidenza del gruppo di lavoro IAIS FSC che ne coordina lo sviluppo.

In seguito alle discussioni in ambito *Financial Stability Board* (FSB), sull'adeguatezza della metodologia per l'identificazione delle entità assicurative a rilevanza sistemica (*Globally Systemic Important Insurers - G-SIIs*), è stata costituita in ambito IAIS un'apposita *task force* (*G-SIIs Methodology Task Force, G-MTF*) con il compito di fornire raccomandazioni finalizzate al superamento delle limitazioni riscontrate. Nelle more del completamento dei lavori nel settore assicurativo, nel 2014 sono state designate le medesime imprese dell'esercizio 2013, in quanto si è deciso di inviare ogni decisione in merito allo status di G-SIIs dei riassicuratori e dei *financial guarantors*, in attesa di un ulteriore sviluppo della metodologia.

Nel complesso delle misure di vigilanza riservate alla G-SIIs, in linea con le raccomandazioni del FSB e con quanto già previsto per le entità bancarie di rilevanza sistemica (*SIBs*), figurano una vigilanza potenziata, un regime di risoluzione efficace ed una più elevata capacità di assorbire le perdite.

L'attività di vigilanza dovrà dunque estendersi a tutte le entità del gruppo in grado di incidere sul profilo di rischio degli assicuratori sistemici; questi ultimi dovranno, inoltre, dotarsi di un piano per la gestione del rischio sistemico (*Systemic Risk Management Plan*) che conterrà le misure volte a ridurre, attenuare o gestire la rilevanza sistemica del gruppo. Gli assicuratori sistemici, in coordinamento con le autorità di vigilanza, dovranno elaborare dei piani di risanamento (*Recovery plans*) e dei piani di gestione del rischio di liquidità; dovranno inoltre essere predisposti a cura delle rispettive autorità di vigilanza dei piani di risoluzione (*Resolution plans*). I piani, nel loro insieme, sono volti a garantire che la soluzione di situazioni di crisi possa realizzarsi nel rispetto degli obiettivi di stabilità finanziaria e di protezione degli assicurati.

Con riferimento alla più elevata capacità di assorbimento delle perdite per riflettere i maggiori rischi che queste istituzioni pongono al globale sistema finanziario, alle G-SIIs sarà inizialmente e provvisoriamente richiesto di detenere un patrimonio di vigilanza almeno pari

alla somma di un requisito di base (*Basic Capital Requirement*, Capitale - BCR) e di un requisito di capitale addizionale, consolidato a livello di gruppo, (*Higher Loss Absorbency* - HLA). In seguito ad una duplice consultazione (2013 e 2014), il 23 ottobre 2014 la LAIS ha pubblicato il documento relativo al BCR, segnando una prima tappa nella messa a punto di uno standard di capitale globale per le imprese di assicurazione. La LAIS sta attualmente sviluppando la definizione della seconda componente, l'HLA, misura applicata a partire dal 2019 alle G-SIIs identificare tramite la lista pubblicata nel mese di novembre 2017.

Nel periodo dicembre 2014-febbraio 2015, la LAIS ha condotto una consultazione pubblica al fine di sollecitare il riscontro delle parti interessate su elementi fondamentali dell'ICS come i possibili approcci alla valutazione, la definizione e la qualificazione delle risorse di capitale, lo sviluppo di un metodo standard per la determinazione del requisito patrimoniale globale *risk-based*, che sarà applicato ai gruppi assicurativi con operatività internazionale (IAIGs) come parte del quadro comune per la vigilanza sui gruppi assicurativi internazionali (c.d. ComFrame). Ulteriori consultazioni sono previste prima di giungere all'obiettivo di adottare l'ICS alla fine del 2018.

1.2 - Sviluppo di un framework per la vigilanza sui gruppi che operano a livello internazionale

L'IVASS ha continuato a seguire i lavori relativi al *ComFrame* (*Common Framework for the Supervision of Internationally Active Insurance Groups*) che costituisce un set di principi e criteri di vigilanza per i gruppi assicurativi attivi a livello internazionale (IAIGs). La finalità è di accrescere la capacità di coordinamento tra autorità di vigilanza di diversi ordinamenti, al fine di comprendere meglio le attività e i rischi di un gruppo assicurativo, eliminare *gap* regolamentare e coordinare l'azione di vigilanza nell'ambito dei collegi dei supervisori sotto la guida dell'autorità responsabile per il gruppo (*group-wide supervisor*).

Nel 2014 è stato avviato il test del *ComFrame* che prevede degli esercizi di raccolta dei dati, sia dalle autorità di vigilanza che da un campione di gruppi individuati come potenziali IAIGs, al fine di verificare l'adeguatezza del processo dei criteri per l'individuazione degli IAIGs.

1.3 - Revisione degli ICP della LAIS

In seguito ad un processo di *self-assessment* e *peer reviews* (SAPR), condotto in seno alla LAIS a partire dal 2013, è stato avviato il processo di revisione di alcuni *Insurance Core Principles* (ICP), con lo scopo di aumentare la convergenza della vigilanza assicurativa su base mondiale. La conclusione dell'intero processo di SAPR è prevista per il 2017. I principi oggetto della prima fase di lavori riguardano i gruppi assicurativi e la cooperazione tra supervisori, nonché taluni aspetti di *governance* sia a livello individuale che di gruppo.

2. - L'EVOLUZIONE DELLA NORMATIVA EUROPEA

2.1 - Solvency II e Omnibus II: lo stato dell'arte

Nel 2014 è stata completata la normativa primaria relativa a *Solvency II*, con la pubblicazione nella G.U.U.E del 22 maggio 2014 della Direttiva Europea 51/2014 (cd. Omnibus II) che ha completato la Direttiva 2009/138 in alcuni punti chiave, tra cui le misure per gestire la volatilità artificiale del business di lungo periodo. La direttiva *Solvency II*, integrata dalla c.d. Direttiva Omnibus II è una direttiva "*principle based*" che contiene, quindi, principi generali e necessita di regole dettagliate per la sua attuazione.

Tali regole dettagliate sono contenute negli Atti Delegati che, dopo essere stati oggetto delle ultime fasi del processo legislativo europeo nel 2014, sono stati definitivamente adottati dalla Commissione europea con il Regolamento delegato n.35/2015/UE pubblicato nella G.U.U.E del 17 gennaio 2015. Si tratta quindi di norme direttamente applicabili a livello nazionale che non necessitano di recepimento specifico.

Gli Atti Delegati, in particolare, dettano regole per:

- assicurare la valutazione delle attività e delle passività *market consistent*. Le disposizioni contengono dettagli tecnici per le c.d. "garanzie a lungo termine" finalizzati a contrastare la volatilità artificiale e garantire agli assicuratori la possibilità di continuare ad offrire protezione a lungo termine a tariffe contenute.

Sono presenti, tra l'altro, disposizioni in materia di:

- a) *Volatility adjustment* (VA): è un aggiustamento della curva dei tassi *risk-free* volto ad attenuare la volatilità artificiale di breve termine dovuta a livelli eccessivi ed artificiali degli *spreads* di tasso; tale misura produce effetti sul valore delle riserve tecniche e, di conseguenza, sul valore del requisito di capitale e delle risorse di capitale a copertura del requisito;
 - b) *Matching adjustment* (MA): aggiustamento della curva dei tassi *risk-free* per scontare le riserve tecniche di prodotti che hanno un'elevata prevedibilità in relazione all'ammontare e al *timing* dei pagamenti da corrispondere agli assicurati e sono coperti da attivi i cui rendimenti riproducono tali pagamenti (*matching*). Questa caratteristica rende necessario l'utilizzo di tassi che riflettano il rendimento degli attivi sottostanti.
- determinare l'ammissibilità dei fondi propri a copertura dei requisiti patrimoniali al fine di migliorare la sensibilità al rischio e permettere un tempestivo intervento dell'Autorità di vigilanza;
 - determinare la metodologia e la calibrazione del requisito patrimoniale minimo (MCR) e del calcolo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) mediante la formula standard o il modello interno;
 - implementare un solido sistema di governo societario attraverso la definizione dei ruoli delle funzioni fondamentali (di revisione interna, di gestione dei rischi, di conformità e attuariale);
 - disciplinare più in dettaglio il *supervisory review process* e gli elementi da considerare per l'allungamento dei periodi per la realizzazione delle misure di risanamento;
 - disciplinare i requisiti di reportistica ai terzi ed ai supervisori;
 - rafforzare l'azione di coordinamento tra supervisori nell'ambito dei gruppi e criteri per determinare l'equivalenza dei paesi terzi.

La Commissione europea nel marzo 2015 ha adottato anche il primo set di regolamenti di esecuzione (*technical standard*) che disciplinano aspetti procedurali legati ad autorizzazioni che devono essere rilasciate dai Supervisor nazionali. Si tratta di norme proposte dall'EIOPA e adottate formalmente dalla Commissione europea. Anche queste norme sono direttamente applicabili a livello nazionale e non necessitano di un recepimento specifico.

2.2 - Regolamento sui **packaged retail investment and investment products** (PRIIPs)

Nella G.U.U.E. del 9 dicembre 2014 è stato pubblicato il Regolamento n. 1286/2014 del 26 novembre 2014 relativo ai documenti contenenti le informazioni chiave per i prodotti di investimento al dettaglio e assicurativi preassemblati.

Il Regolamento PRIIPs trova un'ampia applicazione nel settore assicurativo. I prodotti a cui non si applica sono: (a) prodotti assicurativi non vita elencati all'allegato I della Direttiva 2009/138/EC; b) contratti assicurativi vita, qualora le prestazioni previste dal contratto siano dovute soltanto in caso di decesso o per incapacità dovuta a lesione, malattia o infermità.

Il regolamento, sul presupposto della elevata complessità dei PRIIPs, introduce un sistema di informativa precontrattuale con lo scopo di aiutare il potenziale contraente nella comprensione del prodotto PRIIP che intende acquistare. Precisa che, nel caso in cui i "manufacturers" siano soggetti alla direttiva *Solvency II*, si applicano entrambe le discipline. In particolare, il regolamento dispone l'obbligo di consegna, prima della sottoscrizione del contratto, del c.d. KID (*key information document*), specificando nel dettaglio le caratteristiche che deve avere il documento (*accurate, fair, clear and not misleading*) e le informazioni che devono essere indicate. Il livello di standardizzazione dell'informativa precontrattuale si spinge fino ad indicare l'ordine in cui devono essere indicate le informazioni e il contenuto specifico delle stesse.

Per quanto concerne il sistema sanzionatorio, il regolamento PRIIPs (artt. 18-20), in linea con la Comunicazione della Commissione dell'8 dicembre 2010 (considerando n. 24 del regolamento), prevede espressamente che gli Stati adottino un sistema di sanzioni amministrative efficace, proporzionato e dissuasivo, secondo le prescrizioni minime in termini di condotte sanzionate e di sanzioni irrogate stabilite dal medesimo regolamento.

2.3 - I provvedimenti in corso di discussione

Preparazione delle norme di esecuzione di Solvency II

E' in lavorazione presso l'EIOPA il secondo set di standard tecnici che coprirà aspetti rilevanti sia del primo pilastro (requisiti quantitativi), sia del secondo pilastro (misure qualitative), sia del terzo pilastro (requisiti di reportistica) su cui è costruita l'architettura di *Solvency II*. Altri standard tecnici riguardano la materia dei gruppi.

L'emanazione definitiva dei regolamenti di esecuzione da parte della Commissione europea è prevista per il mese di luglio 2015.

La direttiva sull'intermediazione assicurativa: la direttiva IMD 2

La negoziazione della direttiva ha avuto un notevole impulso sotto la presidenza italiana, nell'ambito della quale è stato raggiunto l'accordo politico in seno al Consiglio dell'Unione europea. L'Istituto ha dato un importante contributo al raggiungimento di questo risultato, avendo detenuto grazie a un proprio esponente la Presidenza del *Council Working Group* nel quale la negoziazione ha avuto luogo.

1. Sull'ambito di applicazione il testo:

- limita il numero di iscritti nel registro proponendo un approccio simile a quello della vigente direttiva in tema di esclusioni degli *ancillary intermediaries*. In sostanza gli operatori che forniscono coperture assicurative in via ausiliaria alla loro principale attività continuerebbero ad essere esclusi dalla disciplina se l'importo del premio della copertura assicurativa non supera un certo ammontare; assegna la responsabilità di garantire un certo livello di protezione dei consumatori alle imprese che utilizzano gli *ancillary intermediaries* esentati dalla disciplina;
- in materia di competenze *home/hostcountry*, il testo proposto, pur non mutando le competenze attualmente stabilite dalle direttive, inserisce una norma volta ad evitare fenomeni di arbitraggio regolamentare.

2. Sul conflitto di interesse:

- disegna un regime generale che prevede alcuni principi in tema di conflitti d'interesse generati dalle regole di remunerazione che debbono essere tali da non ostacolare il perseguimento del *best interest* del cliente voluto dalla disciplina;
- in materia di *inducement*, sebbene la disciplina della distribuzione degli IBIP sia stata quasi interamente allineata a quanto previsto nella MiFID, si è aperto un dibattito molto acceso tra alcuni paesi (Francia, Germania, Spagna) contrari ad un allineamento totale alla MiFID ed altri (UK, NL) che sono invece a favore. La soluzione di compromesso prescelta prevede un generale obbligo di *disclosure* degli *inducement*, che si aggiunge a quello già previsto relativo ai costi dell'*advice* e del prodotto, e il divieto per l'intermediario di ricevere qualsiasi beneficio, monetario e non, da soggetti terzi che possa comportare un detrimento per gli assicurati.

3. Sulla disciplina sanzionatoria il testo lascia un elevato grado di discrezionalità agli Stati membri senza mutare interamente il regime sanzionatorio MiFID. Soltanto in relazione ai prodotti *Insurance-Based Investment Products* la discrezionalità nazionale è limitata, visto che il regolamento PRIIPs introduce comunque un apposito regime applicabile anche nel settore assicurativo.

Attualmente la proposta di direttiva è all'esame del c.d. Trilogo.

2.4 - L'attività delle autorità di vigilanza europee.

ELIOPA

Solvency II

Il quadro normativo *Solvency II* è completato dalle linee guida EIOPA (c.d. misure di terzo livello), tese ad omogeneizzare l'attività di vigilanza in ambito europeo. L'Istituto contribuisce con varie risorse agli sviluppi dei lavori sulle linee guida e detiene, grazie a propri esponenti, la presidenza del Comitato per la vigilanza sui gruppi assicurativi e quella dei sottogruppi di lavoro che curano gli sviluppi in tema di *Solvency Capital Requirement* (SCR) e *Supervisory Review Process* (SRP).

Nel 2014 sono proseguiti i lavori per la finalizzazione dei testi delle linee guida che sono state suddivise in due set. Nel 2014 si è tenuta la pubblica consultazione sul primo set che è stato poi adottato definitivamente da EIOPA ad inizio 2015. Le linee guida sono soggette ad un meccanismo di *comply/explain* da parte delle Autorità nazionali che, entro due mesi dall'adozione, devono dichiarare pubblicamente se intendono aderire alle linee guida o motivare la non adesione.

Le linee guida del primo set riguardano le seguenti aree tematiche:

Fondi propri di base ed accessori

Si tratta di 33 linee guida che forniscono chiarimenti sul tema dei fondi propri a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR *Solvency Capital Requirement*) e che sono classificati in:

- fondi propri di base (suddivisi in 3 livelli), costituiti essenzialmente dalla differenza tra attivo e passivo dello stato patrimoniale di solvibilità e dalle passività subordinate, classificati dalla direttiva e dagli Atti delegati, a cui se ne possono aggiungere altri che devono essere autorizzati e classificati dalle Autorità nazionali (cd. elementi fuori elenco).
- fondi propri accessori (suddivisi in 2 livelli), costituiti da elementi contingenti (es: capitale sociale non versato, lettere di credito) che, se "richiamati" a copertura delle perdite, si convertono in fondi propri di base. I fondi propri accessori devono essere autorizzati dalle Autorità nazionali per idoneità e classificazione.

Fondi separati - cd. *Ring-Fenced Fund*

Si tratta di 17 linee guida che forniscono chiarimenti sui Fondi separati, un insieme di attività e passività e correlati fondi propri; tale insieme è identificato da accordi contrattuali, disposizioni statutarie o normative che pongono limiti all'utilizzo delle attività associate a determinati contratti, contraenti o rischi e presentano una ridotta trasferibilità per far fronte ai rischi al di fuori del fondo separato.

Trattamento delle partecipazioni

Si tratta di 9 linee guida che forniscono indicazioni in merito all'identificazione delle partecipazioni, di quelle strategiche e di quelle in enti finanziari e creditizi, nonché sul trattamento di queste ultime che, per il fatto di generare doppio computo di capitale, devono essere dedotte dai fondi propri del partecipante se superano determinate soglie di rilevanza. Ai fini della deduzione, rilevano anche i prestiti subordinati detenuti in tali enti e le partecipazioni finanziarie detenute indirettamente. Si occupano, inoltre, delle par-

tecipazioni non dedotte ai fini del calcolo dell'SCR (finanziarie inferiori alle soglie, finanziarie strategiche, ma anche partecipazioni in entità diversi), per le quali i requisiti patrimoniali per il valore residuo devono essere calcolati secondo la formula standard, ovvero riflessi nel modello interno unitamente ad ogni rischio ulteriore o residuale non compreso nella deduzione della partecipazione.

Requisito patrimoniale di solvibilità

Si tratta di 95 linee guida sulle modalità applicative da seguire nella determinazione dell'SCR calcolato con la formula standard. L'SCR è, infatti, definito sulla base dei rischi a cui l'impresa è esposta e se ne prevede una modalità standardizzata di calcolo (cd. formula standard), come sommatoria del requisito patrimoniale di base, del requisito patrimoniale del rischio operativo e degli aggiustamenti per capacità di assorbimento delle perdite di specifiche poste.

Parametri specifici (USP/GSP) nel calcolo dell'SCR

Si tratta di 14 linee guida in tema di calcolo dell'SCR individuale o di gruppo con la formula standard. Le imprese possono infatti sostituire, con parametri specifici dell'impresa (USP) o del gruppo (GSP), alcuni parametri della formula che non dovessero adeguatamente riflettere i rischi dell'impresa o del gruppo. L'utilizzo di parametri specifici è soggetto all'autorizzazione dell'Autorità nazionale o dell'Autorità di vigilanza di gruppo, ma può avvenire anche su richiesta dell'Autorità.

Utilizzo dei modelli interni

Si tratta di 64 linee guida che forniscono dettagli in tema di modelli interni e costituiscono un'evoluzione di quelle preparatorie a *Solvency II*, già recepite a livello nazionale nel 2014. Prevedono una fase di *pre-application* anche durante *Solvency II* che si ritiene opportuna per l'efficace definizione del processo autorizzatorio, richiedono che l'impresa assicuri la comprensione del modello interno da parte dei vertici aziendali e degli utilizzatori e che l'Autorità valuti la rispondenza dell'operato dell'impresa a tale indicazione.

Riserve tecniche

Si tratta di 96 linee guida che specificano le modalità di calcolo delle riserve tecniche, delle riserve come elemento unico e gli altri calcoli semplificati, sulla base della visione *market consistency* introdotta da *Solvency II*. Le imprese restano obbligate a calcolare le riserve tecniche separatamente almeno per area di attività, ferma restando la possibilità di considerare un livello maggiore di granularità, raggruppando i rischi in classi omogenee.

Solvibilità di gruppo

Si tratta di 27 linee guida che integrano e chiariscono alcuni aspetti del calcolo della solvibilità di gruppo nel metodo standard basato sul bilancio consolidato o alternativo della deduzione e dell'aggregazione e nella combinazione dei due metodi. Prevedono, tra l'altro, la possibilità per la capogruppo di considerare il deficit di solvibilità della controllata su base proporzionale se la responsabilità è "rigorosamente limitata" alla partecipazione detenuta; le modalità di calcolo dei fondi propri in presenza di interessi di minoranza e di fondi propri che, per restrizioni alla loro trasferibilità, devono ritenersi non disponibili a livello di gruppo (*Ring-Fenced Funds*).

Valutazione dell'equivalenza

Si tratta di 9 linee guida sulla valutazione dell'equivalenza del regime di supervisione di un Paese terzo.

Nel caso in cui la Commissione valuti l'equivalenza, nel calcolo della solvibilità di gruppo, col metodo della deduzione ed aggregazione i requisiti di solvibilità per le imprese controllate o partecipate di stato terzo saranno calcolati applicando i requisiti locali, mentre, con riguardo alla supervisione di gruppo, lo stesso sarà supervisionato secondo le regole del Paese terzo. Come specifica implementazione nazionale si intende prevedere il potere per l'IVASS di chiedere che il calcolo dei requisiti patrimoniali delle partecipate sia effettuato secondo le regole *Solvency II* quando la rischiosità del Paese terzo lo renda necessario. In assenza di una decisione della Commissione, tale verifica può essere effettuata dall'Autorità di vigilanza del gruppo di propria iniziativa o su richiesta del gruppo, secondo la metodologia dettata dalle linee guida.

Collegi dei supervisori nei gruppi assicurativi ed accordi di coordinamento fra supervisori per i conglomerati finanziari

Si tratta di 26 linee guida che contengono indicazioni su vari aspetti del funzionamento dei *Collegi* definendo i compiti delle autorità in tali consessi e le modalità con cui si effettua la collaborazione.

Supervisory Review Process – SRP

Si tratta di 42 linee guida che forniscono chiarimenti ed indicazioni in merito al processo di controllo prudenziale nei suoi principi generali e nella relativa struttura, con riguardo alle singole fasi in cui si articola, quali il *Risk Assessment Framework*, la *detailed review* (che comprende le attività *off-site* e *on-site*) e l'esercizio delle *supervisory measures*.

L'EIOPA sta completando la preparazione di un secondo set di linee guida che, si prevede, saranno pubblicate nel luglio 2015.

Nel corso del 2014 l'Istituto ha contribuito significativamente anche ai lavori di EIOPA sul progetto *Risk Free Rate*, per la definizione del tasso di attualizzazione delle riserve tecniche.

La protezione dei consumatori

La protezione dei consumatori è uno dei punti chiave del programma di lavoro di EIOPA che andrà acquisendo sempre maggiore importanza con la progressiva definizione dei lavori su *Solvency II*. L'Istituto contribuisce ai lavori del *Committee on Consumer Protection and Financial Innovation* di EIOPA dove le tematiche di protezione del consumatore sono trattate.

L'EIOPA ha emanato l'*advice* per la Commissione Europea sul conflitto di interesse nella distribuzione di prodotti di investimento assicurativi. La direttiva MIFID II - approvata il 15 aprile 2014 - prevede, infatti, sulla parte relativa al conflitto di interesse introdotta nella IMD per i prodotti d'investimento assicurativi che la Commissione predisponga gli atti delegati per dettagliare i principi contenuti nei singoli articoli della direttiva di primo livello. In particolare gli atti delegati riguardano:

- la definizione degli *step* per identificare, prevenire, gestire e rendere noti i conflitti di interesse durante la distribuzione dei PRIIPs assicurativi (c.d. IBIP, *insurance-based investment products*);
- la definizione di criteri appropriati per determinare i conflitti di interesse che possono danneggiare gli interessi dei clienti o dei potenziali clienti.