

La gestione dei reclami

Ai **rami danni** diversi dalla **r.c. auto** si riferisce il 37,9% del totale reclami. Per le imprese estere il peso di questo comparto in termini di reclami rappresenta il 48% del totale (per circa un terzo si tratta di contestazioni su assicurazione assistenza), mentre per le imprese italiane l'incidenza è pari al 36%.

Infine, il comparto dell'assicurazione vita registra un sensibile aumento delle contestazioni, sia per le imprese italiane (+8,5%) che estere (+8,3%).

Tavola V.12

Reclami delle imprese operanti in Italia: distribuzione per comparto (2016-2020)					
Anno	R.c. auto	Altri rami danni	Totale danni	Vita	Totale
2016	55.618	39.983	95.601	24.834	120.435
2017	49.896	34.694	84.590	19.384	103.974
2018	45.896	35.561	81.457	15.822	97.279
2019	41.702	34.247	75.949	15.682	91.631
2020	40.826	35.291	76.177	17.011	93.128
Var. 2018/2017	-8,0%	+2,5%	-3,7%	-18,4%	-6,4%
Var. 2019/2018	-9,1%	-3,7%	-6,8%	-0,9%	-5,8%
Var. 2020/2019	-2,1%	+3,0%	+0,2%	+8,5%	+1,6%

Con riferimento all'esito dei reclami verso imprese italiane ed estere, risulta essere stato accolto il 30,1% del totale, in linea con il 2019 (29,7%). Il 55,9% delle contestazioni è stato respinto (era 55,4%), mentre le transazioni hanno consentito la chiusura del 9,3% dei casi (era 10,2%). Come per il 2019, il 4,7% dei reclami risultava ancora in istruttoria a fine 2020.

Il tempo medio di risposta ai reclamanti si attesta sui 21 giorni, in linea con l'anno precedente e decisamente al di sotto della soglia dei 45 giorni prevista dal Regolamento **ISVAP** 24/2008. Per i reclami **r.c. auto** il tempo medio risulta ancora più basso e pari a 19 giorni.

9.3.1. - Pubblicazione sul sito dell'**IVASS** dei dati sui reclami ricevuti dalle imprese

La pubblicazione semestrale sul sito dell'**IVASS** dei dati relativi ai reclami ricevuti dalle imprese di assicurazione continua a essere un utile strumento per il consumatore, orientandolo verso una scelta più informata e consapevole degli operatori che possono meglio rispondere alle sue necessità e bisogni assicurativi.

La pubblicazione dei dati svolge un effetto propulsivo sulle imprese, spingendole a confrontare i propri risultati con quelli delle altre compagnie e a migliorare i processi e la qualità dei servizi ai consumatori, stimolando interventi per rimuovere le cause sottostanti ai reclami.

LA VIGILANZA SU CONDOTTA DI MERCATO E TUTELA DEL CONSUMATORE

Le graduatorie pubblicate, per la loro valenza informativa e comparativa, rappresentano una leva reputazionale e costituiscono un forte incentivo a migliorare la qualità e la soddisfazione dei clienti¹⁹².

Effetti del COVID-19 sulla gestione dei reclami ricevuti dalle imprese

La diffusione della pandemia da COVID-19 ha spinto le imprese a fornire un'adeguata informativa sulle modifiche ai processi di collocamento delle polizze e di liquidazione delle prestazioni e, in generale, sulle situazioni di impedimento all'ordinaria gestione del rapporto con la clientela.

Per garantire la continuità e la qualità dei servizi nonché la corretta relazione con i consumatori, si rilevano iniziative di riorganizzazione delle attività da remoto, di intervento sui luoghi di lavoro nel rispetto delle mutate esigenze di sicurezza e, in alcuni casi, di potenziamento o conversione degli organici.

Particolare attenzione è stata prestata dai soggetti vigilati all'accoglimento dei reclami della clientela in considerazione della straordinarietà della situazione, tenuto conto delle raccomandazioni dell'EIOPA e dell'IVASS affinché fosse garantito il corretto svolgimento dell'attività assicurativa nell'interesse dei consumatori. Alcune imprese hanno avviato la revisione dei contratti e delle policy liquidative per fatti connessi con il COVID-19.

Nei primi mesi della pandemia, in concomitanza con il riassetto organizzativo, i motivi più ricorrenti di reclami collegabili al fenomeno epidemiologico sono stati relativi a disservizi nell'accesso alle piattaforme informatiche, alla tempestiva fruibilità dei prodotti di ristoro offerti con le campagne promozionali, e a ritardi nella liquidazione dei sinistri, determinati in gran parte dai rallentamenti nell'interlocuzione con gli assicurati e i danneggiati e dalle difficoltà nell'espletamento di attività peritali.

L'andamento dei reclami connessi al COVID-19 ha interessato principalmente i rami danni e l'area liquidativa, in relazione alla mutata sinistrosità delle linee di business direttamente impattate dalle misure di restrizione alla circolazione, quali i comparti auto e viaggi. In particolare, il primo ha evidenziato una flessione nel primo semestre, per poi tornare a crescere con la ripresa della mobilità nel periodo post-*lockdown*, con l'eccezione della polizze r.c. auto per le flotte a noleggio che hanno continuato a risentire della crisi pandemica.

Quanto al settore viaggi sono aumentate le lamentele sull'interpretazione delle clausole relative alle coperture di annullamento per le penali da pagare, ridottesi a seguito dell'entrata in vigore delle misure governative di sostegno e del recepimento delle raccomandazioni dell'IVASS in materia contrattuale e di policy. Peraltro, hanno subito una considerevole riduzione le segnalazioni su richieste di assistenza durante i viaggi, non più effettuati per il *lockdown*.

Sono cresciute le lamentele per la mancata liquidazione degli indennizzi in relazione a polizze del comparto sanitario per patologie collegate al COVID-19.

Per molte imprese, l'evento epidemiologico ha costituito uno stimolo a velocizzare i processi di digitalizzazione già in atto, rafforzando i presidi sull'intera catena distributiva e migliorando la *customer experience*, con impatti attesi di riduzione dei reclami dalla clientela. Rilevano, in particolare, gli interventi per una maggiore efficienza di procedure o fasi di processi lavorativi, fra i quali la maggiore automazione dei flussi informativi, lo sviluppo dei canali web o tramite *app* su cellulare, l'utilizzo di *chatbot* per l'interazione con il cliente, semplificando i processi per la denuncia e gestione dei sinistri e per la gestione dei reclami.

¹⁹² https://www.ivass.it/consumatori/reclami/2020/1-sem-20/All.1_Dati_per_singola_impresa-Tavola_reclami_premi.xlsm

La gestione dei reclami

9.4. - Interventi sulle imprese derivanti dai reclami

Nel 2020 è stata ulteriormente incentivata nei confronti delle imprese la gestione dei reclami per l'individuazione delle cause all'origine delle lamentele, con l'obiettivo di porre in essere interventi mirati e alla radice, in aggiunta alla trattazione del caso singolo, chiedendo azioni correttive sulla condotta e sui processi aziendali in ottica proattiva e di maggiore tutela. In questa prospettiva - in conformità con il quadro normativo generale e il nuovo assetto organizzativo interno - si sono significativamente intensificate le occasioni di collaborazione tra il Servizio Tutela del Consumatore e il Servizio Vigilanza Condotta di Mercato per azioni congiunte. Alla trattazione day by day dei reclami dei consumatori si è dunque accompagnata, in un'ottica integrata di più incisiva tutela dei consumatori, una azione di ampio raggio che ha interessato le diverse aree di business delle imprese, sia italiane che estere operanti in Italia.

9.4.1. - Problematiche del comparto vita

Nel comparto vita continuano a pervenire reclami che lamentano l'inadeguatezza di contratti assicurativi, anche a elevato contenuto finanziario, non rispondenti alle richieste ed esigenze assicurative dei consumatori. Le problematiche riguardano la struttura del prodotto e il comportamento del distributore, con carenze nella raccolta delle informazioni relative ai bisogni e alle richieste degli assicurati, nella corretta e compiuta illustrazione delle caratteristiche del prodotto e nella valutazione di adeguatezza (par. 4). Tali criticità hanno spesso origine nella insufficienza dei sistemi di controllo e monitoraggio della rete distributiva, che rappresentano un importante strumento di governance per le imprese. In questi casi, l'Istituto interviene presso le imprese e gli **intermediari** per chiedere le conseguenti azioni di rimedio nell'interesse dei consumatori.

Nella fase liquidativa delle **polizze** vita, i consumatori lamentano la complessità della documentazione che le imprese chiedono per provvedere alla liquidazione del capitale in caso di scadenza, **sinistro** o riscatto. Alcune segnalazioni riguardano la richiesta al cliente di presentare documentazione a fini di verifica per il contrasto all'evasione fiscale e per migliorare la trasparenza e il rispetto degli adempimenti fiscali (normativa **FATCA** e **CRS**). L'**IVASS** è intervenuto nei confronti di un soggetto vigilato, analizzando le procedure liquidative e le richieste di documenti e autocertificazioni in materia fiscale e di adeguata verifica della clientela, per chiedere l'adozione di ogni possibile semplificazione atta a evitare richieste ultronee.

9.4.2. - Problematiche del comparto danni

Nella **r.c. auto**, di particolare rilievo per i consumatori è il tema del "Bonus familiare" a seguito di una recente modifica normativa (art. 134, comma 4-*bis*, **CAP**) che ha significativamente ampliato il perimetro della tutela con riguardo alla possibilità di godere della **classe di merito** più favorevole nel nucleo familiare anche per veicoli di tipologia diversa rispetto a quelli già assicurati. L'Istituto ha posto in essere interventi per l'applicazione delle norme nel senso più favorevole al consumatore, dando altresì impulso alla ricerca di soluzioni per gli aspetti non definiti.

Le imprese hanno aderito, a seguito di interventi mirati, a soluzioni in favore dei consumatori su alcuni profili controversi della nuova normativa, al fine di applicare la **classe di merito** più favorevole non solo ai nuovi contratti ma anche ai rinnovi e ai contratti stipulati non solo con la medesima compagnia che copriva il rischio, ma con una diversa impresa di assicurazioni. Si è

LA VIGILANZA SU CONDOTTA DI MERCATO E TUTELA DEL CONSUMATORE

quindi privilegiata un'interpretazione più ampia, in linea con le finalità del legislatore e chieste alle imprese conseguenti azioni di rimedio nell'interesse dei consumatori.

Per alcuni profili non ancora definiti, sono state individuate soluzioni di informativa ai consumatori, come nel caso dell'applicazione del beneficio a veicoli di diversa categoria in assenza di un [attestato di rischio](#) con 5 anni senza sinistri. L'Istituto ha pubblicato un avviso in cui rileva che una lettura della norma coerente con le finalità di tutela dei consumatori suggerirebbe di riconoscere il beneficio anche in presenza di una storia assicurativa del [veicolo](#) beneficiario che risalga a meno di 5 anni, purché in assenza di sinistri. Tuttavia, il tenore letterale della disposizione non consente all'[IVASS](#) di chiedere, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e di tutela, un'applicazione conforme alla lettura prospettata. Di conseguenza, l'Istituto, non potendo sostituirsi al legislatore, ha rappresentato la questione nelle sedi istituzionali per promuovere interventi idonei a superare l'attuale quadro di incertezza e garantire una applicazione della norma nel senso più favorevole al consumatore.

Nella fase assuntiva delle [polizze r.c. auto](#), gli assicurati segnalano ritardi nella attivazione delle coperture e, in alcuni casi, iniziative di annullamento unilaterale da parte delle imprese di contratti già stipulati. Si tratta di alcune imprese operanti attraverso canali telematici, che, dopo aver autorizzato il pagamento del premio, procedono solo successivamente, in molti casi a distanza di tempo, a verificare le informazioni ricevute dall'assicurato in sede precontrattuale e all'annullamento unilaterale del contratto nel caso le stesse contengano errori o siano reticenti, senza peraltro fornire tempestiva comunicazione all'interessato. Oltre ai disagi per gli assicurati, possono determinarsi in caso di [sinistro](#) rilevanti problemi per i danneggiati, ai quali verrebbe contestata la risarcibilità del [sinistro](#) per carenza di copertura assicurativa. Non potendosi avvalere della procedura di [risarcimento diretto](#), essi sono di fatto costretti ad attivarsi nei confronti del [Fondo di garanzia](#) vittime della strada, affrontando una gestione più complessa del [sinistro](#).

L'Istituto è intervenuto presso le imprese per richiedere le conseguenti azioni di rimedio, nell'interesse dei consumatori. In molti casi, le azioni poste in essere hanno consentito alle imprese di conseguire effetti positivi in termini di riduzione dei reclami in tali aree.

È proseguito il monitoraggio dei reclami dei consumatori con riferimento alle [polizze](#) sanitarie; a seguito degli interventi mirati dell'[IVASS](#) si riscontra una progressiva riduzione dei reclami in un settore delicato come quello della copertura dei rischi legati alla [salute](#), particolarmente esposto in epoca di pandemia. Sono stati realizzati interventi volti a garantire nei contenuti contrattuali (pacchetti prevenzione) e nelle policy liquidative la piena parità di trattamento per le persone dello stesso sesso unite civilmente.

Nella copertura del rischio [r.c. professionale](#) sono stati ricevuti reclami da parte di terzi danneggiati che lamentano la mancata istruttoria del [sinistro](#) da parte dell'assicuratore, sul presupposto della contestazione di responsabilità da parte del proprio assicurato. Sono stati effettuati interventi nei confronti delle imprese interessate per promuovere in ogni caso una compiuta istruttoria del [sinistro](#) e contribuire a un corretto accertamento delle effettive responsabilità, perseguendo una effettiva tutela dei danneggiati incolpevoli.

*La gestione dei reclami***9.5. - Il Contact center**

Il Contact center dell'Istituto per i consumatori e gli *intermediari* – unificato e potenziato da dicembre 2019 in termini di risorse addette e di interfaccia con gli utenti – ha consentito di soddisfare efficacemente le richieste pervenute, nonostante le difficoltà dovute alla pandemia.

Durante la prima fase dell'emergenza sanitaria da metà marzo a fine maggio, l'attività di risposta alle chiamate è stata svolta interamente da remoto, con accorgimenti sul piano organizzativo e tecnologico che hanno assicurato la continuità e il livello di servizio agli utenti. Una graduale ripresa delle attività in presenza si è avuta da fine maggio, nel pieno rispetto delle misure di sicurezza sanitarie.

L'assistenza telefonica è un importante strumento di supporto per i cittadini, offrendo risposta e orientamento in materia assicurativa, e rappresenta un valido ausilio per l'Istituto per intercettare tempestivamente situazioni che necessitano di azioni di vigilanza.

Eguale importante è il servizio telefonico rivolto agli *intermediari*, che fornisce assistenza agli iscritti nel Registro Unico degli *Intermediari* e nell'Elenco Annesso. Esso rappresenta un valido strumento di informazione e di supporto agli operatori nella gestione delle problematiche amministrative e nei molteplici adempimenti previsti dalla normativa di settore.

Nel 2020 sono state ricevute 56.023 telefonate, di cui 29.869 dai consumatori e 26.154 dagli *intermediari*. Le chiamate conversate sono state 54.853, di cui 29.230 relative ai consumatori e 25.623 per *intermediari*, con una media di 4.570 telefonate al mese (2.435 per consumatori e 2.135 per gli *intermediari*) e di 215 telefonate al giorno (115 e 100).

Le telefonate ricevute dei consumatori, in calo del -6% rispetto al 2019, sono state conversate in misura pari al 98% (era il 90% nel 2019), con un tempo medio di attesa per la risposta dell'operatore di 15 secondi (era 1:48 minuti) e una durata media di conversazione pari a 4 minuti.

Tavola V.13

Dati sull'attività del Contact Center Consumatori IVASS – 2020	
<i>(unità e valori percentuali)</i>	
Numero chiamate pervenute	29.869
Numero chiamate conversate	29.230
% conversate / pervenute	97,8%
Chiamate conversate in media al mese	2.435
Chiamate conversate in media al giorno	114
Tempo medio di attesa (minuti)	0:15
Durata media di conversazione a telefonata (minuti)	4:00

Tavola V.14

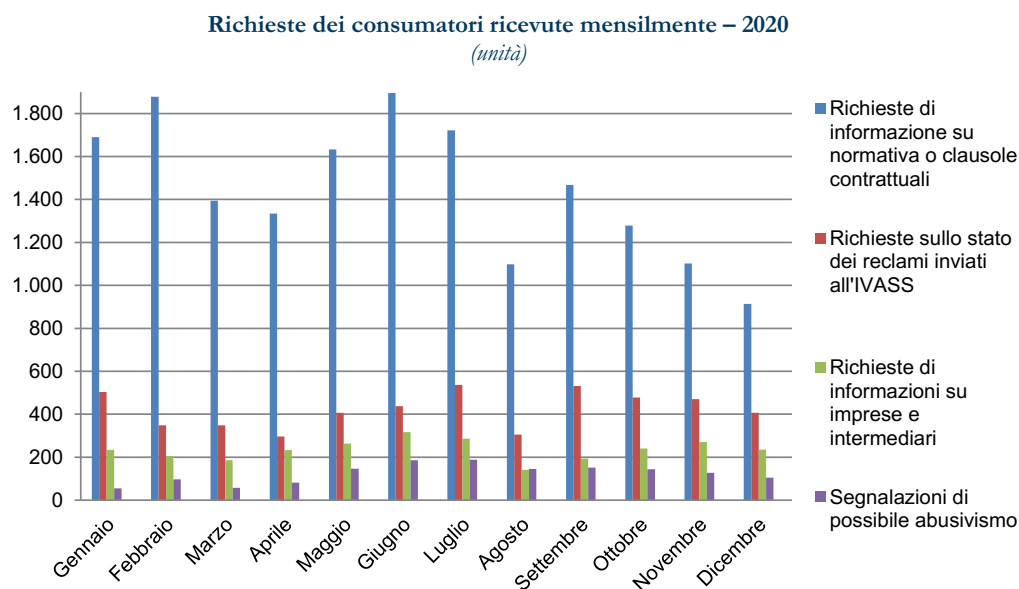
Attività del Contact Center consumatori IVASS							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Chiamate pervenute	43.550	44.069	34.873	30.630	32.871	31.702	29.869
Chiamate conversate	42.083	35.250	32.808	28.114	29.512	28.340	29.230
% conversate / pervenute	96,6%	78,0%	93,9%	96,9%	90,0%	89,4%	97,8%

LA VIGILANZA SU CONDOTTA DI MERCATO E TUTELA DEL CONSUMATORE

Il 59% delle telefonate conversate ha riguardato richieste di chiarimenti sulla normativa assicurativa e su clausole contrattuali, in particolare per le **polizze r.c. auto**. L'11% delle chiamate è stato volto ad acquisire informazioni sullo stato dei reclami presentati all'Istituto e il 6% notizie sulla regolare autorizzazione di imprese e **intermediari** assicurativi. Il 5% delle telefonate ha avuto a oggetto segnalazioni su possibili casi di abusivismo.

Nell'ambito delle suddette segnalazioni rientrano anche numerose telefonate di enti pubblici e delle Forze dell'Ordine per accertare l'autorizzazione di imprese assicurative, specie nei rami cauzione e **r.c. auto**. Tali richieste hanno permesso di intercettare tempestivamente casi di abusivismo, siti internet irregolari e commercializzazione di **polizze** contraffatte.

Figura V.6



10. - L'ARBITRO ASSICURATIVO (AAS)

Nel 2020 si sono registrati progressi nel complesso percorso volto alla costituzione di un sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie nel settore assicurativo previsto dall'art.187 comma 1 del **CAP**, in analogia a quanto già attuato nel settore bancario (Arbitro Bancario e Finanziario - **ABF**) e finanziario (Arbitro per le Controversie Finanziarie - **ACF**).

È proseguita la stretta collaborazione tra l'**IVASS** e i Ministeri dello Sviluppo Economico e della Giustizia per la definizione dell'impianto normativo dell'AAS. Nel decreto interministeriale previsto dall'art. 187.1 del **CAP**, dovranno confluire le principali scelte politiche sui criteri di composizione dell'organo decidente, sulla natura delle controversie che possono essere sottoposte all'Arbitro, sullo svolgimento delle procedure di risoluzione delle controversie.

L'Arbitro assicurativo (AAS)

L'Arbitro Assicurativo verrà a operare in un settore particolarmente complesso per:

- la notevole eterogeneità dei prodotti danni e vita;
- la numerosità delle controversie su risarcimenti e indennizzi per sinistri, specie dei **rami danni**, e la necessità, per l'accertamento dell'*an* e del *quantum*, di verifiche tecniche complesse, quali le consulenze tecniche di ufficio che peraltro l'Arbitro non può disporre¹⁹³;
- l'eterogeneità del sistema assicurativo italiano, dove sono presenti imprese italiane, rappresentanze di imprese extra **SEE**, imprese **SEE** operanti in **l.p.s.** o tramite **stabilimento**, oltre a un numero consistente di **intermediari**, per lo più professionisti autonomi che operano su mandato dell'impresa o su incarico del cliente con schemi di collaborazione verticali e orizzontali;
- la possibile coesistenza di comportamenti e responsabilità dell'impresa e dell'**intermediario**, con conseguenze sul piano del litisconsorzio e dell'integrazione del contraddittorio.

10.1. - Attività normativa

Con l'emanazione del correttivo **IDD** (Cap. III.3.1.1.a) è stato dettagliato il quadro normativo primario riguardante l'Arbitro assicurativo, tra l'altro, specificando che il ricorso al sistema è alternativo all'esperimento delle procedure di mediazione e di negoziazione assistita, quale condizione di procedibilità per il ricorso all'autorità giudiziaria.

È proseguita la collaborazione con i competenti Ministeri per l'elaborazione della disciplina attuativa, ampia e articolata, rimessa a un decreto del **MiSE**, da adottarsi di concerto con il Ministro della Giustizia e su proposta dell'**IVASS**, al quale è anche affidata la definizione dei profili di dettaglio. Il regolamento **MiSE** disciplinerà gli aspetti essenziali, quali l'adesione all'Arbitro, la natura delle controversie, la composizione e funzionamento dei collegi arbitrali, la segreteria tecnica e i criteri di svolgimento della procedura, con le diverse fasi di presentazione del ricorso (valutazioni di ammissibilità, svolgimento del procedimento e assunzione della determinazione da parte dell'organo decidente). Sullo schema di decreto è in corso un confronto informale del **MiSE** con le associazioni di categoria.

Le norme in predisposizione sono tese ad assicurare la rispondenza del meccanismo di risoluzione stragiudiziale delle controversie alle specificità tipiche del comparto assicurativo e alla struttura del sistema distributivo connotato dal coinvolgimento frequente di **intermediari** nell'attività di collocamento dei prodotti.

¹⁹³ L'AAS si occuperà delle controversie relative alle prestazioni e ai servizi assicurativi derivanti dai contratti di assicurazione di tutti i rami. L'Arbitro potrà essere chiamato a decidere su un ampio ventaglio di controversie, attinenti ai rami vita e danni, alla fase contrattuale (interpretazione delle clausole), alla distribuzione del prodotto (informativa precontrattuale e di trasparenza, regole di condotta) e alla fase liquidativa (ritardo nella liquidazione). Come gli altri arbitri di settore, l'AAS non potrà condurre accertamenti istruttori autonomi, assumere dichiarazioni testimoniali o disporre consulenze tecniche, in considerazione delle esigenze di celerità e speditezza procedimentale e data la natura sommaria della cognizione stragiudiziale. Le decisioni si baseranno sulla documentazione prodotta dalla clientela, dall'impresa e dall'intermediario nel corso dell'istruttoria.

LA VIGILANZA SU CONDOTTA DI MERCATO E TUTELA DEL CONSUMATORE

10.2. - Attività organizzativa e informatica

Sul piano organizzativo, è stata costituita la Segreteria Tecnica dell'Arbitro Assicurativo, nell'ambito del Servizio Tutela del Consumatore. Il personale assunto mediante concorso pubblico (15 risorse con profilo giuridico) è stato sottoposto a un intenso programma di formazione con una preliminare fase di tutoraggio e di *training on the job* nella gestione dei reclami presentati all'**IVASS**, su tematiche affini a quelle di cui si occuperà il sistema di risoluzione delle controversie assicurative.

Si è completato un primo censimento dei processi di lavoro e degli adempimenti di competenza della Segreteria tecnica per individuare i principali rischi operativi e le misure di mitigazione. Si è, inoltre, proceduto a predisporre la guida operativa per la presentazione del ricorso e i contenuti del sito dell'Arbitro.

Sono stati realizzati il sistema informatico "Il portale del cittadino" attraverso il quale i cittadini potranno presentare i ricorsi e il sito internet dedicato che consentirà di interagire con la clientela, le imprese e gli **intermediari**. L'intero processo del ricorso all'Arbitro sarà digitale, con benefici in termini di tempo ed efficienza dell'iter di presentazione e di svolgimento dei ricorsi. Per l'allestimento dell'infrastruttura informatica ci si è avvalsi dell'esperienza maturata dalla Banca d'Italia attraverso il riuso dell'applicativo utilizzato dall'**ABF**. È stata completata una prima fase di collaudo delle attività di front e di back office supportate dal portale dell'Arbitro, migliorando i profili contenutistici, grafici e di funzionalità dei sistemi.

11. - L'EDUCAZIONE ASSICURATIVA**11.1. - L'indagine sull'alfabetizzazione assicurativa**

Nel 2020 è proseguito il test di alfabetizzazione assicurativa, commissionato all'Università Bicocca-Milano e a Doxa e finanziato dal **MiSE**. L'iniziativa, rivolta a un campione rappresentativo della popolazione italiana composto da 2.000 individui di età superiore ai 18 anni, si propone di colmare l'assenza, anche a livello internazionale, di un sistema di misurazione del livello di conoscenze e competenze assicurative e dei risultati di una strategia volta a rafforzarle.

Il questionario rileva le conoscenze di base sui meccanismi assicurativi, le capacità di ragionamento probabilistico e di valutazione dei rischi, i fattori alla base delle decisioni assicurative, le modalità di comunicazione con le compagnie. Si pone l'obiettivo di captare le aree di maggiore criticità nelle varie fasce della popolazione e di indirizzare più efficacemente le future azioni educative con la definizione di un indice generale di assicurazione, che aggrega le informazioni su cinque aree specifiche (conoscenza assicurativa, fiducia verso compagnie e **intermediari**, avversione al rischio, logica assicurativa, efficacia della comunicazione).

I risultati mostrano che gli uomini hanno livelli di alfabetizzazione assicurativa più elevati rispetto alle donne, i giovani e gli anziani sono i meno alfabetizzati e i più sotto-assicurati, segnalando fenomeni di esclusione, e il Nord è più alfabetizzato rispetto al resto dell'Italia. L'indice aumenta al crescere del grado di istruzione degli intervistati, in particolare di quelli almeno con diploma di scuola superiore.

L'educazione assicurativa

Le carenze più significative si registrano nelle conoscenze assicurative, in relazione ad alcuni concetti di base e ai principali prodotti.

Da parte degli intervistati è emerso un eccesso di fiducia nelle proprie conoscenze (*overconfidence*): il 60% afferma di conoscere bene concetti base quali premio, franchigia e massimale ma solo il 14% risponde correttamente a tutte le relative domande. Il 39% dichiara di conoscere i prodotti assicurativi (infortuni, temporanea caso morte, vita e previdenza complementare) ma sola una persona sui 2.000 intervistati risponde correttamente a tutti i quesiti. Il 69% ritiene di non aver bisogno dei consigli dell'assicuratore né di doversi affidare a fonti informative esterne (*bias* dell'autonomia). Questo eccesso di fiducia, unito all'*overconfidence* sulle conoscenze assicurative, può indurre l'assicurato a scelte poco efficaci o consapevoli.

Sul piano dei comportamenti:

- l'importanza data alla fiducia non registra differenze di genere e di età, ad eccezione degli over 74 che attribuiscono maggiore importanza a tale fattore, mentre diminuisce all'aumentare della scolarizzazione, al Sud e nelle Isole. Con riferimento alla fiducia verso le compagnie, il 55,5% degli intervistati ritiene che sarebbe abbastanza o molto agevole ottenere il rimborso dovuto in caso di sinistro; il 62% si dichiara abbastanza o molto sereno nell'affrontare gli imprevisti della vita dopo aver sottoscritto un prodotto assicurativo. La fiducia verso gli intermediari assicurativi assume maggior importanza per i soggetti anziani e quelli meno scolarizzati, che tendono a delegare le proprie scelte;
- l'avversione al rischio cresce all'aumentare del livello di istruzione ed è più marcata nei giovani rispetto ai più anziani e nel Nord Est, mentre al Sud e nelle Isole si ha una maggiore propensione a rischiare. Non emergono differenze di genere. Gli intervistati, pur timorosi dei rischi che corrono, non sempre accedono alle relative coperture: per il 76,7% i timori più sentiti per il presente o il futuro sono i problemi di salute per malattie o infortuni e tuttavia una polizza malattia è sottoscritta dal 10,6% e quella infortuni dal 20,2%. Il timore di calamità naturali è maggiore al Sud e nelle Isole rispetto al Nord, ma è proprio al Nord che si riscontra una maggiore sottoscrizione di queste polizze (20% contro il 4,1% al Sud e il 3,5% nelle Isole);
- la logica assicurativa, intesa come capacità di individuare i corretti collegamenti logici tra concetti in ambito assicurativo, si attesta su livelli sufficientemente adeguati; essa è più elevata per gli uomini e nelle fasce di età 18-34 anni e 35-54 anni ed è positivamente correlata con il livello di scolarizzazione. I punteggi differiscono in relazione alle aree geografiche, con il Sud e le Isole in coda alla classifica. Questo suggerisce che il cittadino italiano, se accompagnato a maturare una conoscenza di base e dei prodotti, avrebbe la capacità di trarre delle conseguenze decisionali corrette. Il 65,9% dichiara di avere una buona propensione alla valutazione di diverse offerte prima di scegliere quale polizza sottoscrivere, più marcata negli uomini rispetto alle donne e che si riduce all'aumentare dell'anzianità e cresce con la scolarizzazione;
- l'efficacia della comunicazione assicurativa, in termini di comprensibilità del set informativo dei prodotti assicurativi e di chiarezza nell'illustrazione delle clausole contrattuali prima della sottoscrizione delle polizze, non mostra differenze per genere, età e area geografica. I soggetti con scolarizzazione più bassa segnalano un indicatore di comprensibilità maggiore rispetto agli individui più colti. Il set informativo dei prodotti assicurativi è considerato abbastanza chiaro dal 34% degli intervistati; più del 50% invece manifesta insoddisfazione. Scarsa comprensibilità, opacità e complessità delle polizze sono rilevate dagli intervistati con alta scolarizzazione. La scarsa comprensibilità risulta tra le principali cause di mancata sottoscrizione della polizza (50%), subito dopo il costo (67,5%) e prima di sfiducia nei confronti delle assicurazioni (42,4%) e esperienze negative pregresse (28,7%).

LA VIGILANZA SU CONDOTTA DI MERCATO E TUTELA DEL CONSUMATORE

L'indagine rappresenta una fotografia dello stato delle conoscenze e dei comportamenti assicurativi degli italiani, utile alla definizione di strumenti di misurazione del livello di alfabetizzazione assicurativa precisi e affidabili. La ricca mole di informazioni raccolte è stata messa a disposizione delle istituzioni, degli studiosi, degli *stakeholders*, con l'auspicio di stimolare contributi sul piano del metodo e delle azioni da intraprendere. Le politiche di alfabetizzazione assicurativa, da definire con il Comitato EDUFIN, non potranno prescindere da un fattivo coinvolgimento di tutti gli attori del sistema per fornire agli italiani, sin dal primo ordine di studi, gli elementi di base della finanza, delle assicurazioni, della previdenza e dell'educazione digitale, per una più piena e informata cittadinanza economica.

11.2. - Le iniziative realizzate dall'IVASS

Le iniziative dell'Istituto in tema di educazione assicurativa tengono conto della eterogeneità dei destinatari (ad esempio, giovani o adulti) e utilizzano modi e linguaggi differenti di erogazione della formazione, anche mediante ricorso ad approcci innovativi.

L'attività svolta nel 2020 ha coinvolto una platea sempre più ampia della popolazione, attraverso un maggior ricorso a strumenti digitali, per tener conto sia della rivoluzione tecnologica in atto sia delle difficoltà legate alla pandemia di ricorrere ai canali tradizionali.

Oltre a numerosi *webinar* cui hanno partecipato in qualità di relatori esponenti dell'Istituto, nell'anno sono stati realizzate a beneficio degli adulti:

- quattro video-pillole informative, finanziate dal MiSE, dedicate a tematiche che, in base alle segnalazioni delle associazioni dei consumatori e alle attività istituzionali dell'IVASS, sono di particolare interesse per gli utenti finali;
- 13 *newsletter* di aggiornamento mensile per far conoscere le attività svolte dall'Istituto.

Un'attenzione particolare è stata riservata ai giovani, alle loro esigenze, linguaggi e canali di comunicazione. Il videogame “In viaggio: occhio all'imprevisto!”¹⁹⁴, rivolto agli studenti delle scuole secondarie di I e II grado, ha l'obiettivo di stimolare attraverso il gioco la comprensione dei meccanismi base di funzionamento dell'assicurazione e di diffondere la conoscenza di alcune caratteristiche delle polizze più comuni. Il videogioco, pubblicato sul sito dell'Istituto, si presta a essere utilizzato in prospettiva, unitamente alle schede informative a corredo, soprattutto nell'ambito delle scuole. Un'apposita collaborazione in tal senso è stata attivata con il Forum ANIA – Consumatori per l'inserimento del gioco e del relativo materiale didattico nel progetto “Io&iRischi”, che si propone di promuovere nelle scuole secondarie una maggiore consapevolezza del rischio e una cultura della sua prevenzione e gestione. Il materiale didattico verrà utilizzato nell'anno scolastico 2021/2022.

11.3. - La partecipazione al Comitato EDUFIN

L'IVASS è parte attiva della Strategia nazionale per l'educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale perseguita dal Comitato per la programmazione e il coordinamento delle attività di

¹⁹⁴ <https://www.ivass.it/consumatori/imparaconivass/videogame-inviaggio/index.html>

L'educazione assicurativa

educazione finanziaria (EduFin), al quale partecipa insieme a Banca d'Italia, Consob, COVIP, CNCU, OCF, MEF, Ministero dell'Istruzione, MiSE e Ministero del lavoro e politiche sociali.

Tra i contributi offerti dall'Istituto, rilevano in particolare le attività per la messa a punto e la pubblicazione sul portale del Comitato¹⁹⁵ delle:

- Linee Guida Giovani per lo sviluppo delle competenze di educazione finanziaria nella scuola primaria e secondaria di I e II grado; lo strumento è a disposizione dei dirigenti scolastici e dei docenti per inserire l'insegnamento dell'educazione finanziaria nel piano dell'offerta formativa;
- Linee Guida per la realizzazione di programmi di educazione finanziaria per gli Adulti; il documento offre un quadro di riferimento per i soggetti, tra cui associazioni, istituzioni, imprese, che intendono realizzare iniziative di educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale dedicate alla popolazione adulta, e individua un insieme di competenze utili a prendere le decisioni economiche importanti nei diversi momenti della vita in maniera consapevole e ponderata.

Sono in via di avanzata definizione iniziative di educazione / gioco volte ad avvicinare gli studenti delle scuole superiori a tematiche di natura finanziaria, assicurativa e previdenziale. Si tratta di un progetto composito con iniziative che vanno da un quiz di autovalutazione sulle conoscenze possedute, alla realizzazione di un semplice strumento di pianificazione finanziaria, allo sviluppo di giochi interattivi a carattere educativo rivolti ai giovani, alla realizzazione di video *tutorial* e serie web su tematiche di natura finanziaria e assicurativa.

Tra le attività del Comitato svolte con il contributo dell'IVASS si ricordano anche quelle realizzate nell'ambito del terzo mese dedicato all'educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale (ottobre 2020), con oltre 600 eventi di informazione e sensibilizzazione rivolti a bambini, studenti e adulti, tra cui merita particolare menzione l'organizzazione della seconda Giornata dell'educazione assicurativa curata dall'Istituto.

¹⁹⁵ <http://www.quellocheconta.gov.it/>

LE SANZIONI

VI. - LE SANZIONI

Il 2020, pur connotato dall'eccezionalità dell'emergenza da COVID-19, è il primo in cui si iniziano a vedere gli effetti della riforma del regime sanzionatorio del settore assicurativo introdotta nel [CAP](#) dall'ottobre 2018. Il nuovo regime è caratterizzato da sanzioni pecuniarie con limiti edittali più elevati e applicabili oltre che alle persone giuridiche anche alle persone fisiche, da sanzioni di natura non patrimoniale alternative a quelle pecuniarie (ordine di porre termine alle violazioni) o irrogabili in via accessoria, dalla previsione per gli [intermediari](#) dell'alternatività di sanzioni pecuniarie e non pecuniarie nonché dall'introduzione dell'accertamento unitario per talune fattispecie di violazioni della stessa indole.

Ciò ha comportato approfondimenti di natura interpretativa e applicativa anche in relazione a violazioni già previste dal [CAP](#) ma che assumono connotazione diversa nel nuovo contesto. È stato particolarmente utile il confronto con le altre strutture dell'Istituto deputate all'accertamento al fine di pervenire a soluzioni proporzionate ed efficaci.

L'applicazione del nuovo istituto dell'accertamento unitario, che consiste nell'accertamento semestrale per ciascuna tipologia di violazione avente la stessa indole e che dà luogo ad atti contestativi concentrati in due periodi dell'anno, ha conseguito il prefissato obiettivo di deflazione dei procedimenti sanzionatori e di diminuzione di parte delle attività amministrative connesse. Di tale semplificazione hanno giovato anche gli operatori del mercato, grazie a una visione complessiva delle violazioni accertate da cui consegue la possibilità di azioni di rimedio mirate e una organica gestione delle istruttorie e delle difese relative alle posizioni in violazione.

Altra area di innovazione è stata quella dell'applicazione dell'ordine di porre termine alle infrazioni alle ipotesi contestate per ripristinare all'interno dell'impresa una regolare gestione. Le potenzialità della sanzione alternativa a quella pecuniaria hanno trovato applicazione in materia di antiriciclaggio.

La situazione emergenziale non ha comportato limitazioni al diritto di difesa dei destinatari delle contestazioni. I termini per la presentazione delle memorie difensive sono stati sospesi secondo quanto previsto dal [D.L.](#) 17 marzo 2020, n. 18 "Cura Italia", e dal [D.L.](#) 8 aprile 2020, n. 23 "Decreto liquidità". Le audizioni si sono tenute inizialmente in modalità a distanza, come prescritto per la PA dalla decretazione emergenziale ([DPCM](#) del 18 e 24 ottobre e del 3 novembre 2020 e [D.M.](#) della Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020). Successivamente, sulla scorta dell'esperienza in emergenza e per favorire l'esercizio del diritto di difesa nell'ambito dei procedimenti sanzionatori, l'Istituto ha adottato in via ordinaria l'innovativa procedura delle audizioni in videoconferenza, che consente una partecipazione meno onerosa per il richiedente e risulta particolarmente utile ove l'audizione in sede sia impossibile o più difficilmente esperibile nei tempi di norma previsti (Provvedimento [IVASS](#) n. 99 del 6 ottobre 2020).

Per quanto riguarda la pubblicazione del provvedimento sanzionatorio, la riforma ha introdotto, in aggiunta a quella ordinaria, forme alternative di pubblicazione (anonima, differita o esclusa). L'Istituto è quindi chiamato a valutare nella trattazione del procedimento il tipo di pubblicità da dare al provvedimento sanzionatorio finale mentre nel passato aveva l'obbligo di pubblicare tutti i provvedimenti sanzionatori emessi, senza discrezionalità.

I provvedimenti sanzionatori

Si è dato avvio alle comunicazioni da fornire a **EIOPA** sulle sanzioni in materia distributiva, in forma individuale e aggregata, con l'implementazione degli adempimenti a carico dell'Istituto.

1. - I PROVVEDIMENTI SANZIONATORI

Sono stati trattati 107 provvedimenti ripartiti tra 79 sanzioni pecuniarie, 4 ordini di porre termine alle violazioni e 24 archiviazioni.

Le sanzioni pecuniarie complessivamente irrogate ammontano a 2,7 milioni di euro.

1.1. - Provvedimenti emessi

I provvedimenti sanzionatori hanno avuto come destinatari 29 imprese, di cui 24 italiane, che rappresentano circa il 25% del mercato, e 20 **intermediari**.

Tavola VI.1

Provvedimenti emessi			
<i>(numero provvedimenti in unità, importi in milioni di euro e valori percentuali)</i>			
	N.	%	Importo
Provvedimenti sanzionatori pecuniarie	79	73,8	2,7
Provvedimenti sanzionatori di Ordine	4	3,7	-
Provvedimenti di archiviazione	24	22,5	-
Totale provvedimenti	107	100,0	2,7

Tavola VI.2

Provvedimenti sanzionatori pecuniarie per destinatari			
<i>(numero soggetti in unità, importi in milioni di euro e valori percentuali)</i>			
	Imprese	Intermediari	Totale
Numero Provvedimenti	60	19	79
%	75,9	24,1	100,0
Importo Provvedimenti	2,5	0,2	2,7
%	92,7	7,3	100,0

Tavola VI.3

Provvedimenti sanzionatori di Ordine per destinatari			
<i>(numero soggetti in unità e valori percentuali)</i>			
	Imprese	Intermediari	Totale
Numero Provvedimenti	2	2	4
%	50,0	50,0	100,0

I provvedimenti sanzionatori sono stati oggetto di ricorso giurisdizionale in un solo caso che ha riguardato un provvedimento pecuniario emesso nei confronti di un'impresa operante in **l.p.s.** in materia di mancato riscontro nei termini previsti alla richiesta di informativa e documentazione avanzata dall'Istituto relativamente a 20 reclami.

LE SANZIONI

1.2. - Tipologie di violazioni riscontrate

Di seguito i provvedimenti sanzionatori pecuniari per illeciti nella materia **r.c. auto**.

Tavola VI.4

Provvedimenti sanzionatori pecuniari per materia						
(numero provvedimenti in unità, importi in milioni di euro e valori percentuali)						
	Numero	% sul totale	% sul totale r.c. auto	Importo	% sul totale	% sul totale r.c. auto
Violazione di disposizioni su r.c. auto	57	72,2%		1,80	66,9%	
<i>di cui in materia di:</i>						
<i>Liquidazione dei sinistri</i>	22	27,8%	38,6%	0,80	29,6%	44,4%
<i>Attestati di rischio</i>	2	2,5%	3,5%	0,01	0,3%	0,4%
<i>Banca Dati Sinistri</i>	18	22,8%	31,6%	0,80	29,6%	44,4%
<i>Banca Dati Attestati</i>	15	19,0%	26,3%	0,20	7,4%	11,1%
<i>Altri illeciti r.c. auto</i>	0	0,0%	0,0%	0,00	0,0%	0,0%
Violazione di disposizioni di natura diversa	22	27,8%		0,90	33,3%	

I provvedimenti sanzionatori pecuniari per illeciti diversi dalla materia **r.c. auto** si riferiscono al mancato rispetto degli obblighi di comunicazione all'Istituto a fini di vigilanza e di norme in materia di gestione dell'attività di impresa nonché a violazioni concernenti l'attività di intermediazione. Larga parte dei provvedimenti sanzionatori pecuniari non auto sono riferiti a violazioni fatte registrare da **intermediari** (86,4% per numero e 22,0% per importo). Nei confronti di agenti, broker e loro collaboratori sono state irrogate 19 sanzioni per 200 mila euro, in prevalenza per violazione delle regole di comportamento nei confronti dei contraenti e degli assicurati o delle norme in materia di separazione patrimoniale (17 provvedimenti per 150 mila euro).

1.3. - Le sanzioni pagate

Gli importi delle sanzioni pagate nell'anno si riferiscono a provvedimenti ingiuntivi emessi dall'Istituto anche negli anni precedenti. Si tratta, in alcuni casi, di pagamenti per maggiorazione dell'importo della sanzione in quanto effettuati oltre il termine previsto (di 30 o 60 giorni, a seconda che il destinatario risieda in Italia o all'estero) o relativi a provvedimenti per i quali è stato consentito il frazionamento mensile, ricorrendo i presupposti di cui all'art. 26 della L. 689/1981 (concessione fino a un massimo di 30 rate mensili all'interessato "che si trovi in condizioni economiche disagiate"). Nel 2020, l'**IVASS** ha accolto il 92,3% delle richieste di rateizzazione con la massima dilazione consentita.

I provvedimenti sanzionatori

Tavola VI.5

Sanzioni pagate					
(migliaia di euro e valori percentuali)					
Importo pagato					1.974,4
Per anno di emissione dei provvedimenti sanzionatori					
	2020	2019	2018	2017	Totale
Importo pagato	1.892,9	36,1	28,8	16,6	1.974,4
Per soggetto beneficiario della sanzione – 2020					
Consap – FGVS (Violazione normativa r.c. auto)		ERARIO (Violazioni di diversa natura)		Totale	
Importo pagato	% totale	Importo pagato	% totale		
1.768,1	89,6	206,3	10,4	1.974,4	

1.4. - Andamento delle sanzioni 2010-2019

Si riporta di seguito la serie storica delle sanzioni irrogate nel periodo 2010-2019, ripartite per numero di provvedimenti ingiuntivi emessi, importo complessivo e medio. Trattasi di serie storica omogenea, nella quale sono riportati provvedimenti trattati nell'ambito della stessa normativa e pertanto confrontabili.

Nel 2020, invece, i procedimenti sanzionatori risultano profondamente modificati rispetto agli anni precedenti dall'applicazione del nuovo istituto dell'accertamento unitario e dall'introduzione del principio di rilevanza e della sanzione unica per gli [intermediari](#).

Tavola VI.6

Andamento sanzioni 2010 – 2019												
Anno	Totale emesso			Imprese			Intermediari			Altri soggetti		
	N.	Importo (in milioni di euro)	Importo medio (in euro)	N.	Importo (in milioni di euro)	Importo medio (in euro)	N.	Importo (in milioni di euro)	Importo medio (in euro)	N.	Importo (in milioni di euro)	Importo medio (in euro)
2010	4.514	43,372	9.608	4.417	40,746	9.225	94	2,611	27.780	3	0,015	5.000
2011	4.867	49,590	10.189	4.504	39,004	8.660	355	10,518	29.628	8	0,068	8.542
2012	4.471	50,819	11.366	4.284	45,922	10.719	172	4,303	25.017	15	0,594	39.611
2013	3.184	25,547	8.024	2.973	21,393	7.196	210	4,080	19.427	1	0,075	75.000
2014	2.792	23,085	8.268	2.457	19,017	7.740	330	4,044	12.254	5	0,025	5.000
2015	1.818	13,468	7.408	1.513	8,466	5.596	305	5,002	16.402	0	0	0
2016	2.126	14,601	6.868	1.800	10,168	5.649	326	4,433	13.599	0	0	0
2017	1.722	12,770	7.416	1.451	9,306	6.414	271	3,464	12.781	0	0	0
2018	1.318	10,368	7.867	1.052	6,978	6.633	266	3,390	12.744	0	0	0
2019	687	4,650	6.769	500	3,017	6.035	187	1,633	8.733	0	0	0
Totale	27.499	248,270	9.028	24.951	204,017	8.177	2.516	43,478	17.281	32	0,777	24.281

LE SANZIONI

2. - LE SANZIONI DISCIPLINARI

2.1. - Istruttoria dei procedimenti disciplinari e attività del Collegio di garanzia

Il Collegio di garanzia (diviso in due Sezioni fino a giugno 2020), coadiuvato dalla Segreteria presso il Servizio Sanzioni e Liquidazioni, valuta le risultanze istruttorie, esamina le memorie difensive degli interessati, ne dispone l'audizione e delibera la proposta ai competenti organi dell'IVASS di sanzione ovvero di archiviazione dei procedimenti avviati nei confronti degli *intermediari*, a eccezione di quelli in materia antiriciclaggio.

Nel 2020, sono stati avviati 24 procedimenti disciplinari relativi a fatti commessi prima del 1° ottobre 2018 (data di entrata in vigore della *IDD*) e 70 procedimenti sanzionatori per illeciti commessi dalla suddetta data.

Sulla base delle delibere del Collegio, l'Istituto ha adottato 61 provvedimenti disciplinari della vecchia normativa e 1 provvedimento sanzionatorio relativo alla nuova normativa.

Tavola VI.7

Esito dei procedimenti – per tipo di provvedimento e per sezione di appartenenza degli intermediari destinatari – 2020					
(unità e valori percentuali)					
Esito	Sez. A Agenti	Sez. B Broker	Sez. E Collaboratori	Totale	Incidenza % 2020
Archiviazione	1	3	9	13	21,0
Richiamo	0	1	3	4	6,4
Censura	7	1	9	17	27,4
Radiazione	2	8	18	28	45,2
Totale	10	12	40	62	100,0

2.2. - Tipologie di violazioni sanzionate

Le radiazioni e le censure rappresentano la quota più rilevante dei provvedimenti disciplinari, pari al 72,6%. Tra le condotte che hanno dato luogo a provvedimenti di radiazione di *intermediari* si confermano in prevalenza la mancata rimessa alle imprese o agli *intermediari* di riferimento di somme riscosse a titolo di premi, accompagnata sovente dalle omesse registrazioni degli incassi; la violazione degli obblighi di separazione patrimoniale derivante da mancata costituzione o non corretta gestione del conto corrente separato; la falsificazione di documentazione contrattuale; la contraffazione della firma dei contraenti; la comunicazione ai contraenti di circostanze non rispondenti al vero, cioè il rilascio di false attestazioni in sede di offerta contrattuale.

I provvedimenti di censura sono stati irrogati a seguito delle seguenti principali violazioni: mancato rispetto delle regole di trasparenza, diligenza, correttezza e professionalità nei confronti degli assicurati; accettazione di contante in violazione della normativa sui mezzi di pagamento ammissibili, in particolare nel ramo vita; mancato rispetto delle disposizioni in materia di adeguatezza dei contratti offerti e degli obblighi di informativa pre-contrattuale.