

Il mercato assicurativo

sinistro⁵². Questo indicatore esprime il livello di rischio associato alle strade della relativa provincia, pertanto l'indice assume valori molto elevati in corrispondenza delle aree metropolitane in rapporto alla relativa densità di circolazione.

Con riferimento all'anno 2015, l'indicatore è stato calcolato anche a livello comunale. Nella tavola che segue sono evidenziati, nella prima colonna, i 25 comuni per i quali si rilevano i valori più contenuti dell'indicatore (per lo più si tratta di comuni scarsamente abitati, come si evince dal dato della popolazione residente⁵³); la seconda colonna della tavola elenca i 25 comuni, tra quelli che non sono capoluogo di provincia, per i quali l'indice di incidentalità è maggiormente elevato. I comuni più rischiosi in base all'incidentalità risultano quasi tutti riferiti alle province di Napoli e Milano; fanno eccezione Orio Al Serio (il cui indice è decisamente poco correlato con il numero dei residenti nel comune, dipendendo piuttosto dalla densità di traffico) e Aversa.

I 25 comuni con i valori più bassi dell'indice	indice	Popolazione residente	I 25 comuni con i più alti indici (non capoluogo di provincia)	indice	Popolazione residente
Civitacampomariano (Cb)	0,006	424	Melito Di Napoli (Na)	26,566	38.064
Carbone (Pz)	0,007	651	San Giorgio A Cremano (Na)	25,560	45.779
Sorbo San Basile (Cz)	0,009	809	Melegnano (Mi)	24,396	17.537
Senerchia (Av)	0,010	841	Portici (Na)	22,854	55.537
Nocera (Cs)	0,011	403	Casavatore (Na)	22,835	18.706
Alessandria Del Carretto (Cs)	0,011	484	Casoria (Na)	22,515	77.874
Carpineto Della Nora (Pe)	0,013	667	Villaricca (Na)	22,104	31.157
Armungia (Cg)	0,014	488	Arzano (Na)	21,467	35.033
Monte Cavallo (Mc)	0,015	149	Orio Al Serio (Bg)	21,135	1.791
Ripabottoni (Cb)	0,015	517	Frattamaggiore (Na)	20,933	30.522
Gallo Matese (Ce)	0,016	589	Sesto San Giovanni (Mi)	20,684	81.490
Morrone Del Sannio (Cb)	0,016	612	Gragnano (Na)	17,359	29.310
Roccaforte Del Greco (Rc)	0,016	492	Cormano (Mi)	16,783	20.173
Cirigliano (Mt)	0,016	380	Pomigliano D'arco (Na)	16,719	39.977
Castel delci (Rm)	0,017	436	Mugnano Di Napoli (Na)	16,679	34.759
Roghudi (Rc)	0,018	1.137	Bresso (Mi)	16,660	26.255
Casalciprano (Cb)	0,018	571	Castellammare Di Stabia (Na)	16,434	66.681
Sant'Eufemia A Maiella (Pe)	0,018	284	Assago (Mi)	16,142	8.754
Brindisi Montagna (Pz)	0,018	904	Cesano Boscone (Mi)	16,118	23.535
Castroregio (Cs)	0,020	309	Carugate (Mi)	15,622	14.977
Carrega Ligure (Al)	0,020	84	Baranzate (Mi)	15,529	11.865
Umbriatico (Kr)	0,020	883	Corsico (Mi)	15,118	35.233
San Giovanni In Galdo (Cb)	0,021	594	Aversa (Ce)	15,030	53.215
Caporciano (Aq)	0,022	225	Casalnuovo Di Napoli (Na)	14,521	50.046
Providenti (Cb)	0,022	120	Cinisello Balsamo (Mi)	14,443	75.191

⁵² Si ricorda che l'indice di sinistralità e la frequenza sinistri vengono rilevati dai bilanci di esercizio in base alla classificazione dei sinistri riferita, invece, al luogo di residenza del proprietario del veicolo responsabile.

⁵³ Fonte ISTAT.

Relazione sull'attività svolta

7. - ALCUNI APPROFONDIMENTI**7.1. - La responsabilità civile medica**

L'assicurazione della *medical malpractice* riveste una notevole rilevanza sociale, in quanto indirettamente contribuisce alla sicurezza delle cure e dei trattamenti sanitari, che sono un aspetto del diritto alla tutela della salute, riconosciuto come fondamentale dall'articolo 32 della Costituzione.

Già la relazione sull'attività svolta dall'IVASS nel 2014, utilizzando i risultati di una rilevazione condotta nel maggio 2015, evidenziava la forte concentrazione del mercato presso pochi operatori e la progressiva contrazione della raccolta premi nel settore delle assicurazioni delle strutture sanitarie pubbliche, caratterizzato dalla scarsa presenza delle imprese assicurative italiane. In parallelo, il Sistema Sanitario Nazionale si stava progressivamente orientando verso la autoassicurazione, anche in risposta alla riduzione dell'offerta assicurativa. Un disegno di legge si propone di definire un quadro organico della responsabilità delle strutture e del personale sanitario (cfr. sezione II paragrafo 4.2.4).

L'importanza del settore e le sue criticità hanno reso necessario approfondire ulteriormente l'argomento con una nuova e più ampia rilevazione, con l'intento di replicarla anche nei prossimi anni. L'indagine è stata condotta nel mese di aprile su tutte le imprese operanti in Italia nel ramo r.c. generale alla fine del 2015 (in tutto 103⁵⁴), focalizzandosi sul rischio specifico della r.c. medica nell'arco temporale 2010-2015.

Nonostante quasi tre quarti delle imprese interpellate riscuotano premi per la r.c. medica nel periodo considerato, le risultanze confermano la concentrazione del settore. Per le strutture sanitarie pubbliche, la concentrazione è particolarmente accentuata negli anni più recenti. Dal 2014 le imprese italiane hanno infatti cessato di rinnovare la sottoscrizione dei rischi sanitari delle strutture sanitarie pubbliche, mentre risultano attive nei confronti delle strutture private e del personale sanitario (tavola I.83)⁵⁵.

⁵⁴ Si tratta di 63 imprese con sede in Italia, 38 rappresentanze estere e 2 imprese operanti in regime di libera prestazione di servizi.

⁵⁵ Il limitato numero di imprese che operano nella r.c. medica si spiega anche con il valore relativamente contenuto dei premi incassati (equivalenti nel 2015 al 5% di quelli per la r.c. auto), nonché con la conoscenza delle specificità del settore richiesta per operare con utili significativi.

*Il mercato assicurativo***Tavola I.83 – Numero di imprese che realizzano il 95% dei premi per r.c. medica nei singoli anni per i 3 settori (2010-2015)**

	Strutture sanitarie pubbliche		Strutture sanitarie private		Personale sanitario	
	Imprese italiane	Imprese estere ^(a)	Imprese italiane	Imprese estere ^(a)	Imprese italiane	Imprese estere ^(a)
2010	3	2	4	1	8	2
2011	2	3	3	3	8	2
2012	2	3	3	3	9	2
2013	1	2	3	4	10	3
2014	0	3	4	2	10	3
2015	0	2	5	2	10	3

(a) Imprese operanti in Italia in regime di stabilimento o di libera prestazione di servizi.

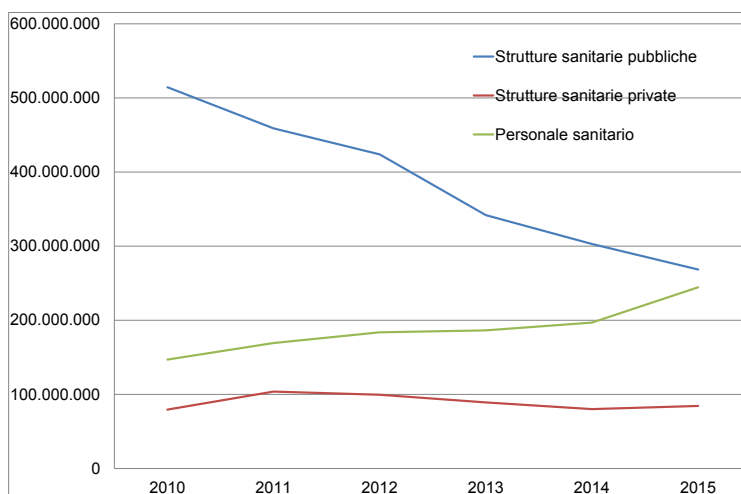
Quanto alla raccolta premi, quelli relativi ai rischi delle strutture sanitarie pubbliche sono in costante diminuzione, mentre aumentano quelli relativi ai rischi del personale sanitario (Figura I.58a). Risulta al contempo in calo il numero di strutture pubbliche assicurate e in crescita quello delle unità di personale sanitario coperte dai rischi da r.c. medica (figura I.58b). L'andamento dei premi raccolti per i rischi della sanità privata (e del numero di strutture assicurate) non segue invece un *trend* regolare.

Il premio medio, calcolato su tutto il periodo 2010-2015, ammonta rispettivamente a 385.885 euro per le strutture pubbliche, 16.678 per quelle private e a 669 euro per il personale sanitario.

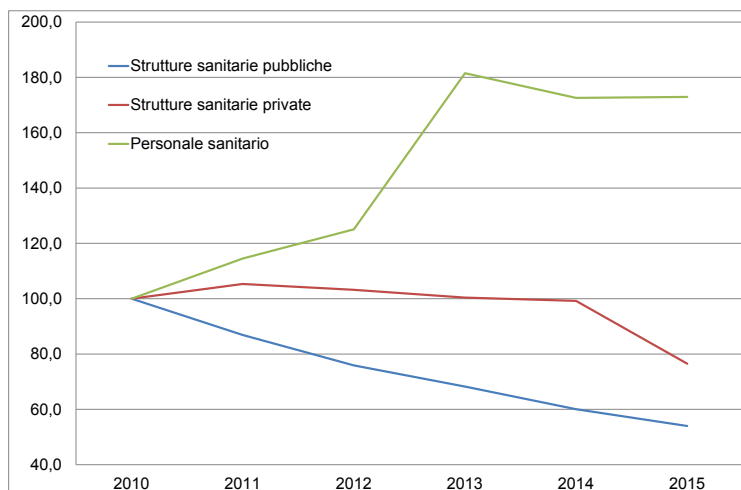
Relazione sull'attività svolta

Figura I.58 – Ammontare dei premi e numero di assicurati per la r.c. medica per i 3 settori (2010-2015)

**(a) Premi
(euro)**



**(b) Assicurati
(100=numero assicurati nel 2010)**



Il mercato assicurativo

I canali distributivi sono esclusivamente quelli delle agenzie e dei *broker*. Questi ultimi operano prevalentemente nel settore dei rischi delle strutture pubbliche o private, con un ruolo marginale nella intermediazione dei contratti per il personale sanitario.

La gestione delle denunce nella r.c. medica si caratterizza per l'elevato numero di casi di sinistri senza seguito e la relativa lentezza di liquidazione dei risarcimenti. I casi pagati a titolo definitivo, entro l'anno di denuncia, sono relativamente modesti e il valore liquidato in tempi rapidi è solo una frazione esigua del valore delle riserve. Queste ultime sono molto elevate sia per fronteggiare i costi futuri di eventi già denunciati ma ancora in fase di risoluzione sia in previsione di denunce future relative ad eventi già accaduti. Queste peculiarità del settore, misurate da fonti eterogenee⁵⁶, trovano conferma nei risultati dell'indagine. Solo il 26,6% delle denunce pervenute nel 2010 risultano a fine 2015 risarcite a titolo definitivo (tavola I.84).

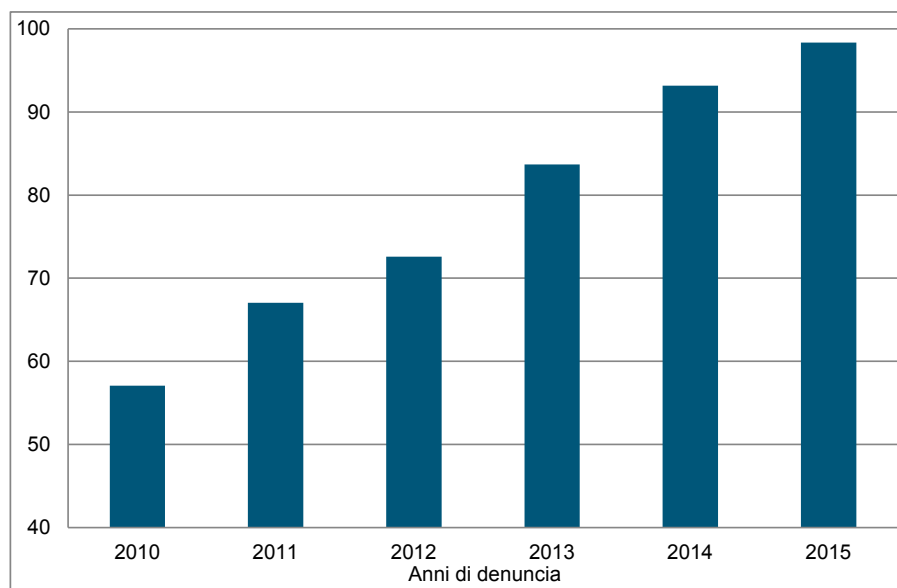
Tavola I.84 – Classificazione a fine 2015 dei sinistri per r.c. medica relativi agli anni di denuncia 2010-2015

Anno di denuncia	Numero di sinistri pagati a titolo definitivo		Numero di sinistri riservati		Numero di sinistri senza seguito		Numero di totale sinistri denunciati	
		% ^(a)		% ^(a)		% ^(a)		% ^(a)
2010	8.090	26,6	10.615	34,9	11.703	38,5	30.408	100,0
2011	6.329	21,9	10.612	36,7	11.938	41,4	28.879	100,0
2012	5.055	19,1	10.229	38,6	11.212	42,3	26.496	100,0
2013	3.366	13,9	10.577	43,5	10.342	42,6	24.285	100,0
2014	2.222	10,8	12.775	62,0	5.615	27,2	20.612	100,0
2015	1.270	7,8	12.735	78,2	2.285	14,0	16.290	100,0

(a) Percentuali riferite al totale dei sinistri denunciati.

La quota diminuisce ulteriormente nel corso degli anni, per la lunghezza del periodo necessario a definire e erogare completamente i rimborsi, che spesso richiede complessi procedimenti giudiziari. In modo speculare, aumenta il numero di sinistri posti a riserva, pari al 78,2% di quelli denunciati nel 2015 (contro il 34,9% di quelli denunciati nel 2010). La quota di sinistri senza seguito si mantiene intorno al 40% fino al 2013; la sua flessione nel biennio successivo è attribuibile al lungo tempo richiesto per la corretta classificazione dei casi denunciati. Se si guarda alla somma dei rimborsi a titolo definitivo e delle riserve quale indicatore del costo dei sinistri denunciati in un dato anno, il contributo di queste ultime aumenta rapidamente man mano che le denunce diventano più recenti (figura I.59).

⁵⁶ Si vedano al riguardo Malpractice, il grande caos, ANIA, luglio 2014 e Medical Malpractice Claims Analysis, Marsch Public Healthcare Clients, Dicembre 2014.

*Relazione sull'attività svolta***Figura I.59— Quota delle riserve rispetto al costo dei sinistri denunciati per la r.c. medica negli anni 2010-2015^(a)**
(%)

(a) Costi espressi come somma dei rimborsi a titolo definitivo e delle riserve relativamente alle denunce pervenute nell'anno.

I contratti per il rischio da r.c. medica si caratterizzano per la grande variabilità di condizioni applicate. In particolare, sono molto ampi i divari tra minimi e massimi per le franchigie e i massimali praticati nel 2015 (tavola I.85), che tendono ad essere superiori per i contratti riferiti alle strutture rispetto a quelli per il personale sanitario.

Tavola I.85 – Valori medi in euro del minimo e del massimo di franchigie e massimali presenti nei contratti di r.c. medica sottoscritti nel 2015

	Franchigie		Massimali	
	Minimo	Massimo	Minimo	Massimo
Strutture sanitarie pubbliche	19.792	637.065	1.011.458	3.980.435
Strutture sanitarie private	15.334	410.900	600.000	4.460.000
Personale sanitario	344	64.910	572.038	2.538.846

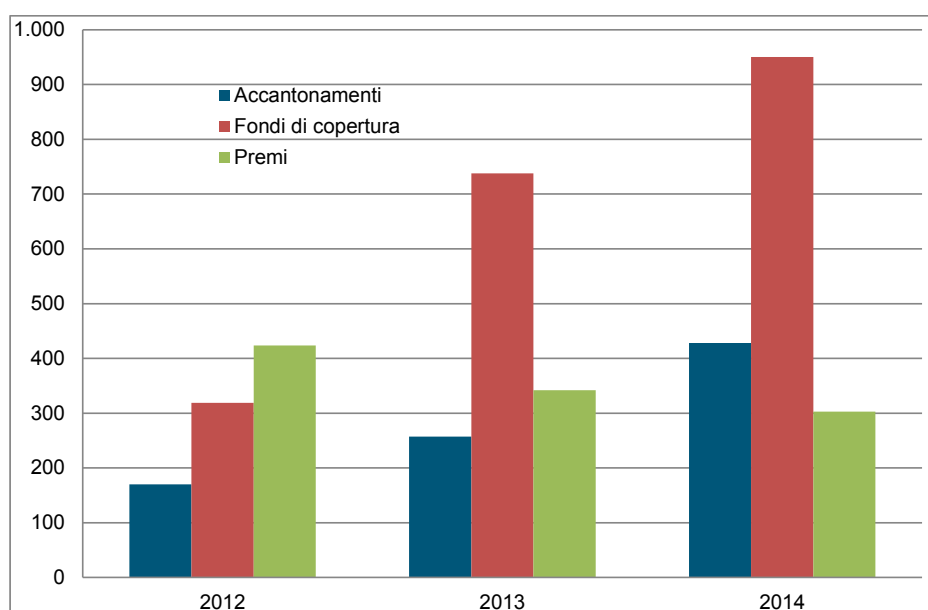
I fattori di ostacolo per le imprese che hanno operato nel settore nel periodo 2010-2015 sono molteplici. Emergono preoccupazioni sull'incertezza relativa alla evoluzione giurisprudenziale e a quella della quantificazione del rischio nel settore, che contribuisce a renderlo poco profittevole. La carenza di efficaci politiche di gestione del rischio sanitario è un ostacolo meno rilevante, ma cresce la sua importanza per l'operatività nelle strutture pubbliche.

Il mercato assicurativo

Come nella precedente rilevazione, non sembrerebbero un impedimento ad operare nel settore i requisiti di capitale richiesti da *Solvency II*⁵⁷.

Anche in risposta alle difficoltà di ottenere coperture assicurative a costi non elevati, le aziende sanitarie e quelle ospedaliere si sono orientate verso l'autoassicurazione. Questa forma di ritenzione del rischio in realtà si affianca alla sottoscrizione di polizze, che tipicamente garantiscono per le richieste di risarcimento superiori a una certa soglia (autoassicurazione ibrida)⁵⁸. Appositi fondi nello stato patrimoniale delle strutture, alimentati da accantonamenti annuali del conto economico, stanziavano le risorse per l'autoassicurazione. Per il triennio 2012-2014, entrambe le poste risultano in forte crescita, mentre le spese per i premi diminuiscono (figura I.60). Liguria, Toscana e Basilicata sono le regioni con i minori esborsi per premi assicurativi in rapporto agli accantonamenti per autoassicurazione nel 2014.

Figura I.60– R.c. medica per le strutture sanitarie pubbliche: autoassicurazione (accantonamenti e fondi) e premi corrisposti alle imprese assicurative (milioni di euro)



Fonte: Ministero della Salute e IVASS per i dati relativi ai premi.

⁵⁷ Per le imprese di assicurazione e riassicurazione i requisiti di capitale richiesti da *Solvency II* sono più elevati rispetto a quelli previsti da *Solvency I*, in particolare perché comprendono anche i rischi di riservazione (*reserve risk*), particolarmente rilevanti nella r.c. medica.

⁵⁸ Ad esempio, il modello della Toscana prevede la gestione della autoassicurazione essenzialmente a livello centralizzato regionale, con un ruolo residuale dell'assicurazione. Il modello più articolato a tre livelli, adottato dall'Emilia-Romagna, prevede l'utilizzo dei fondi delle aziende sanitarie per risarcimenti inferiori a 150.000 euro, l'impiego dei fondi centralizzati regionali per quelli superiori a tale soglia, ma inferiori a 1.500.000 euro, e l'intervento di una copertura assicurativa per gli importi superiori.

Relazione sull'attività svolta

Nel 2014 tutte le regioni Italiane risultavano effettuare accantonamenti a fondi di autoassicurazione, ad eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano e della Valle d'Aosta, che avevano adottato un modello puramente assicurativo (tavola I.86). Oltre la metà delle strutture del servizio sanitario nazionale iscrivevano in bilancio fondi per autoassicurazione. Il numero risultava più che raddoppiato rispetto al 2012. Tra le regioni più dinamiche in questa transizione si segnalano il Veneto e la Lombardia a Nord, l'Umbria e il Lazio al centro, la Sicilia e l'Abruzzo nel meridione.

Il passaggio a una gestione della r.c. medica basata sulla autoassicurazione rende necessario sia migliorare i sistemi di prevenzione e gestione del rischio sanitario sia rafforzare i sistemi informativi relativi agli incidenti sanitari. Allontanandosi dal modello completamente assicurativo di gestione dei sinistri, alcune regioni hanno effettuato notevoli investimenti in questa direzione. Ne è derivata una acquisizione di nuove competenze, nonché un miglioramento della soddisfazione degli utenti dei servizi sanitari⁵⁹. In futuro, al presidio degli aspetti organizzativi e medici della gestione del rischio clinico dovrà affiancarsi una maggiore capacità di valutare l'adeguatezza dei fondi di autoassicurazione dal punto di vista finanziario e attuariale⁶⁰.

⁵⁹ È oggetto di studio e dibattito l'eventuale conseguimento di risparmi per il servizio sanitario pubblico derivante dall'utilizzo di forme di autoassicurazione.

⁶⁰ L'importanza della diffusione di queste competenze presso la dirigenza sanitaria è già stata evidenziata nella Relazione IVASS sull'attività svolta nel 2014 (pag. 131).

Il mercato assicurativo

Tavola I.86 - Numero di strutture del Servizio Sanitario Nazionale che accantonano fondi per l'autoassicurazione della r.c. medica						
Macro area	Regione	Numero totale di strutture del Servizio Sanitario Nazionale	di cui:			
			Strutture che hanno iniziato ad accantonare fondi nel 2013-2014		Strutture che accantonano fondi nel 2014	
			% su totale		% su totale	
Nord	Emilia Romagna	19	4	21,1	5	26,3
	Friuli Venezia Giulia	6	0	0,0	1	16,7
	Liguria	6	0	0,0	1	16,7
	Lombardia	51	21	41,2	33	64,7
	Provincia autonoma di Bolzano	2	0	0,0	0	0,0
	Provincia autonoma di Trento	1	1	100,0	1	100,0
	Piemonte	20	1	5,0	3	15,0
	Valle d'Aosta	1	0	0,0	0	0,0
	Veneto	25	15	60,0	18	72,0
	Totale macro area	131	42	32,1	62	47,3
Centro	Lazio	23	8	34,8	14	60,9
	Marche	4	0	0,0	1	25,0
	Toscana	12	0	0,0	1	8,3
	Umbria	9	5	55,6	5	55,6
	Totale macro area	48	13	27,1	21	43,8
	Sud e Isole	Abruzzo	4	2	50,0	4
Basilicata		4	1	25,0	3	75,0
Calabria		10	2	20,0	4	40,0
Campania		17	4	23,5	10	58,8
Molise		1	0	0,0	0	0,0
Puglia		11	3	27,3	5	45,5
Sardegna		12	1	8,3	2	16,7
Sicilia		19	14	73,7	18	94,7
Totale macro area		78	27	34,6	46	59,0
Totale Italia		257	82	31,9	129	50,2

Fonte: Ministero della Salute.

7.2. - Il cyber risk

L'IVASS ha avviato una riflessione sull'impatto nel mercato assicurativo del *cyber risk*, identificando le minacce che possono danneggiare la disponibilità e l'integrità delle reti e dell'infrastruttura di scambio delle informazioni nonché la riservatezza delle informazioni. Sono considerate *cyber crime* diverse tipologie di attività criminali dove computer e sistemi informativi sono utilizzati come mezzo per perpetrare il crimine o come obiettivo dello stesso crimine.

La tecnologia rappresenta una fonte di nuove opportunità per lo stesso mercato assicurativo (assicurazione a copertura del *cyber risk*) ma anche di rischi derivanti dalla progressiva digitalizzazione dei servizi assicurativi, che mettono le stesse imprese assicurative a rischio di *cyber attack*. La crescente sofisticazione informatica dei clienti assicurativi porta ad una domanda di prodotti utilizzabili con applicazioni su PC o dispositivi mobili, richiedendo alle imprese investimenti crescenti per mantenere un'offerta aggiornata dal punto di vista tecnologico e con sistemi sicuri ed efficienti.

Relazione sull'attività svolta

Negli ultimi anni la minaccia di attacchi informatici e il relativo impatto sul sistema finanziario sono cresciuti proporzionalmente allo sviluppo delle transazioni elettroniche e all'accesso diretto degli utenti a dati e servizi finanziari *online*. Un attacco informatico di rilevanti dimensioni può creare gravi difficoltà per la stabilità dei grandi intermediari, delle infrastrutture critiche e, per via delle interconnessioni, dell'intero sistema.

Il tema è all'attenzione dell'industria ma può richiedere un maggiore livello di approfondimento, anche attraverso la promozione di progetti di sistema per innalzare la consapevolezza degli operatori e porre a fattore comune le esperienze nel settore in un osservatorio tecnologico o altre iniziative di *information sharing*. Le imprese che partecipano all'indagine sulle vulnerabilità del settore assicurativo (cfr. il paragrafo 1.2.3 nella sezione III) mostrano la consapevolezza sulla necessità di mitigare il *cyber risk* come particolare forma di rischio operativo.

Tra i principali punti da considerare vanno inclusi i profili di rischio legale e operativo connessi con il rispetto della normativa sulla *privacy* e le vulnerabilità legate all'accesso *online* a servizi e dati sensibili sui soggetti assicurati. Vanno identificati i sistemi critici e le informazioni rilevanti sui cui assicurare maggiore tutela e più attento monitoraggio da parte delle funzioni di controllo interno. È emersa una specifica sensibilità alle conseguenze degli attacchi di tipo *denial of service* (intesi ad esaurire le risorse di un sistema informatico – ad es. il sito internet della compagnia – fino a renderlo non più in grado di erogare il servizio) e *zero-day vulnerabilities* (vulnerabilità non ancora conosciute dai produttori di *software* ma note agli *hacker* che le sfruttano per accedere o manomettere programmi, dati o reti di computer; il termine *zero-day* è dovuto al fatto che, dal momento in cui è nota la vulnerabilità, si hanno a disposizione zero giorni per pianificare e implementare azioni di mitigazione del rischio, in quanto i sistemi sono già attaccabili). Tra le vulnerabilità in essere ci sono anche i collegamenti in remoto con gli agenti e altri canali distributivi le cui *policy* di sicurezza non sono governate direttamente dalle compagnie e i rischi connessi con l'acquisizione di servizi in *cloud*.

Nel *framework* Solvency II, il rischio informatico è considerato parte integrante delle valutazioni sulle capacità delle imprese di gestire i rischi operativi, anche in caso di affidamento all'esterno di funzioni. È inoltre previsto, nell'ambito del sistema di *governance*, che le imprese assicurative garantiscano la continuità delle loro attività, anche con lo sviluppo di piani di *contingency*. A tal fine, le imprese devono dotarsi di sistemi, risorse e procedure appropriati, tenuto conto della proporzionalità.

Tali iniziative vanno raccordate con le misure di autenticazione forte, sicurezza per la riservatezza e integrità delle credenziali e attivazione di canali sicuri di comunicazione previste nell'ambito dei pagamenti elettronici, regolati dalla Direttiva europea 2015/2366 (Payment System Directive 2). Di particolare interesse sono anche i principi sulla *cyber resilience* delle infrastrutture dei mercati finanziari stabiliti dal CPMI-IOSCO, con riferimento alla rilevanza dei fattori di interconnessione tra i maggiori operatori e alla collaborazione tra operatori (inclusi i *vendor* e *service provider*) e autorità, inclusa una chiara strategia di comunicazione in caso di incidente con obblighi di segnalazione alle autorità nazionali degli incidenti rilevanti. In tali principi, mutuabili anche per i principali intermediari attivi sui mercati finanziari, viene data particolare enfasi alla *governance* e organizzazione interna, alla disponibilità di risorse e

Il mercato assicurativo

competenze oltre al coinvolgimento dei vertici per creare cultura aziendale in materia di *resilience*.

In aggiunta al rafforzamento della *cyber security* aziendale, le imprese assicurative sono interessate dall'evoluzione dell'offerta assicurativa in tema di *cyber risk*, tenendo conto che il valore aziendale si va da tempo spostando dagli attivi tangibili (tipicamente, impianti e immobili ad uso industriale) verso gli attivi *intangibile* (marchi, brevetti, diritti di autore, reti di fornitura, patrimonio informativo digitalizzato).

Nell'ambito della continua analisi sui nuovi prodotti immessi nel mercato assicurativo italiano, l'IVASS ha condotto una verifica sui prodotti danni volti a coprire i rischi tecnologici (ad es. disponibilità e integrità dei sistemi) o connessi con l'utilizzo di strumenti e sistemi informatici (ad es. riservatezza delle informazioni e tutela dell'identità digitale). Il mercato italiano delle polizze a copertura dei rischi tecnologici è ancora poco sviluppato: sono stati identificati 19 prodotti offerti da 10 imprese di cui 5 italiane. Le soluzioni assicurative più sofisticate, a copertura dei rischi *cyber*, sono 9 sulle 19 censite, in larga parte offerte da imprese estere, probabilmente dotate di maggiore *expertise* nel settore.

Tra gli aspetti da considerare per futuri approfondimenti sul mercato dei prodotti a copertura del *cyber risk* si dovrà tenere conto dei processi per la valutazione dei rischi tecnologici oggetto di copertura, considerando gli strumenti organizzativi e tecnici di possibile mitigazione del rischio, la definizione del *pricing* e dell'ammontare risarcito, i problemi legali connesse con la giurisdizione competente per trattare attacchi su scala globale o la cui provenienza non è facilmente identificabile.

PAGINA BIANCA

L'evoluzione del contesto normativo

II - L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO**1. - LA DEFINIZIONE DEL QUADRO NORMATIVO SOLVENCY II****1.1. - La preparazione al nuovo regime**

Nel 2015 sono state emanate lettere al mercato volte a precisare alcuni aspetti:

- i) nel marzo 2015, sulla valutazione prospettica dei rischi anche in esito all'esame delle relazioni FLAOR/ORSA (*Forward-Looking Assessment of Own Risks / Own Risk and Solvency Assessment*; cfr. sezione III paragrafo 2.1.3) prodotte dalle imprese e inviate in Istituto;
- ii) nel luglio 2015, sulla funzione attuariale, con chiarimenti sui compiti connessi con la costituzione delle riserve tecniche, quali la verifica della qualità e attendibilità dei dati e della coerenza degli importi calcolati sulla base dei criteri applicabili al bilancio civilistico e a quello prudenziale; sono state date indicazioni sul possibile accorpamento di compiti e funzioni in una logica di proporzionalità, sull'esternalizzazione anche in ambito di gruppo e sulla politica di *fit and proper*, in modo da promuovere un'omogenea applicazione dei principi normativi e garantire l'adozione di criteri di valutazione neutrali rispetto alle diverse soluzioni organizzative;
- iii) sempre nel luglio 2015, in attuazione delle linee guida EIOPA, sono state fornite ulteriori indicazioni sul processo di *pre-application* per l'utilizzo dei modelli interni, richiamando l'attenzione delle imprese, in particolare, sulla necessità di dare evidenza dell'adeguata integrazione del modello interno nell'ambito del governo societario dell'impresa e delle ragioni per le quali l'impresa o il gruppo ritenga che il profilo di rischio sia meglio catturato da un modello interno.

1.2. - Il nuovo Codice delle Assicurazioni Private

Nel supplemento ordinario alla G.U. n. 136 del 15 giugno 2015 è stato pubblicato il decreto legislativo 12 maggio 2015, n. 74 di attuazione della direttiva 2009/138/CE (Solvency II) che ha profondamente innovato il CAP. L'Istituto ha contribuito ai lavori di recepimento, attraverso il supporto tecnico e redazionale agli organi legislativi competenti.

Le modifiche al CAP riprendono il dettato della direttiva Solvency II, come emendata dalla direttiva Omnibus II. Le principali modifiche riguardano:

- le finalità della vigilanza: l'articolo 3 chiarisce, in conformità a quanto previsto dall'articolo 27 della direttiva, che l'obiettivo primario dell'azione di vigilanza è la tutela degli assicurati e di tutti gli aventi diritto alle prestazioni assicurative. Tale obiettivo è perseguito attraverso i controlli sulla sana e prudente gestione delle imprese (vigilanza prudenziale) e sulla traspa-

Relazione sull'attività svolta

- renza e correttezza dei comportamenti delle imprese nei confronti dei consumatori (condotta di mercato);
- la trasparenza e la responsabilità dell'attività di vigilanza e il rafforzamento degli obblighi sul segreto d'ufficio;
 - la definizione del sistema di governo societario, comprensivo delle funzioni fondamentali, tra cui revisione interna, gestione dei rischi, conformità - già previste dalla normativa secondaria emanata dall'IVASS - e funzione attuariale. È stato introdotto l'obbligo per le imprese di effettuare periodicamente una valutazione interna del rischio e della solvibilità (nell'acronimo anglosassone, ORSA), per accertare il proprio fabbisogno di solvibilità globale, tenuto conto del profilo di rischio specifico, dei limiti di tolleranza al rischio e della strategia d'impresa;
 - le riserve tecniche di vigilanza, fondate su criteri diversi da quelli utilizzati per le riserve tecniche riportate nel bilancio civilistico, che continueranno a seguire le regole previgenti. Sempre in tale ambito, sono comprese le misure relative alle garanzie a lungo termine introdotte dalla direttiva Omnibus II per mitigare la volatilità dei mercati, in modo che gli assicuratori possano continuare nel lungo termine a svolgere il ruolo di investitori istituzionali e a fornire coperture a un prezzo accessibile;
 - gli investimenti, soggetti al principio della persona prudente, non più a limiti quantitativi definiti a livello regolamentare; essi devono essere adeguati alla natura e alla durata delle passività assicurative e riassicurative e in grado di realizzare il migliore interesse dei contraenti e dei beneficiari, tenendo conto degli obiettivi strategici dell'impresa;
 - la disciplina sui requisiti patrimoniali, fondata su:
 - il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (*Solvency Capital Ratio* - SCR), che l'impresa deve calcolare e comunicare all'Autorità di vigilanza almeno annualmente e corrisponde al capitale economico necessario a limitare la probabilità di rovina ad 1 caso ogni 200 anni, calcolato con la tecnica del "valore a rischio";
 - il Requisito Patrimoniale Minimo (*Minimum Capital Ratio* - MCR) rappresenta la soglia patrimoniale minima sotto alla quale scattano i provvedimenti più stringenti da parte dell'IVASS essendo il rischio giunto a un livello inaccettabile;
 - la disciplina sui fondi propri, cioè gli elementi patrimoniali destinati alla copertura dei requisiti, classificati in tre livelli in funzione della loro natura e della misura in cui soddisfano cinque caratteristiche fondamentali (subordinazione, assorbimento di perdite, permanenza, perpetuità, assenza di costi obbligatori del servizio);
 - i requisiti dell'informativa al mercato (*public disclosure*) e al supervisore (*supervisory reporting*), i cui contenuti sono armonizzati in dettaglio a livello europeo dal Regolamento della Commissione Europea 2015/35;

L'evoluzione del contesto normativo

- la disciplina delle imprese locali, escluse dal regime Solvency II perché sotto i parametri fissati dalla direttiva in termini di incasso dei premi e totale delle riserve tecniche, e non attive nei rami responsabilità, credito e cauzione;
- la vigilanza sul gruppo e la cooperazione - nell'ambito dei colleghi dei supervisori - con le altre Autorità coinvolte nella vigilanza sui gruppi attivi in almeno due paesi europei. La modifica al CAP ha inteso mantenere la specificità nazionale relativa all'albo dei gruppi assicurativi, coordinandola però con le previsioni della direttiva Solvency II sugli strumenti di vigilanza (solvibilità di gruppo, sistema di governo societario, ORSA di gruppo, concentrazione dei rischi, operazioni infragruppo) applicabili al gruppo nel suo complesso e alle varie imprese che ne fanno parte;
- il sistema sanzionatorio che mantiene la struttura originaria del CAP, con aggiornamenti secondo le modifiche apportate da Solvency II (cfr. sezione V).

1.3. - La Regolamentazione secondaria emanata dalla Commissione

Il Regolamento delegato n. 35/2015/CE, che integra il quadro normativo primario stabilito dalla direttiva e dal Codice con contenuti di maggior dettaglio, direttamente applicabili negli Stati Membri, è stato già oggetto nel 2016 di un primo emendamento (Regolamento delegato n. 467/2016/CE pubblicato nella G.U.U.E. del 1° aprile 2016) teso a sostenere gli investimenti nelle infrastrutture europee, abbassandone il requisito di capitale.

Il quadro normativo comunitario di diretta applicazione è stato inoltre integrato, in più riprese nel 2015, da Regolamenti di esecuzione emanati dalla Commissione europea, su proposta dell'EIOPA (*Implementing technical standards* - ITS o norme tecniche di attuazione) che disciplinano aspetti di carattere prettamente tecnico:

- nel marzo 2015 sono stati adottati 6 standard tecnici relativi ad aspetti procedurali riguardanti l'approvazione, l'utilizzo e le modifiche di modelli interni individuali (Regolamento n. 2015/460/CE) e di gruppo (Regolamento n. 2015/461/CE), le procedure per l'autorizzazione a costituire società veicolo (Regolamento n. 2015/462/CE), l'autorizzazione all'uso di parametri specifici (*undertaking specific parameters* - USP) dell'impresa (Regolamento n. 2015/498/CE), le procedure concernenti l'uso di elementi dei fondi propri accessori (Regolamento n. 2015/499/CE) e l'utilizzo dell'aggiustamento di congruità nel calcolo delle riserve tecniche (Regolamento n. 2015/500/CE);
- nel novembre 2015 la Commissione europea ha emanato 7 Regolamenti di esecuzione, concernenti il trattamento prudenziale delle esposizioni verso amministrazioni regionali e Autorità locali (Regolamento n. 2015/2011/CE), le maggiorazioni di capitale (*add-ons* Regolamento n. 2015/2012/CE) i sistemi di perequazione del rischio malattia (Regolamento n. 2015/2013/CE, volto a disciplinare una specificità dei Paesi Bassi), la presentazione delle informazioni all'Autorità di vigilanza del gruppo e lo scambio di informazioni tra Autorità in ambito di gruppo (Regolamento n. 2015/2014/CE), l'analisi dei rating creditizi esterni (Regolamento n. 2015/2015/CE), l'aggiustamento del fabbisogno di capitale a fronte degli investimenti in azioni (Regolamento n. 2015/2016/CE), il calcolo

Relazione sull'attività svolta

del requisito patrimoniale per il rischio valutario con la formula standard (Regolamento n. 2015/2017/CE);

- nel dicembre 2015 sono stati emanati gli ultimi 3 Regolamenti di esecuzione, riguardanti rispettivamente la reportistica per la presentazione delle informazioni alle Autorità di vigilanza (Regolamento n. 2015/2450/CE), la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria (Regolamento n. 2015/2452/CE) e le informazioni che le Autorità di vigilanza devono rendere pubbliche (Regolamento n. 2015/2451/CE);
- nel febbraio 2016, la Commissione europea ha emanato il Regolamento di esecuzione recante informazioni per il calcolo delle riserve tecniche e dei fondi propri di base dal 1° gennaio al 30 marzo 2016 (Regolamento n. 2016/165/CE).

Questa normativa si inserisce come disciplina intermedia tra il CAP e i regolamenti IVASS con i quali sono state o saranno recepite le linee guida EIOPA, di cui al successivo paragrafo.

1.4. - Le linee guida EIOPA e il recepimento nazionale

Il quadro normativo di Solvency II è completato da 702 linee guida, raccolte in 29 documenti, emanate dall'EIOPA per favorire l'applicazione uniforme e coerente del nuovo regime e dei suoi obiettivi. Un primo set riguardante i requisiti finanziari (1° pilastro) è stato pubblicato dall'EIOPA nel febbraio 2015. Il secondo set di linee guida, dedicato prevalentemente ai requisiti di governo societario e informativi (2° e 3° pilastro), è stato emanato nel mese di settembre 2015.

Condividendo gli obiettivi di armonizzazione del quadro normativo comunitario, l'Istituto ha aderito agli orientamenti EIOPA, curandone il recepimento attraverso l'aggiornamento delle procedure interne di vigilanza dell'IVASS, nel caso di indicazioni sull'organizzazione dell'azione di vigilanza (è il caso, ad es. delle linee guida sul funzionamento dei collegi dei supervisori o del processo di controllo prudenziale); per le linee guida contenenti adempimenti a carico delle imprese, la conformità dell'ordinamento nazionale è stata invece assicurata attraverso la pubblicazione di lettere al mercato e con la revisione o emanazione di Regolamenti.

L'IVASS ha dato priorità al completamento del quadro normativo sui requisiti finanziari del regime di Solvency II, con particolare riguardo alle norme applicative nella determinazione dello SCR calcolato con la formula standard. Dopo la pubblica consultazione, sono stati emanati i seguenti Regolamenti che recepiscono linee guida dell'EIOPA e ne chiariscono il contenuto:

- il Regolamento n. 10 del 22 dicembre 2015, concernente il trattamento delle partecipazioni a valle, in attuazione delle nuove disposizioni previste dall'articolo 79, comma 3 del CAP, oltre che di linee guida EIOPA, individua le assunzioni di partecipazioni soggette a comunicazione o autorizzazione preventiva, nonché i presupposti per l'esercizio dei poteri IVASS;
- il Regolamento n. 11 del 22 dicembre 2015, concernente l'utilizzo di parametri specifici nella determinazione dello SCR. Le imprese, previa autorizzazione dell'IVASS, possono sostit-