
L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO

A fini di tutela del consumatore è stato analizzato l'utilizzo di *big data* che consentirebbero agli istituti finanziari di profilare i clienti, individuare abitudini e schemi di consumo e offrire prodotti mirati per specifiche fasce di mercato.

Il Comitato ha lavorato alla redazione delle linee guida su un 'approccio *risk-based* alla vigilanza sul riciclaggio di denaro e sul monitoraggio sul finanziamento al terrorismo nel settore finanziario europeo. Su richiesta della Commissione Europea, per garantire uniformità di interpretazione e valutazione, il *Joint Committee* ha inoltre rivisto la proposta di linee guida sulla prudente valutazione di acquisizioni di [partecipazioni](#) nel settore finanziario che comportino il controllo o l'acquisizione di una [partecipazione qualificata](#).

Per assicurare la coerenza e indirizzare alla convergenza delle pratiche di vigilanza delle Autorità nazionali europee, il *Joint Committee* ha elaborato un report sulle migliori pratiche di vigilanza per ridurre l'affidamento ai rating esterni nella valutazione dei requisiti degli enti vigilati e ha approfondito le [tecniche di mitigazione del rischio](#) per i contratti derivati *over-the-counter* (OTC) non regolati tramite Camera di Compensazione (EMIR).

Altri contributi hanno, infine, riguardato il monitoraggio periodico delle condizioni di mercato, la valutazione dei rischi intersettoriai e delle vulnerabilità del sistema finanziario, nonché le attività collegate alla collaborazione e scambio di informazioni con le Autorità sovrannazionali (ESRB, ESAs, BCE).

L'evoluzione della normativa nazionale

4. - L'EVOLUZIONE DELLA NORMATIVA NAZIONALE

4.1. - Il recepimento di normative comunitarie

4.1.1. — PRIIPs e MiFID 2

Nella G.U. del 28 novembre 2016 è stato pubblicato il decreto legislativo 14 novembre 2016, n. 224 con il quale è stata data attuazione al Regolamento UE n. 1286/2014 relativo ai documenti contenenti le informazioni chiave per i prodotti d'investimento al dettaglio e assicurativi pre-assemblati (PRIIPs). La nuova normativa si applicherà dalla data di applicazione del Regolamento UE (1 gennaio 2018). Il Regolamento UE n. 2016/2340 ha, infatti, posticipato l'applicazione del Regolamento PRIIPs in considerazione del rinvio dell'emanazione delle norme tecniche riguardanti il documento informativo semplificato (KID), adottate infine con Regolamento delegato n. 2017/653.

Il Regolamento UE è direttamente applicabile nelle sue parti principali con riferimento agli obblighi di predisposizione e consegna del KID per i PRIIPs non assicurativi (PRIIPs) e assicurativi (IBIPs) e all'attribuzione a EIOPA e alle Autorità nazionali del potere di proibire la commercializzazione di un IBIP al ricorrere di determinate circostanze. Il Regolamento PRIIPs si applica ai prodotti assicurativi vita di ramo III, di ramo V e di ramo I a meno che le prestazioni previste dal contratto siano dovute soltanto in caso di decesso o per incapacità dovuta a lesione, malattia o infermità.

La nuova normativa nazionale di recepimento, mantenendo il vigente e frammentato riparto di competenze sul canale distributivo già presente nel TUF (agenti e brokers vigilati da IVASS, imprese, banche e intermediari finanziari vigilati da CONSOB), ha delineato il seguente riparto di competenze, considerate unitariamente nella normativa europea, sui prodotti d'investimento assicurativi basato su tre criteri (finalità di tutela, canale di vendita, tipo di prodotto):

- con riferimento ai poteri di *product intervention* e *market monitoring*:
 - a) attribuisce a CONSOB la competenza sulla distribuzione degli IBIPs attraverso banche, SIM e imprese di assicurazione per ragioni legate alla protezione del consumatore e all'integrità del mercato;
 - b) attribuisce a IVASS la competenza su materie di stabilità del sistema finanziario e assicurativo, di stabilità delle imprese di assicurazione, nonché, in caso di distribuzione attraverso agenti e brokers, per ragioni legate alla protezione del consumatore e all'integrità del mercato;
- con riferimento agli obblighi di trasparenza precontrattuale, attribuisce a CONSOB il potere di ricevere la notifica preventiva del KID per tutti i prodotti IBIPs, nei quali rientrano anche i prodotti tradizionali del ramo vita, per valutare la compatibilità dei documenti rispetto alla normativa europea.

L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO

È ancora in corso il recepimento della Direttiva MIFID 2 (Direttiva n. 2014/65/UE) che conteneva, tra l'altro, modifiche alla prima Direttiva sull'intermediazione assicurativa 2002/92 introducendo il Capo III bis sui prodotti IBIPs. L'attuazione di tale modifica, contenuta nella legge di delegazione europea 2014 (l. n. 114/2015), è stata tuttavia superata per effetto della successiva abrogazione del Capo III bis da parte della Direttiva 2016/97 sulla distribuzione assicurativa.

Lo schema di decreto legislativo che modifica il TUF per l'attuazione delle disposizioni della Direttiva MIFID2 è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 28 aprile 2017 e trasmesso alle Camere il 3 maggio per il rilascio dei prescritti pareri; esso modifica e integra la disciplina applicabile ai prodotti di ramo III e V, vigilati da CONSOB, nonostante i [prodotti assicurativi](#) non rientrino nell'ambito di applicazione della Direttiva.

4.1.2. - *L'attuazione della Direttiva europea sulla rendicontazione non finanziaria delle grandi imprese e dei gruppi di grandi dimensioni*

Nella G.U. del 10 gennaio 2017 è stato pubblicato il decreto legislativo 30 dicembre 2016, n. 254 di attuazione della Direttiva n. 2014/95/UE, su cui l'[IVASS](#) ha fornito contributi di carattere tecnico. Il decreto prevede per gli enti di interesse pubblico (incluse le imprese di assicurazione e le banche) di grandi dimensioni l'obbligo di inserire nella relazione sulla gestione una dichiarazione di carattere non finanziario contenente informazioni ambientali, sociali, attinenti al personale, al rispetto dei diritti umani, alla lotta contro la corruzione.

L'informativa, per quanto concerne le imprese di assicurazione e i gruppi assicurativi, potrà essere resa attraverso:

- una dichiarazione individuale, inserita nella relazione sulla gestione prevista dall'art. 94 del CAP, di cui in tal caso costituisce una specifica sezione come tale contrassegnata, oppure con una relazione distinta, contrassegnata da analoga dicitura;
- una dichiarazione consolidata, in presenza di un gruppo, contenuta nella relazione sulla gestione di cui all'art. 100 del CAP, di cui in tal caso costituisce una specifica sezione come tale contrassegnata, oppure con una relazione distinta, contrassegnata da analoga dicitura.

Le disposizioni si applicheranno alle dichiarazioni e relazioni riferite agli esercizi finanziari dal 1 gennaio 2017.

CONSOB dovrà emanare un regolamento, sentite Banca d'Italia e [IVASS](#), per:

- disciplinare la trasmissione alla CONSOB delle dichiarazioni di carattere non finanziario, le modalità di pubblicazione e di invio delle informazioni o integrazioni in caso di dichiarazioni incomplete o non conformi;
- definire modi e termini per il controllo delle dichiarazioni;
- indicare i principi di comportamento e le modalità di svolgimento dell'incarico di verifica delle conformità delle informazioni da parte dei revisori.

L'evoluzione della normativa nazionale

4.2. - Iniziative nazionali**4.2.1. - *Assicurazione obbligatoria legata alle nuove disposizioni sull'antípico pensionistico volontario***

La legge 11 dicembre 2016, n. 232 (c.d. legge di bilancio 2017) pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 297 del 21 dicembre 2016, prevede all'art. 1, comma 166 che dal 1 maggio 2017 e in via sperimentale fino al 31 dicembre 2018, è istituito l'antípico finanziario a garanzia pensionistica (APE), per cui l'IVASS ha fornito un contributo tecnico. L'APE è un prestito coperto da una polizza assicurativa obbligatoria per il rischio di premorienza di cui potranno usufruire i soggetti in possesso dei requisiti fissati dalla normativa.

La legge prevede che le imprese di assicurazione che potranno rilasciare tali garanzie sono scelte tra quelle che aderiscono agli accordi quadro da stipulare tra il MEF, il Ministero del lavoro, l'ABI, l'ANIA e altre imprese assicurative primarie.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali previste ai sensi di legge saranno fornite, in formato elettronico e su supporto durevole, al soggetto richiedente direttamente dall'INPS, il quale per tale attività non assume la veste di *intermediario* assicurativo.

Ai fini della normativa antiriciclaggio, l'operazione è sottoposta a obblighi semplificati di adeguata verifica della clientela, da definire con decreto del MEF, sentito il Comitato di sicurezza finanziaria.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri saranno disciplinate l'attuazione della norma e i criteri, condizioni e funzionamento dell'offerta.

4.2.2. - *La legge sulla responsabilità sanitaria*

Nella G.U. del 17 marzo 2017 è stata pubblicata la legge "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", in vigore il 1° aprile.

Dopo oltre 15 anni di dibattito parlamentare e vari tentativi di disciplinare la materia con la legge generale sulle assicurazioni dei liberi professionisti del 2011 e con la legge c.d. Baldazzi del 2012, la nuova legge intende dare una risposta complessiva al tema della responsabilità delle strutture sanitarie e del personale sanitario.

In accordo con il principio costituzionale del diritto alla salute, si stabilisce come finalità della legge la sicurezza delle cure, nell'interesse dell'individuo e della collettività. La prevenzione e gestione del rischio richiede l'attivazione presso le strutture sanitarie pubbliche e private di un sistema di monitoraggio, valutazione, gestione e prevenzione del rischio clinico.

Tra gli obiettivi fondamentali della nuova normativa vi sono la riduzione del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e la garanzia per i pazienti di un

L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO

risarcimento in tempi brevi e certi. Per limitare il ricorso alla giustizia ordinaria ai casi più gravi, non si potrà agire in giudizio senza prima aver esperito un tentativo di conciliazione.

Viene ridefinita la colpa medica, abbandonando la distinzione tra colpa lieve e colpa grave e prevedendo un'imperizia non punibile quando sono rispettate le raccomandazioni di apposite linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali.

La legge prevede che la struttura sanitaria risponda nei confronti dei pazienti a titolo di responsabilità contrattuale, mentre gli esercenti la professione sanitaria rispondono a titolo di responsabilità extracontrattuale, salvo se abbiano agito nell'adempimento di una obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente e introduce l'obbligo di assicurazione a carico delle strutture sanitarie (o di altre analoghe misure quali l'autoassicurazione ossia la costituzione di un fondo per i risarcimenti) e degli esercenti la professione sanitaria per la r.c. verso terzi. È previsto l'obbligo per gli esercenti la professione sanitaria, passibili di azione amministrativa di rivalsa da parte della Corte dei Conti o in sede civile, di stipulare idonee polizze assicurative per colpa grave.

Il paziente che si ritiene danneggiato può chiedere direttamente all'impresa assicuratrice il risarcimento (azione diretta), nei limiti dei massimali assicurati.

Sono definiti i limiti temporali delle garanzie assicurative, che devono coprire anche gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto purché denunciati all'[impresa di assicurazione](#) durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale deve essere previsto un periodo di ultrattivitÀ della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattività.

La legge prevede futuri decreti ministeriali per definire, tra l'altro:

- i criteri e i modi di vigilanza e controllo da parte dell'IVASS sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le strutture sanitarie o con gli esercenti la professione sanitaria (decreto del MiSE, di concerto con il Ministero della salute);
- i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie (decreto del MiSE, di concerto con il Ministero della salute e il MEF, sentiti l'IVASS, l'ANIA, e altri soggetti rappresentativi dei medici e strutture sanitarie e organizzazioni sindacali). Il medesimo decreto dovrà stabilire i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle “altre misure analoghe”, anche di assunzione diretta del rischio, le regole per il trasferimento del rischio in caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo per la messa a riserva dei risarcimenti sui sinistri denunciati;
- i dati delle polizze stipulate e delle misure di auto-assicurazione che le strutture e gli operatori sanitari debbono trasmettere all'Agenzia Nazionale per i Sistemi Sanitari Regionali, con relative modalità di accesso (decreto del MiSE, di concerto con il Ministero della salute, sentito l'IVASS).

L'evoluzione della normativa nazionale

La legge prevede l'istituzione presso il Ministero della Salute di un Fondo di garanzia per i soggetti vittime della responsabilità sanitaria, gestito dalla Consap e alimentato con il contributo delle imprese di assicurazione autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria, che interviene nei seguenti casi:

- il danno sia eccedente rispetto ai massimali di copertura;
- la struttura sanitaria o l'esercente la professione sanitaria siano assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza, in liquidazione coatta o vi sia posta in seguito;
- la struttura o l'esercente la professione sanitaria siano sprovvisti della copertura assicurativa per recesso unilaterale dell'impresa ovvero per la sopravvenuta inesistenza o cancellazione dall'albo dell'impresa.

4.2.3. - *La legge istitutiva del Comitato per l'educazione finanziaria*

La legge 17 febbraio 2017, n. 15 di conversione del decreto-legge 23 dicembre 2016, n. 237, recante disposizioni urgenti per la tutela del risparmio nel settore creditizio, ha previsto che il MEF adotti il programma per una “Strategia nazionale per l'educazione finanziaria, assicurativa e previdenziale”. È prevista l'istituzione di un Comitato per la programmazione e il coordinamento delle attività di educazione finanziaria, con il compito di promuovere e programmare iniziative di sensibilizzazione ed educazione finanziaria. Al Comitato, composto da undici membri e presieduto da un direttore nominato dal MEF, partecipa anche l'[IVASS](#).

4.2.4. - *La sospensione temporanea del pagamento dei premi per i residenti nelle zone colpite dal sisma del 2016*

Il decreto – legge 17 ottobre 2016, n. 189 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 dicembre 2016, n. 229, nel disciplinare misure d'urgenza a favore delle popolazioni colpite dal sisma, ha previsto la sospensione dei termini di pagamento dei premi assicurativi relativi a polizze emesse a decorrere dal 24 agosto oppure dal 26 ottobre 2016, da attuare con provvedimento [IVASS](#). L'Istituto ha dato attuazione a tale norma con il Provvedimento n. 56 del 2017 (cfr. II.4.3.2).

4.3. - *Altri regolamenti e interventi di carattere normativo dell'[IVASS](#)***4.3.1. - *Regolamenti***

- Il Regolamento n. 23 del 1 giugno 2016, emanato in forza dell'articolo 135 del CAP, sostituisce il Regolamento ISVAP n. 31 del 1° giugno 2009, fornendo disposizioni applicative in merito:
 - a) alle procedure di organizzazione e di funzionamento della Banca dati dei sinistri e delle Banche dati anagrafe testimoni e anagrafe danneggiati;
 - b) ai modi e alle condizioni di accesso alle banche dati da parte delle pubbliche amministrazioni, dell'autorità giudiziaria, delle forze di polizia, delle imprese di assicurazione e di soggetti terzi;

L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO

- c) agli obblighi di consultazione delle banche dati da parte delle imprese di assicurazione in fase di liquidazione dei sinistri;
- il Regolamento n. 36 del 28 febbraio 2017 l'IVASS ha dettato istruzioni al mercato per la comunicazione di dati e informazioni all'Istituto per lo svolgimento di indagini statistiche, studi, analisi sul mercato assicurativo in attuazione dell'art. 190-bis del CAP.

4.3.2. - *Provvedimenti*

- il Provvedimento n. 47 del 1 giugno 2016 è intervenuto sul funzionamento dell'Archivio Integrato Antifrode (AIA) definendo indicatori analitici e di sintesi e relativi parametri, individuando il livello di dettaglio delle informazioni inviate alle imprese e fornendo indicazioni tecniche per una corretta alimentazione dell'archivio;
- il Provvedimento IVASS n. 56 del 9 febbraio 2017 regola la sospensione del pagamento per gli assicurati residenti nelle zone terremotate (articolo 48, comma 2, del decreto – legge 17 ottobre 2016, n. 189 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 dicembre 2016, n. 229). L'assicuratore ha l'obbligo di pagare il sinistro per i fatti accaduti durante il periodo di sospensione anche in assenza della percezione del premio. La norma intende contemperare il beneficio della sospensione goduta dall'assicurato con le esigenze gestionali dell'impresa consentendo il recupero del premio attraverso conguaglio sul sinistro. Il conguaglio non opera se il soggetto che ha diritto alla prestazione assicurativa è diverso dal soggetto tenuto al pagamento del premio;
- il Provvedimento IVASS n. 58 del 14 marzo 2017 apporta novità rilevanti sulla presentazione all'IVASS delle istanze e delle comunicazioni dovute dagli intermediari e dalle imprese ai fini della tenuta del Registro Unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI), proseguendo nel percorso di semplificazione e dematerializzazione avviato nel 2015, in linea con quanto previsto dall'art. 15, comma 2 del D.lgs. 7 marzo 2005 n. 82 e con gli obiettivi strategici dell'Istituto. Il Provvedimento persegue la finalità di agevolare i rapporti tra IVASS e operatori e di snellire i processi interni di gestione dedicati alla movimentazione e all'aggiornamento del RUI, introducendo un più moderno sistema, interamente digitale, di raccolta dei dati contenuti nelle istanze e comunicazioni all'Istituto (cfr. IV.1.7.5).

4.3.3. - *Lettere al mercato*

- con Lettera al mercato del 15 dicembre 2016 sono state date indicazioni circa l'obbligo di motivare le comunicazioni di diniego dell'offerta, al fine di evitare dinieghi infondati e la conseguente diluizione ingiustificata dei termini di pagamento e di contribuire, attraverso la ostensione delle motivazioni, alla riduzione del contenzioso (cfr. IV.1.3.2);
- con Lettera al mercato dell'11 gennaio 2017 sono state fornite indicazioni sulla politica di distribuzione dei dividendi e di remunerazione affinché queste ultime, anche alla luce dell'entrata in vigore di *Solvency II* fossero improntate alla massima prudenza nella distribuzione dei dividendi e di altri elementi patrimoniali nonché nella corresponsione della componente variabile della remunerazione agli esponenti aziendali (cfr. II.2.3);

L'evoluzione della normativa nazionale

- con Lettera al mercato del 7 febbraio 2017 sono state date indicazioni per l'aggiornamento delle schede sintetiche dei contratti di assicurazioni sulla vita, sulla base del tasso di inflazione e del rendimento medio dei titoli di Stato registrato nel 2016;
- con Lettera al mercato del 16 marzo 2017 l'IVASS ha dato indicazioni per l'applicazione delle norme concernenti il rilascio delle garanzie obbligatorie degli operatori turistici in caso di insolvenza o fallimento (cfr. IV.1.4.2);
- con Lettera al mercato del 3 aprile 2017 si è raccomandato alle imprese di implementare nel caso di polizze abbinate ai finanziamenti adeguate procedure per la restituzione in caso di estinzione anticipata parziale del rateo di premio non goduto (cfr. IV.1.4.3);
- con Lettera al mercato del 21 aprile 2017 l'IVASS auspica che le imprese includano nella valutazione interna dei rischi e della solvibilità (ORSA) scenari simili a quelli inclusi nello stress test EIOPA 2016, caratterizzati dal persistere di tassi di interesse estremamente bassi e da incrementi consistenti degli *spread* creditizi sulle attività finanziarie, incoraggiando ulteriori analisi di stress che facciano riferimento a scenari plausibilmente in grado di generare vulnerabilità per la compagnia.

4.3.4. - Frequently Asked Questions

In recepimento delle Linee Guida EIOPA in materia di reclami degli *intermediari* di assicurazione, l'**IVASS** ha emanato il Provvedimento n. 46/2016 di cui alla Relazione annuale dello scorso anno (cfr. II.4.3), il quale ha modificato il Regolamento n. 24/2008, introducendo il Capo III bis dedicato alla gestione dei reclami sui comportamenti degli *intermediari* assicurativi e riassicurativi.

La nuova procedura di gestione dei reclami è operativa da novembre 2016: il Provvedimento n. 46/2016 è in vigore dal 31 maggio 2016, ma è stato riconosciuto agli operatori un termine per l'adeguamento alle nuove procedure di 180 giorni dalla data di entrata in vigore.

*Sono pervenute numerose richieste, prevalentemente di associazioni di categoria degli *intermediari* e imprese di assicurazione, concernenti l'interpretazione di alcune disposizioni: in fase di prima applicazione, per fornire chiarimenti interpretativi utili a tutti gli operatori, IVASS ha pubblicato sul proprio sito le relative risposte in forma di FAQ, in una sezione dedicata alla "Gestione reclami intermediari". I principali chiarimenti riguardano la politica di gestione dei reclami, la gestione delle segnalazioni relative ai comportamenti degli *intermediari* iscritti nelle sezioni B ed E del RUI, l'attività di analisi e l'eventuale esternalizzazione, la procedura di registrazione dei reclami.*

L'AZIONE DI VIGILANZA PRUDENZIALE

IV. - L'AZIONE DI VIGILANZA PRUDENZIALE**1. - LA VIGILANZA MACRO-PRUDENZIALE****1.1. - Solvibilità e redditività delle compagnie italiane nel regime *Solvency II***

Come evidenziato nel Cap. 1, il persistere di tassi di interesse estremamente contenuti non ha impattato eccessivamente nel 2016 sulla redditività (cfr. I.4.4) e sulla solvibilità (cfr. I.5.5) delle imprese italiane, grazie al buon allineamento della durata finanziaria delle attività e delle passività di bilancio.

Le tensioni sui mercati finanziari nell'anno hanno indotto una significativa variabilità degli indicatori di solvibilità delle imprese; essa si è tuttavia mantenuta in media su livelli sostenibili.

Gli indicatori di solvibilità delle compagnie italiane, calcolati secondo *Solvency II*, si sono mantenuti adeguati, attestandosi in media a livelli più elevati, per il ramo vita, rispetto ai competitori europei mentre per il ramo danni sono, nel confronto, più contenuti.

I fondi propri di migliore qualità (*Tier 1*) si attestano in media al 90% del totale dei fondi propri, percentuale superiore alla media europea.

1.2. - Il quadro dei rischi per il settore assicurativo italiano – *Risk Dashboard*

Lo strumento utilizzato da IVASS per rappresentare l'evoluzione dei rischi e delle vulnerabilità del settore assicurativo nazionale, il *Risk Dashboard*, è stato aggiornato tenendo conto dell'entrata in vigore di *Solvency II*. La Direttiva ha modificato le metriche di valutazione dei requisiti di solvibilità delle imprese di assicurazione e previsto flussi informativi nuovi, nel contenuto e nella tempistica.

Il nuovo *Risk Dashboard* si basa su indicatori costruiti con metodologie definite in ambito europeo, adattati alle specificità del mercato assicurativo nazionale. Si considerano sette aree di rischio (rischi macroeconomici, di mercato, di credito, di liquidità, di profitabilità e solvibilità, di interconnessione e assicurativi) oltre ad un area introdotta per tener conto della percezione dei rischi da parte del mercato.

La rischiosità di ciascuna area è sintetizzata da un punteggio (livello) e dalla variazione rispetto al trimestre precedente (tendenza). Le elaborazioni si basano sulle informazioni riferite al trimestre oggetto di analisi⁸⁷ per gli indicatori assicurativi e sulle informazioni più aggiornate per gli indicatori di mercato che, in alcuni casi, tengono conto anche di stime previsionali finalizzate a rafforzare la visione prospettica.

⁸⁷ Ad esempio, il *Risk Dashboard* alla data del 31 dicembre utilizza le informazioni del quarto trimestre.

La vigilanza macro-prudenziale

La situazione riassuntiva che emerge dal *Risk Dashboard* nel quarto trimestre 2016 è la seguente:

Rischi	Score Q4 ⁸⁸	Trend ⁸⁹
1. Rischi Macro	7,1	↗
2. Rischi di Credito	6,6	↗
3. Rischi di Mercato	6,7	↖
4. Rischi di Liquidità	6,5	↗
5. Rischi di Profittabilità e Solvibilità	3,3	↖
6. Rischi di Interconnessione	2,7	↓
7. Rischi assicurativi	2,3	↗
8. Rischiosità percepita dal mercato	3,3	↖

I principali fattori di rischio per il settore assicurativo italiano sono relativi ai rischi macro, di credito, di mercato e di liquidità, mentre le altre aree di rischio – assicurativo, profittabilità e solvibilità – presentano valori di vulnerabilità più bassi, inferiore ai valori europei⁹⁰.

Con riferimento ai rischi di mercato, si osserva un lieve miglioramento grazie alla diminuzione della volatilità degli *spread* creditizi sui titoli *corporate* e del mercato azionario.

Nell'anno si osserva una diminuzione dei rischi assicurativi, grazie anche a un contenuto livello del rapporto sinistri su premi dei *rami danni*, e dei rischi di interconnessione.

La rischiosità percepita dal mercato è anch'essa in riduzione.

Si conferma il minor ricorso alla riassicurazione nel mercato italiano rispetto alla media europea. Per contro, il mercato assicurativo italiano è caratterizzato da una maggiore concentrazione degli investimenti rispetto ai competitors europei.

1.3. - *Stress Test* EIOPA 2016 e focus sul mercato italiano

L'esercizio Stress Test Europeo 2016, coordinato dall'EIOPA con la collaborazione delle Autorità nazionali, ha avuto l'obiettivo di valutare la vulnerabilità del settore assicurativo rispetto a uno scenario di notevole peggioramento del quadro macroeconomico, connotato da una prolungata fase di bassi tassi di interesse.

⁸⁸ Lo score varia da 1 (rischio minimo) a 10 (rischio massimo). Il livello di rischiosità, oltre che dai numeri è indicato dai colori (verde = basso, giallo = medio, arancione = medio-alto, rosso = alto).

⁸⁹ Le frecce indicano la variazione rispetto al trimestre precedente (↗ = aumento significativo (>1), ↗ = aumento ($>0,5$), ⇋ = costante, ↖ = diminuzione ($>0,5$), ↖ = diminuzione significativa (>1)).

⁹⁰ <https://eiopa.europa.eu/financial-stability-crisis-prevention/financial-stability/risk-dashboard>.

L'AZIONE DI VIGILANZA PRUDENZIALE

L'IVASS ha richiesto la prova di stress a tutte le compagnie operanti nel business vita dei prodotti tradizionali con garanzia. I risultati di 16 imprese, di grandi, piccole e medie dimensioni, pari al 76% del mercato nazionale in termini di riserve tecniche vita, sono stati poi trasmessi all'EIOPA per le analisi europee.

Nello stress test è stata analizzata l'eccedenza delle attività patrimoniali sulle passività misurata sui dati *Solvency II* disponibili al 1° gennaio 2016 (*day-one reporting*) in due scenari finanziari avversi: uno (*Low for Long*) centrato sull'ipotesi di una ulteriore flessione della curva dei rendimenti privi di rischio su tutte le scadenze e un altro (*Double Hit*), più severo, in cui la riduzione dei rendimenti privi di rischio avviene simultaneamente alla riduzione di valore di tutte le principali categorie di investimento delle compagnie.

I risultati dell'esercizio pubblicati dall'EIOPA lo scorso 15 dicembre hanno nel complesso confermato la buona tenuta del settore assicurativo nazionale. L'impatto dello scenario *low for long* è stato del 5,4% per tutte le compagnie esaminate e del 5,1% per le 16 compagnie incluse nel campione EIOPA, a fronte di un valore medio europeo del 18%. Nello scenario *double hit* la riduzione dell'eccedenza di attività patrimoniali sulle passività è stata del 32,5% per tutte le compagnie esaminate e del 33,8% per le sedici compagnie incluse nel campione EIOPA, valore lievemente superiore a quello medio europeo (28,9%) ma in linea con quelli dei principali mercati. In valore assoluto, la riduzione dell'eccedenza di attività patrimoniali sulle passività per tutte le imprese partecipanti è pari a 3,7 miliardi di euro nello scenario *low for long* di euro e di quasi 22 miliardi nello scenario *double hit*; anche nello scenario più penalizzante l'eccedenza complessiva del campione si mantiene su livelli elevati (circa 46 miliardi di euro).

La buona tenuta del settore assicurativo italiano anche nello scenario più penalizzante, il *double hit*, riflette una gestione finanziaria di attivi e passivi delle imprese tendenzialmente allineata in termini di durata media finanziaria dei flussi di cassa.

1.4. - Analisi dei rischi e delle vulnerabilità del settore

È proseguito il monitoraggio trimestrale sulle principali fonti di rischio e vulnerabilità del settore assicurativo condotto su un campione di dieci gruppi e sei imprese individuali.

Nel 2016 l'indagine si è concentrata sulle iniziative intraprese dalle compagnie in risposta alla prolungata fase di bassi tassi di interesse, sulla commercializzazione dei prodotti multiramo, sul *cyber risk*, sugli strumenti alternativi di trasferimento del rischio, sul cambiamento climatico e sull'innovazione tecnologica. Sono state altresì analizzate le politiche di investimento delle imprese, con focus su particolari categorie di strumenti finanziari.

L'analisi evidenzia il persistere di una bassa propensione del mercato assicurativo nazionale a investire in strumenti finanziari innovativi: nessuna impresa ha fatto ricorso alla possibilità di

La vigilanza macro-prudenziale

erogare finanziamenti diretti non garantiti, e l'investimento in minibond è molto contenuto. Le forme di investimento e finanziamento alternative rimangono poco utilizzate⁹¹.

Viceversa, si conferma il trend di incremento dei prodotti vita non tradizionali commercializzati dalle imprese. La raccolta premi del campione relativa a prodotti multiramo è stata di 30,6 miliardi di euro (27% della raccolta vita del campione) e le imprese hanno stimato un incremento prospettico del 18,6%. Tale crescente diffusione risponde alla duplice esigenza di offrire ai clienti prodotti con garanzia ma con maggiori possibilità di rendimento e di contenere i rischi e l'assorbimento di capitale dei tradizionali prodotti di ramo I. La maggior parte delle imprese gestiscono tuttavia i rischi di tali prodotti con gli stessi strumenti sviluppati per il ramo I e ramo III; solo poche imprese hanno dichiarato di aver implementato specifici presidi per far fronte a rischi generati, ad esempio, dalla possibilità offerta al sottoscrittore della polizza di spostare l'investimento tra i vari fondi.

Solo i grandi gruppi assicurativi hanno posto attenzione a fonti di rischio emergenti, ad esempio i rischi legati ai cambiamenti climatici, dotandosi di *policy* interne e impegnandosi in iniziative a sostegno dell'ambiente. Maggiore consapevolezza è emersa nella gestione dei rischi e delle opportunità del *cyber risk*.

1.5. - Tavolo rischi con l'industria assicurativa e gli *stakeholders*

In considerazione dei numerosi eventi e cambiamenti che caratterizzano lo scenario di riferimento per le assicurazioni – dall'evoluzione del quadro normativo al contesto geopolitico, dall'innovazione tecnologica ai cambiamenti climatici – l'**IVASS** ha avviato nel 2016 iniziative di confronto diretto con gli operatori del mercato.

Sono stati organizzati due “Tavoli” di approfondimento, il primo, con le principali società di consulenza e di rating nazionali e il secondo, con i rappresentanti delle principali compagnie assicurative italiane e con i vertici dell'associazione di categoria.

Dal confronto è emersa una sostanziale condivisione della percezione dei rischi finanziari e assicurativi di maggiore impatto sul settore assicurativo nazionale: i rischi connessi alla prolungata fase di bassi tassi d'interesse, di credito, macroeconomico e operativo, la cui principale componente è il *cyber risk*.

Con riguardo al rischio strategico, definito come il rischio di perdita di competitività ed efficienza, è stata rilevata la preoccupazione di atteggiamenti poco attivi di alcune assicurazioni nei confronti delle opportunità di mercato derivanti da nuove aree di business e nuovi rischi da assicurare, della *digital innovation* e degli impatti riconducibili all'ingresso nel mercato di nuovi *player* non tradizionali.

⁹¹ Si tratta di liquidity swaps, alternative risk transfer, cat bond, term structured repo e short term funding.

L'AZIONE DI VIGILANZA PRUDENZIALE

1.6. - L'attività macro-prudenziale a livello internazionale. I lavori in ESRB

Dopo la pubblicazione nel dicembre 2015 del rapporto dedicato alla rilevanza sistemica del settore assicurativo, è proseguita l'analisi dei rischi a livello europeo da parte del Comitato europeo per il rischio sistemico (ESRB) con focus sulle conseguenze della prolungata fase di bassi tassi di interesse. Gli esiti dei lavori condotti dalla Task force congiunta creata nel 2015 sono riportati nel rapporto pubblicato nel novembre 2016.

Nel rapporto sono individuate tre principali aree di rischio che dal settore assicurativo potrebbero propagarsi al settore finanziario – la sostenibilità dei modelli di business di alcuni istituti finanziari; l'assunzione di rischi eccessivi; l'evoluzione verso un sistema finanziario basato sui mercati – e sono indicate alcune potenziali misure per la relativa mitigazione.

Per quanto attiene, in particolare, al settore assicurativo vita europeo, la sostenibilità del modello di business tradizionale – caratterizzato dall'offerta di prodotti con garanzia – sarebbe compromessa dall'attuale contesto di prolungata bassa crescita economica e di bassi rendimenti che comprimerebbe la redditività delle compagnie. La riduzione della redditività spingerebbe, inoltre, le compagnie verso investimenti ad alto rendimento (alimentando un comportamento di *search for yield*) esponendole a potenziali rischi futuri soprattutto in presenza di elevata volatilità dei mercati finanziari. Infine il protrarsi del periodo di bassi tassi d'interesse accrescerebbe la propensione a un cambiamento nelle strategie e nei profili di rischio delle imprese, creando nuove fonti di vulnerabilità. Il rapporto evidenzia come l'allontanamento delle imprese di assicurazione dal business tradizionale dei prodotti garantiti a favore di prodotti con una maggiore connotazione finanziaria (ad esempio prodotti *unit-linked*) implicherebbe un trasferimento degli effetti dei bassi tassi di interesse sugli investitori e soprattutto sulle famiglie.

Le misure individuate nel rapporto per la mitigazione dei rischi derivanti dalla prolungata fase di bassi tassi di interesse si sostanziano:

- a. nel rafforzamento della resilienza delle compagnie verso tale rischio da attuare anche attraverso la revisione della normativa primaria (Direttiva *Solvency II*), con particolare riferimento alla disciplina dell'*Ultimate Forward Rate*, delle misure LTG e di strumenti macro-prudenziali aggiuntivi rispetto a quelli previsti. Tra questi, ad esempio, la possibilità per il supervisore di richiedere una riduzione del livello massimo delle garanzie dei tassi di interesse offerti nei nuovi contratti o di proibire o rinviare la distribuzione di dividendi per evitare che i fondi propri scendano al di sotto del requisito patrimoniale di solvibilità;
- b. nella disciplina della risoluzione o consolidamento delle entità con business non sostenibile, da prevedere nella definizione di un quadro armonizzato di *Recovery and Resolution* per il settore assicurativo.

Per dar seguito alle proposte contenute nel Rapporto, l'ESRB proseguità i lavori fino al 2018 attraverso il gruppo di esperti incaricato di analizzare sotto il profilo macro-prudenziale l'attuazione di *Solvency II*, le implicazioni legate all'utilizzo della curva dei rendimenti privi di rischio e lo sviluppo di un regime di *Recovery and Resolution* per il settore assicurativo.

La vigilanza micro-prudenziale

2. - LA VIGILANZA MICRO-PRUDENZIALE**2.1. - La vigilanza nel primo anno di applicazione della normativa *Solvency II***

L'avvio nel 2016 del nuovo regime europeo *Solvency II* contribuisce alla definizione di un quadro regolamentare nazionale robusto e trasparente e consente di impostare un sistema di vigilanza microprudenziale basato sul rischio, per identificare e gestire tempestivamente le vulnerabilità e allocare le risorse in maniera efficiente.

Nel primo anno dell'entrata in vigore del nuovo regime di solvibilità, la vigilanza ha posto particolare attenzione alle verifiche degli adempimenti richiesti dal primo e secondo pilastro della normativa *Solvency II*, anche con riguardo agli assetti organizzativi adottati dalle imprese e dai gruppi in coerenza con i nuovi requisiti prudenziali.

La verifica dell'adeguatezza dei livelli di solvibilità ha tenuto conto del profilo di rischio dell'impresa e del gruppo di appartenenza e della qualità dei fondi propri. Se da un lato, infatti, il livello di patrimonializzazione fornisce indicazioni sulla copertura dei requisiti di capitale, siano essi calcolati con la formula standard, con gli USP o con un modello interno, la qualità dei fondi propri è un elemento qualificante della stabilità delle imprese. A tale scopo la vigilanza ha adottato modelli di analisi che, sulla base dei dati segnalati dalle imprese, consentono di monitorare l'evoluzione della solvibilità dal punto di vista quali-quantitativo mediante l'attribuzione di un punteggio che individua i casi in cui è necessario rafforzare la supervisione.

Alla fine del 2016 sono soggette a supervisione 111 imprese autorizzate a esercitare l'attività assicurativa e riassicurativa (tra le quali tre rappresentanze di Stati terzi), di cui 13 multiramo, 58 esercenti l'attività nei rami danni e 40 nei rami vita.

2.1.1. - L'adozione dei modelli interni

L'autorizzazione all'adozione di un modello interno per il calcolo del requisito patrimoniale in luogo della formula standard è preceduta da un processo informale di *pre-application*, in cui si valuta in via preliminare il sostanziale allineamento del modello ai requisiti normativi, e termina con la fase di *application*, in cui si finalizzano le valutazioni dell'Autorità e si rilascia l'approvazione.

In sede di autorizzazione, l'Autorità può chiedere che l'impresa o il gruppo adotti le misure necessarie per una corretta applicazione del modello, formalizzate in un *remedial plan* approvato dal CdA. Per i modelli approvati congiuntamente a piani di rimedio, finalizzati a implementare e migliorare specifiche aree (di minor rilievo) del modello medesimo, l'Istituto effettua il monitoraggio sull'avanzamento delle soluzioni pianificate.

Nella fase di *pre-application*, come negli anni passati, è stato attuato un confronto con le compagnie, attraverso incontri, analisi documentali e visite *on-site*, che hanno riguardato sia aspetti di natura quantitativa – con riferimento a metodologie e ipotesi sottese alla modellizzazione – sia di natura qualitativa, sugli aspetti di *governance* e di utilizzo dei modelli a fini aziendali. Nei processi di *pre-application* che interessano gruppi transfrontalieri è stata attivata la collaborazione con le Autorità di vigilanza europee coinvolte.

L'AZIONE DI VIGILANZA PRUDENZIALE

È stata altresì avviata l'attività di *pre-application* e *application* sulle modifiche a modelli interni già approvati (*model change*) per la inclusione di rischi aggiuntivi e/o la estensione dell'ambito di applicazione ad altre imprese del gruppo: analogamente a quanto effettuato nell'approvazione dei modelli interni, l'attività si è svolta mediante analisi documentali e visite *on-site*.

Nel 2016, l'Istituto è stato impegnato in tre processi di *pre-application* di gruppi italiani, avviati l'anno precedente, di cui uno concluso il 7 febbraio 2017 con il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo del modello interno parziale per le imprese UnipolSAI e Arca Vita. È stato inoltre avviato il processo per un'altra impresa italiana.

Presso le imprese/gruppi autorizzati all'utilizzo del modello interno sono stati eseguiti accertamenti ispettivi per verificare l'implementazione e l'efficacia delle azioni prospettate nei *remedial plan* presentati in fase di approvazione.

Nel 2016 è stata completata la *pre-application* per il gruppo Generali, giungendo a una decisione condivisa, tra le principali Autorità coinvolte (BaFin, ACPR e CNB) di approvazione della *model change* inerente l'estensione dell'ambito di applicazione del modello interno alla società francese Generali Vie e le modifiche al modello interno parziale, a livello consolidato e delle singole imprese di assicurazione e di riassicurazione nell'ambito di applicazione.

Per il gruppo Allianz, l'Istituto ha esaminato sette *major change* del modello interno di gruppo afferenti ad aspetti quantitativi e qualitativi. Il procedimento di autorizzazione, che ha coinvolto l'Istituto nella *joint decision* con le altre Autorità, si è concluso favorevolmente l'8 marzo 2017. L'Istituto ha preso parte alla decisione congiunta per l'approvazione dell'estensione del modello interno del gruppo AXA alla società francese Avassur, processo concluso il 20 dicembre 2016 con esito favorevole.

Nel 2017, stante il perdurare del basso livello dei tassi di interesse, l'Istituto, unitamente alle altre Autorità coinvolte, ha effettuato approfondimenti sugli effetti sui modelli interni utilizzati dai principali gruppi europei dell'ormai osservato trend negativo dei tassi di interesse. Attualmente sono in corso di valutazione le comunicazioni pervenute nel 2017 con le quali due gruppi assicurativi europei operanti in Italia e un gruppo assicurativo italiano hanno chiesto di apportare modifiche ai modelli interni già approvati, allo scopo di tener conto nella rappresentazione dei rischi dell'andamento negativo dei tassi di interesse.

2.1.2. - Undertaking and Group Specific Parameters (*USP/GSP*)

Nel 2016 l'Istituto ha emanato cinque provvedimenti di autorizzazione per l'utilizzo, a partire dal 1° gennaio 2016, di parametri specifici USP/GSP, in luogo di quelli definiti nella formula standard, ai fini del calcolo del requisito patrimoniale di solvibilità limitatamente ai rischi di sottoscrizione in alcuni segmenti dell'attività assicurativa danni. L'autorizzazione ha riguardato a livello individuale UnipolSAI, SARA Assicurazioni, Europ Assistance e DAS e a livello di gruppo UGF. Nei primi mesi del 2017, dopo un'intensa attività pre-istruttoria, sono state formalizzate le istanze di autorizzazione all'utilizzo dei parametri specifici a livello individuale da parte di Cattolica Assicurazioni, Tua Assicurazioni e Vittoria Assicurazioni nonché a livello di gruppo di Cattolica. Le istruttorie si sono concluse con il rilascio delle relative autorizzazioni.

La vigilanza micro-prudenziale

L'istruttoria di autorizzazione all'utilizzo degli USP è svolta sulla base di una guida metodologica predisposta dalla vigilanza per agevolare l'individuazione delle aree da sottoporre a verifica e di garantire un approccio omogeneo.

Dopo il rilascio delle prime autorizzazioni, l'Istituto ha avviato le attività di verifica e di monitoraggio nella determinazione degli USP. Sono già state richieste analisi di *sensitivity* sui parametri utilizzati.

2.1.3. - La valutazione aziendale del rischio e dell'adeguatezza patrimoniale

Il processo ORSA, svolto almeno una volta l'anno dalle imprese ovvero ogni volta che si presentano circostanze che potrebbero modificare il profilo di rischio dell'impresa, rappresenta una delle maggiori novità Nell'informativa di secondo pilastro *Solvency II*. Le relazioni ORSA trasmesse all'autorità di vigilanza contengono la valutazione da parte delle imprese del fabbisogno complessivo di solvibilità calcolato sulla base di ipotesi interne specifiche dell'azienda – che include ma non è limitato al mero requisito patrimoniale regolamentare – nonché la stima in chiave prospettica dei rischi e dell'adeguatezza della politica di gestione del capitale.

L'Istituto ha proceduto all'esame delle relazioni ORSA delle imprese assicurative e delle società capogruppo, redatte alla luce delle disposizioni contenute nei Regolamenti Delegati e delle Linee guida EIOPA. L'analisi è stata focalizzata, oltre che sui risultati delle valutazioni, sulla completezza e *compliance* delle relazioni alla normativa e alle Linee guida EIOPA, sull'appropriatezza delle metodologie e delle ipotesi utilizzate nonché sulla *governance* del processo e l'utilizzo dei risultati dell'ORSA nel processo di pianificazione strategica e di gestione del capitale. Hanno formato oggetto di particolare attenzione anche il trattamento dei titoli governativi e il relativo profilo di rischio effettivo.

L'**IVASS** ha sviluppato uno strumento di analisi delle relazioni ORSA per attribuire priorità e calibrare le azioni di vigilanza. Tale strumento ha facilitato il confronto tra le diverse imprese del mercato e la valutazione dei progressi nella implementazione dei processi per la medesima impresa. Lo strumento consente di individuare le aree di analisi che necessitano di miglioramenti e di esprimere un giudizio sintetico sull'adeguatezza dell'ORSA a rappresentare il profilo di rischio delle imprese.

Le relazioni presentate dalle imprese nel 2016 mostrano il cambiamento culturale, con una maggiore sensibilità e coinvolgimento dell'*organo amministrativo*, sia pure evidenziando la necessità di rafforzamento delle metodologie di stima della solvibilità prospettica e di maggiore integrazione con i processi di pianificazione strategica e di gestione del capitale. Spazi di miglioramento sono stati individuati nel coinvolgimento dell'*organo amministrativo* nel monitoraggio delle soglie di tolleranza dei rischi rispetto alla pianificazione strategica.

La richiesta di una piena consapevolezza dell'impresa nell'autovalutazione del fabbisogno di solvibilità, anche alla luce degli andamenti del mercato, richiede un'accurata individuazione degli scenari di *stress*, non ancora pienamente riscontrata nelle analisi di vigilanza. Ampi margini di miglioramento sono stati rilevati sulla necessità di *stress test* disegnati in modo da catturare in dettaglio gli effetti combinati di scenari negativi sui rischi ai quali le imprese sono maggiormente