
PARTE 1

**INTRODUZIONE AI CONTRATTI DI
ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI
e
DESCRIZIONE DEI RAMI DANNI**

Prof. Cerchiara Rocco Roberto

email: rocco.cerchiara@unical.it

Materiale e Riferimenti

- 1. Capitolo 1 del testo Tecnica attuariale delle assicurazioni contro i Danni (Daboni 1993)**
- 2. Par. 1.2 del testo Elementi di matematica delle Assicurazioni (Pitacco 2002)**

1. I RAMI DELLE ASSICURAZIONI DANNI E IL BILANCIO

1.1. La classificazione dei rami danni

Dal punto di vista della tecnica attuariale è importante definire gli eventi assicurati, che differiscono a seconda del ramo. Nel D.lgs. 209/ 2005 (art. 2) sono specificati 18 rami delle assicurazioni contro i danni:

- 1) Infortuni,
- 2) Malattia
- 3-6) Corpi di veicoli terrestri, ferroviari, aerei, marittimi
- 7) Merci trasportate,
- 8) Incendio ed elementi naturali
- 9) Altri danni ai beni
- 10-12) Responsabilità civile autoveicoli terrestri, aeromobili, veicoli marittimi lacustri e ferroviari
- 13) Responsabilità civile generale
- 14) Credito
- 15) Cauzione
- 16) Perdite pecuniarie di vario genere
- 17) Tutela giudiziaria
- 18) Assistenza

Evidentemente, i rami hanno un diverso peso nei portafogli delle compagnie italiane. Se prendiamo come riferimento il volume dei premi, abbiamo il seguente quadro in questi ultimi anni:

Tavola 1: Distribuzione del volume dei premi per ramo – Periodo 2006 - 2010

| RAMO | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Infortuni | 3,103 | 3,190 | 3,202 | 3,180 | 3,219 |
| Malattia | 1,828 | 2,050 | 2,159 | 2,194 | 2,238 |
| Corpi veicoli ferroviari | 3,205 | 3,284 | 3,208 | 3,133 | 3,101 |
| Incendio | 2,359 | 2,344 | 2,346 | 2,350 | 2,362 |
| Altri danni ai beni | 2,480 | 2,574 | 2,732 | 2,729 | 2,743 |
| RC Auto | 18,461 | 18,278 | 17,666 | 17,019 | 17,641 |
| RC Generale | 3,225 | 3,256 | 3,316 | 3,338 | 3,338 |
| Altri Rami | 2,524 | 2,679 | 2,825 | 2,744 | 2,807 |
| Totale | 37,185 | 37,655 | 37,454 | 36,687 | 37,449 |

Fonte: elaborazioni ANIA

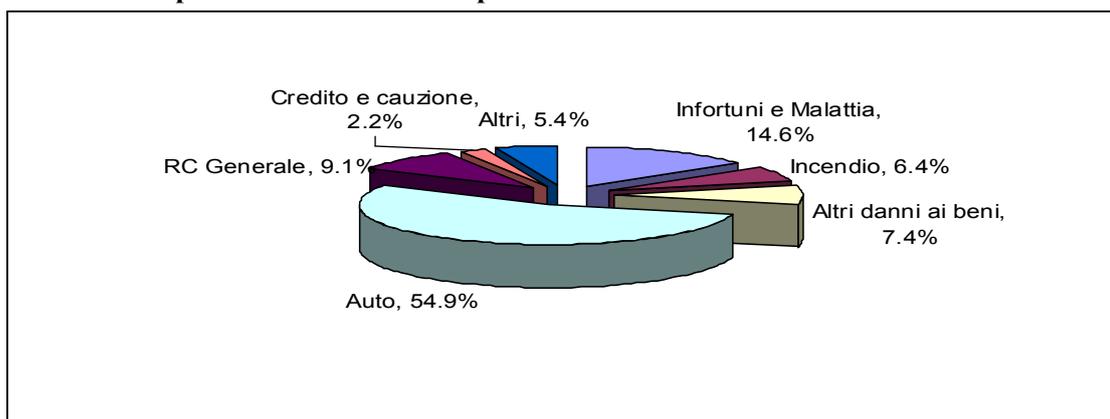
Nota: I dati, riferiti al solo lavoro diretto, sono in milioni di euro. La voce "Altri Rami" comprende anche i rami Credito e Cauzione. I dati del 2010 sono stimati.

Tavola 2: Distribuzione percentuale dei premi di tavola 1

| RAMO | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Infortunati | 8.3% | 8.5% | 8.5% | 8.7% | 8.6% |
| Malattia | 4.9% | 5.4% | 5.8% | 6.0% | 6.0% |
| Corpi veicoli ferroviari | 8.6% | 8.7% | 8.6% | 8.5% | 8.3% |
| Incendio | 6.3% | 6.2% | 6.3% | 6.4% | 6.3% |
| Altri danni ai beni | 6.7% | 6.8% | 7.3% | 7.4% | 7.3% |
| RC Auto | 49.6% | 48.5% | 47.2% | 46.4% | 47.1% |
| RC Generale | 8.7% | 8.6% | 8.9% | 9.1% | 8.9% |
| Altri Rami | 6.8% | 7.1% | 7.5% | 7.5% | 7.5% |
| Totale | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fonte: elaborazioni ANIA

Nota: I dati, riferiti al solo lavoro diretto, sono in milioni di euro. La voce "Altri Rami" comprende anche i rami Credito e Cauzione. I dati del 2010 sono stimati..

Distribuzione percentuale del volume premi dei rami Danni nel 2009:

Fonte: elaborazioni Ania

Più sinteticamente possiamo classificare i rami tra quelli che riguardano:

- Le assicurazioni danni alla persona. Il risarcimento cui è tenuto l'assicuratore riguarda il danno economico sofferto a causa della diminuita capacità lavorativa o il versamento ai beneficiari di una somma pattuita in caso di morte provocata da infortunio. Vengono classificati in questa categoria il ramo Infortuni e Malattia.
- Le assicurazioni di beni. Queste polizze riguardano determinati eventi dannosi che possono colpire un bene dell'assicurato. In questa categoria vengono classificati i rami Incendio, Furto, Grandine, ecc.
- Le assicurazioni di responsabilità. L'assicuratore s'impegna a pagare per conto dell'assicurato un indennizzo di un danno causato dall'assicurato a terzi. La più importante tra queste assicurazioni è la R.C.A.

Vediamo più dettagliatamente alcuni dei rami principali.

1.2 . Ramo Infortuni

Nella seconda metà del XIX secolo si diffondono le prime forme assicurative sugli infortuni tecnicamente paragonabili a quelle moderne e gestite con criteri professionali. Il sorgere e la diffusione del ramo infortuni in Italia e negli altri paesi industrializzati, sono strettamente legati allo sviluppo dell'industria e dei mezzi di trasporto meccanici.

Il rischio assicurato è l'infortunio, inteso come evento dannoso a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea. Oltre al danno patrimoniale si è pervenuti alla configurazione di altre tipologie di danno che devono essere risarcite: il danno morale e danno biologico sofferti dall'infortunato.

a) L'assicurazione obbligatoria

Il rischio è obbligatoriamente coperto dai datori di lavoro rispetto ai propri dipendenti. La gestione dell'assicurazione obbligatoria in Italia è demandata all'INAIL (Istituto Nazionale contro gli Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali) istituito nel 1927, il quale prevede che l'assicurazione comprenda tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro nonché le malattie professionali contratte nell'ambito dell'attività lavorativa.

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro è fondata su un rapporto trilaterale fra lavoratore, datore di lavoro e ente assicurativo pubblico. Il lavoratore acquista il diritto di percepire la prestazione prevista in ogni caso, anche se l'infortunio è dovuto a causa di forza maggiore o a sua colpa; il datore di lavoro, in cambio dell'esonero, entro certi limiti, dalla responsabilità civile, sopporta la quasi totalità del costo dell'assicurazione; l'istituto INAIL eroga la prestazione, anche in assenza del pagamento del premio, agendo in regresso nei confronti del datore di lavoro entro i limiti previsti dalla legge. Il risultato del "compromesso sociale" è un sistema indennitario teso a proteggere il lavoratore dal "rischio lavorativo", tanto sul versante dell'origine dell'infortunio, che deve avvenire in occasione di lavoro, quanto sul versante delle conseguenze, che debbono incidere sulla sua capacità di produrre reddito ai fini del sostentamento proprio o del nucleo familiare.

Dal punto di vista tecnico, la gestione dell'assicurazione obbligatoria presenta tratti interessanti, che esulano dal nostro corso. Vogliamo accennare tuttavia alla struttura tariffaria costituita da 10 macro-categorie di attività, suddivise ulteriormente in classi. Per ciascuna linea di produzione viene determinato un tasso medio di contributo nazionale (come rapporto fra tutti i risarcimenti e l'ammontare dei salari soggetti a contributo). Tuttavia il premio pagato dalla singola impresa dipende dalla sinistrosità dell'impresa stessa (tariffazione in base all'esperienza) e dai sistemi di prevenzione realizzati.

b) L'assicurazione privata.

Le polizze d'assicurazione prevedono la copertura di eventi di natura accidentale può dar luogo a:

- morte,
- invalidità permanente e/o
- incapacità temporanea a svolgere le proprie occupazioni,
- spese per la cura e la riabilitazione rese necessarie dall'infortunio.

Solo nell'ultimo caso l'evento infortunio determina conseguenze economiche direttamente e immediatamente quantificabili, mentre nei primi tre casi le conseguenze economiche dell'infortunio sono mediate e di difficile determinazione al momento della stipulazione del contratto. Tuttavia il contratto prevede dei capitali assicurati in caso di morte e d'invalidità permanente (in genere un multiplo del capitale risarcibile in caso di morte) e l'importo di una diaria giornaliera.

La tariffa Infortuni è composta da tre parti: la prima indica i criteri generali per la determinazione delle somme da assicurare e per il calcolo del premio; la seconda è costituita da una tabella dove sono raggruppate in un certo numero di classi le attività svolte dagli assicurandi. L'attività dell'assicurato è anche il principale elemento posto alla base dell'assunzione del rischio e della valutazione dell'aggravamento del rischio nel corso del rapporto. Infine la terza parte è costituita da una tabella dei tassi di premio da applicare alle somme assicurate per ognuna delle classi di attività nelle quali sono state raggruppate le persone da assicurare.

I primi tre casi previsti dalle condizioni generali di assicurazione (morte, invalidità permanente, inabilità temporanea) possono essere assicurati congiuntamente od anche isolatamente salvo il caso di inabilità temporanea o di morte che non possono essere assicurati disgiuntamente da uno degli altri due. Vengono considerati rischi non assicurabili le persone di età superiore ai 75 anni, quelle affette da alcolismo, tossicodipendenza e alcuni tipi di malattie mentali.

In conclusione è interessante osservare la posizione di assoluto rilievo nel panorama delle assicurazioni italiane. Se non si considera il ramo Auto e Auto rischi Diversi, il ramo Infortuni è al primo posto con una raccolta premi nel 2009 di 3.180 milioni di euro e contende il primo posto al ramo Incendi di ben più antico radicamento nel mercato. Le ragioni di tale sviluppo possono ricercarsi nella centralità della persona rispetto al sistema economico e sociale. Dato l'insieme di norme elaborate dall'ordinamento giuridico e la tutela pubblicistica della salute (con il Sistema Sanitario Nazionale) e degli infortuni sul lavoro (INAIL), è chiaro che la protezione dei rischi da infortunio è una delle più importanti aree di bisogno dei cittadini che, laddove i sinistri non siano risarciti dal responsabile od indennizzati dall'assicuratore pubblico, resterebbe insoddisfatta. Il mercato ha risposto alla domanda di sicurezza, oltre che con una rete di vendita capillare e professionale, anche adeguando i prodotti alle mutate esigenze ed agli stili di vita che ci si sono imposti con il progresso economico e sociale. Spetterà al mercato privato cogliere queste opportunità con prodotti e servizi in linea con le più evolute esigenze della clientela nel solco di una tradizione tecnica ormai secolare.

1.3. Ramo Malattia

Il Ramo Malattia è uno dei più recenti tra i rami di attività assicurative svolte nel mercato italiano, tanto che fino al 1976 non aveva una sua autonoma identità e i relativi dati su premi e sinistri confluivano nel ramo Infortuni.

Un forte sviluppo dei premi si è riscontrato dal 1997, a causa dell'aumentato bisogno di assistenza sanitaria che i cittadini avvertono, non sempre e non adeguatamente assolta dal Servizio Sanitario Nazionale. Tale sviluppo è stato così significativo che le compagnie che operano nel settore da 71 sono diventate 125 (nel 1998) con costanti livelli di rapporti sinistri a premi intorno all'80% e picchi superiori al 90%. La grande prevalenza dei premi è attribuibile alla copertura *Rimborso spese mediche*, seguita a notevole distanza dalla copertura *Indennità*

Giornaliera da Ricovero, con una rappresentanza assai poco significativa della copertura *Invalidità Permanente da Malattia*.

Si segnala che al 31 dicembre 2009 le imprese autorizzate ad esercitare l'attività assicurativa e riassicurativa in Italia e sottoposte alla vigilanza dell'Autorità erano 159 (166 nel 2008), di cui 156 nazionali (163 nel 2008) e 3 rappresentanze di imprese con sede legale in un Paese non appartenente all'UE (idem nel 2008). Delle 156 imprese nazionali, 64 esercitavano i soli rami vita, 78 i soli rami danni, 14 imprese erano multiramo.

Nonostante lo sviluppo del settore, i premi raccolti rappresentano ancora una quota marginale dei premi complessivi dei Rami Danni, pari nel 2009 al 5,8%. All'origine di questa dimensione modesta si possono individuare almeno due motivi:

- la difficoltà dell'assicuratore di controllare i costi dei servizi costringendolo a formulare tariffe elevate in continuo adeguamento al fine di cercare di ottenere un andamento tecnico positivo;
- la mancanza della possibilità di un'assicurazione sostitutiva e lo scarso spazio relativo all'assicurazione aggiuntiva complementare dovuta alla attuale mancanza di significativi servizi addizionali a pagamento presso gli erogatori pubblici e di altrettanto significative aree di copertura lasciate a carico dall'assicuratore pubblico.

L'assicurazione privata malattie, in particolare la principale copertura rimborso spese mediche, è dunque un prodotto rivolto ad una nicchia di mercato con prezzi necessariamente elevati perché non sostitutiva e non complementare e perché non esistono ancora accordi sistematici con i fornitori di sanità che mettano in grado l'assicuratore di controllare il costo medio dei sinistri nella dimensione e nella prevedibilità.

La situazione segnala fasi di cambiamento, da una parte perché gli assicuratori stanno stabilendo rapporti con i fornitori, valutando in particolare le esperienze americane, dall'altra a causa del ridimensionamento dell'assistenza pubblica che favorirà una espansione della copertura complementare, non escludendo che l'approdo più lontano possa essere anche l'assicurazione privata sostitutiva completa per determinate categorie di persone.

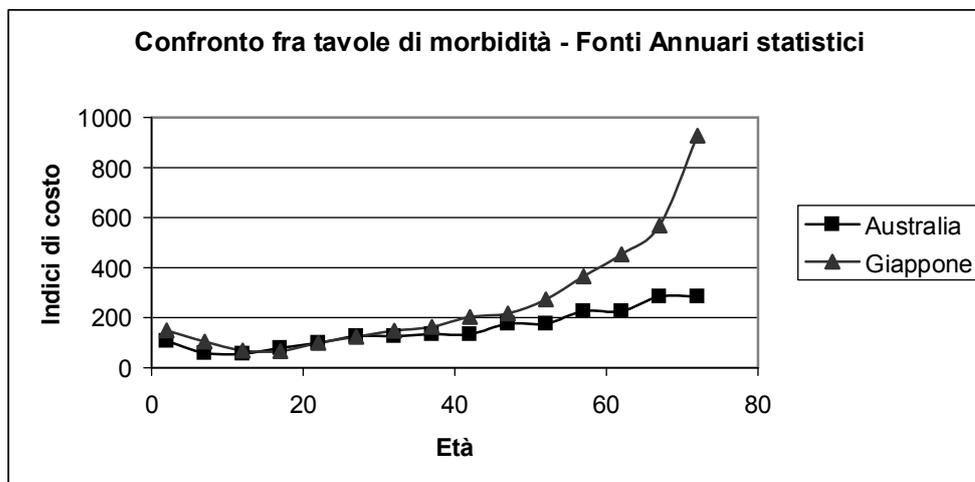
La copertura *Rimborso Spese Mediche* è operante per il rimborso delle spese sostenute dall'assicurato per ricovero in istituto di cura reso necessario da malattia o infortunio o per intervento chirurgico anche senza ricovero ed effettuato in day-hospital o in ambulatorio.

L'assicurazione *Indennità Giornaliera da Ricovero* prevede la corresponsione all'assicurato di un predeterminato importo per ogni giorno di ricovero in istituto di cura reso necessario da malattia, infortunio e, molto frequentemente, da parto o aborto variamente qualificati. Le caratteristiche fondamentali risiedono nell'importo predefinito del risarcimento giornaliero e nella inesistenza di rapporto tra questo importo e quello relativo alle spese sostenute dall'assicurato.

L'assicurazione *Invalidità Permanente da Malattia* costituisce solo il 10% del volume premi all'interno del ramo. La prestazione consiste in una somma fissata in polizza nel suo ammontare massimo (capitale assicurato) e determinata, in caso di sinistro, dall'applicazione di una percentuale sul capitale assicurato (percentuale di indennizzo).

Per una gestione tecnica del ramo occorrerebbe costruire delle tavole di morbilità, che sono l'analogo di quelle di mortalità dell'assicurazione sulla vita e che contengono al posto delle

probabilità di eliminazione il costo medio della spesa sanitaria. Mostriamo un esempio grafico di come si possono costruire queste tavole.



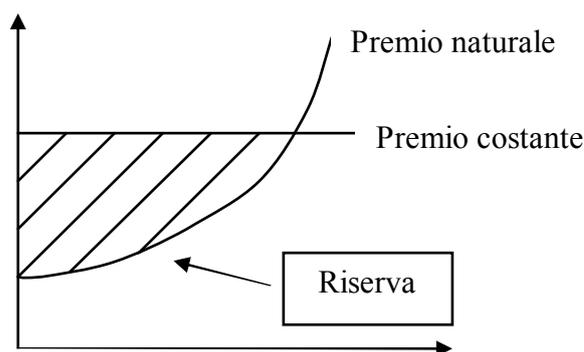
Gli annuari statistici dell'assicurazione sanitaria dell'Australia e del Giappone contengono la classificazione della spesa sanitaria per classi d'età (e sesso). Nel grafico la spesa media per ciascuna classe d'età è stata trasformata in un indice rispetto alla spesa media della classe d'età 20-24.

Le riserve di senescenza

Il fattore di rischio dominante nell'assicurazione malattie è senza alcun dubbio il crescere dell'età con un andamento esponenziale del premio puro.

La tariffa può essere a premio variabile, proponendo all'assicurato un premio più elevato ad ogni scadenza anniversaria in relazione all'età raggiunta, o a premio costante, proponendo un premio medio determinato in relazione all'età all'ingresso e alla durata della polizza, considerando anche ipotesi demografiche e finanziarie.

La tariffa a premio costante prevede che il premio di tariffa per ogni età sia la media dei premi naturali che l'assicurato dovrebbe pagare se il premio restasse costante e, dato l'andamento crescente dei premi naturali, risulta essere inizialmente superiore ai premi naturali e successivamente inferiore agli stessi. Naturalmente, al momento della stipulazione della polizza, il premio costante è sempre superiore al premio naturale relativo all'età d'ingresso, e successivamente inferiore al premio naturale. Ne consegue, la necessità, per l'equilibrio tecnico-economico nel tempo del portafoglio dell'assicuratore, di accantonare le eccedenze iniziali costituendo una speciale riserva, detta appunto di senescenza, che servirà per gli anni successivi quando invece il premio costante è inferiore ai premi naturali via via crescenti.



La riserva deve essere calcolata in relazione all'età degli assicurati, alle basi tecniche adottate e alla prevedibile durata dell'assicurazione. L'impresa deve poi presentare all'ISVAP, in allegato al bilancio, una relazione contenente i criteri seguiti per il calcolo della riserva stessa. La riserva può essere calcolata polizza per polizza (metodo analitico) o con metodo forfetario.

1.4. Ramo Incendio

Il ramo Incendio è uno dei più antichi e più importanti rami danni. Nato quattro secoli fa in Germania e sviluppatosi in tutto il mondo, approda in Italia nel 1820.

Questo ramo è caratterizzato da due tipologie di rischio: i rischi *ordinari* e *industriali*. I primi vengono a loro volta suddivisi in due sottogruppi in relazione alla dimensione del rischio, al fine di consentire alle compagnie di poter diversamente commisurare i carichi relativi alle provvigioni da riconoscere alla rete di vendita. I rischi ordinari sono quindi suddivisi in: rischi civili, rischi agricoli, commerciali, piccole industrie, vari. I rischi industriali sono tutti i rischi non classificati tra i rischi ordinari e riguardano in genere i rischi di grande entità.

Le forme di copertura possono essere di tre tipi:

- a valore intero,
- a primo rischio assoluto,
- a primo rischio relativo.

La forma a valore intero, che è quella più comunemente praticata, prevede l'applicazione di una regola proporzionale, cioè il risarcimento avviene non per intero ma proporzionalmente al rapporto tra capitale assicurato e valore effettivo del bene assicurato. È molto importante in questi casi per chi si assicura di mantenere aggiornato il capitale assicurato, per evitare casi di sottoassicurazione.

Le garanzie a primo rischio assoluto (detta anche *a primo fuoco*) sono quelle per le quali non opera la regola proporzionale, poiché non esiste un riferimento fisso a valori determinabili al momento del sinistro, come nel caso delle garanzie di responsabilità, inoltre l'assicuratore al momento di prestare la garanzia ben conosce che la propria copertura opera a primo rischio e ne deve tenere conto nella determinazione del premio. Poiché viene risarcito l'ammontare totale dei danni, non oltre il limite di un capitale pattuito, l'assicurato quindi corrisponde un premio sensibilmente superiore rispetto a quello previsto nella forma a valore intero.

La forma a premio di rischio relativo prevede che l'assicurato dichiari il valore complessivo dei beni e il valore che intende assicurare. L'assicuratore si impegna ad applicare la regola

proporzionale solo nel caso in cui la somma complessivamente dichiarata sia inferiore alla somma che i beni avevano al momento del sinistro. Questa forma di garanzia non è molto diffusa e in genere veniva praticata per le garanzie del ramo furto e rapina.

Sono molto comuni inoltre le clausole di scoperto e franchigia, il primo prevede che una certa parte del danno rimanga a carico dell'assicurato mentre la franchigia prevede ugualmente che una certa parte (di importo fisso o proporzionale alla somma assicurata) non venga liquidata dall'assicuratore.

1.5. Ramo Furto

Questo ramo è nato tra gli ultimi nel panorama dell'esercizio tecnico industriale delle imprese assicurative, sorge in Italia appena agli inizi di questo secolo.

Il punto di partenza in queste forme assicurative è il valore attribuito alle cose assicurate, questo viene stabilito dall'assicurato senza alcun controllo da parte della Compagnia, la quale si limita a fissare i massimali di risarcimento. Come per il ramo Incendio, anche qui l'assicurato può scegliere una copertura a valore intero, a primo rischio assoluto o relativo. La somma assicurata rappresenta il limite massimo dell'indennizzo dovuto all'assicurato, ed è uno degli elementi essenziali per la determinazione del premio.

Per quanto riguarda la tariffazione, ci sono elementi soggettivi relativi alle caratteristiche dell'assicurato ed oggettivi relativi per esempio all'abitazione. Per quanto riguarda questi ultimi vengono fatte varie classificazioni e distinzioni (abitazioni abituali o saltuarie, negozi, uffici, mezzi di chiusura, sistemi di sicurezza, ecc.)

1.6. Ramo Trasporti

Storicamente il più antico dei rami assicurativi, presenta una larga varietà di coperture. Oggetto di assicurazione è ogni interesse valutabile in denaro esposto ai rischi di un trasferimento sia per via marittima che fluviale, aerea o terrestre. Si assicurano quindi i corpi (cioè i mezzi vettori) e le merci (cioè i beni trasportati) e anche gli equipaggi.

I danni che possono colpire i mezzi vettori possono essere la perdita totale, avaria particolare o generale. Il corpo o la merce vengono stimati in un certo valore e l'assicurazione viene fatta di norma a valore intero, quindi con l'applicazione della regola proporzionale, con possibili clausole di scoperto e franchigia. Visto lo straordinario sviluppo del traffico aereo, il ramo trasporti per via aerea si è staccato dal complesso degli affari assicurativi riguardanti il trasporto.

1.7. Ramo Responsabilità Civile

Il ramo R. C. generale non comprende la responsabilità civile autoveicoli terrestri (ramo 10), che da tempo si è staccato dall'insieme delle assicurazioni di responsabilità civile generale ed ha costituito, per tipicità e per importanza economica, una sezione che ha propria autonomia gestionale.

La specialità del rischio R.C. Auto si rivela, sia per le sue caratteristiche intrinseche, quale la tipologia del regime locale compreso il fatto che la quasi totalità dei paesi ha adottato l'assicurazione obbligatoria, sia per peculiarità tecniche, come l'alta frequenza dei sinistri e la facilità di formare banche dati ai fini dei calcoli statistici e tariffari.

La legge obbliga la Compagnia a tenere indenne l'assicurato nel caso in cui dovesse pagare ad un terzo per i danni, esclusi quelli dolosi, provocati in dipendenza della sua responsabilità.

La più antica forma di copertura del ramo è quella che gli imprenditori stipulano per assicurarsi contro i danni provocati a terzi e in particolare agli operai dei loro stabilimenti. Questa è proprio la R.C. Operai, che si sovrappone a quella Infortuni dell'INAIL e mira a colmare l'eventuale maggior danno rispetto alle somme liquidate dall'INAIL. L'altra copertura che riguarda le imprese artigiane è la R.C. Terzi che assicura il rischio di danneggiare un terzo non dipendente dell'azienda, per un danno cagionato dall'imprenditore stesso o dalle persone di cui deve rispondere. In questi due tipi di coperture il premio è funzione, oltre che dei massimali scelti, anche dell'attività svolta dall'azienda e delle dimensioni della stessa. Nel ramo R.C. generale ci sono anche le coperture sui danni da inquinamento, sui rischi professionali, familiare, ecc.

R.C.A.

In Italia il ramo di Responsabilità Civile Auto è da lunghi anni il ramo principale nell'ambito dei rami danni, soprattutto in considerazione del regime di obbligatorietà. Raggiunge un volume premi, oggi, costantemente intorno al 50% sul totale dei rami danni e del 14,4% rispetto al totale danni e vita (dati 2010).

La legge del 24 dicembre del 1969 (n. 990) ha disposto l'obbligatorietà dell'assicurazione sulla responsabilità civile automobilistica al fine di garantire il risarcimento dei danni verificatisi a seguito dei sinistri provocati da autoveicoli e natanti. Gli interessi pubblici sottesi all'obbligatorietà della stipulazione suggerirono di mantenere in capo allo Stato il potere di determinare sia le condizioni generali di polizza che il prezzo del prodotto assicurativo con riferimento a quanto stabilito dal Comitato Interministeriale Prezzi (C.I.P).

La tariffa stabilita dal C.I.P. si basava sui dati storici rilevati dal Conto Consortile e prendeva specificamente in considerazione le frequenze dei sinistri ed il relativo costo medio pagato e riservato. Tra gli altri fattori considerati (inflazione, rendimento finanziario, ecc.) venivano aggiunti al premio medio tecnico i caricamenti, ma le previsioni di spesa non sempre corrispondevano alle spese effettivamente sostenute dalle compagnie, in quanto venivano fissate con riferimento al dato medio di mercato.

La tariffa era articolata in maniera identica per tutte le compagnie operanti nel mercato: vi erano pochi elementi di personalizzazione del rischio, si trattava di suddivisioni per tipo di veicolo, zona territoriale, cavalli fiscali nelle autovetture, peso negli autocarri, il numero dei posti negli autobus, la cilindrata per le moto. Questi parametri tecnici hanno mantenuto la loro validità anche nelle tariffe liberalizzate, essendo essi significativi agli effetti della sinistrosità anche se, specie nelle autovetture, sono ormai adottati altri parametri di personalizzazione integrativi.

Le imprese hanno visto con estremo interesse l'esercizio di tale ramo, non solo per la liquidità che porta e che consente di svolgere attività di intermediazione finanziaria, ma anche per la connessa possibilità di lanciare offerte di altri prodotti assicurativi (*cross selling*).

Tuttavia, dal 1983 (data di inizio dell'attività dell'ISVAP) al 1998, 28 imprese esercenti il Ramo Auto sono state poste in liquidazione coatta amministrativa, a causa di rilevanti insufficienze delle riserve sinistri. Infatti, prima della liberalizzazione, le imprese che esercitavano questo ramo conseguivano risultati tecnici negativi in progressivo peggioramento. Gli anni in cui si sono registrate maggiori perdite sono stati il 1991 e il 1992, con un progressivo miglioramento dal 1992. Nel 1994 il saldo tecnico del complesso dei rami danni è positivo, ciò nonostante le imprese chiudono il bilancio con una perdita di **486 miliardi delle vecchie lire**, originata dall'andamento particolarmente negativo della gestione finanziaria.

A seguito dell'entrata in vigore delle direttive comunitarie di terza generazione, dal 1° luglio 1994 le imprese furono libere di fissare le tariffe senza più alcun vincolo.

I dati relativi ai risultati di esercizio sono stati negativi anche successivamente alla liberalizzazione, con nessun margine di profitto fino al 2000 e la comparsa dei primi utili dal 2001. Infatti nel triennio 1996, 1997 e 1998 i costi dei sinistri hanno sempre superato quelli della raccolta premi, mentre la svolta è iniziata timidamente nel 1998 diventando sempre più accentuata negli esercizi successivi. Negli ultimi 10 anni, infatti, il loss ratio si è aggirato intorno all'80% dei premi di competenza.

Nel 2009, per il terzo anno consecutivo, si è verificato un calo in valore assoluto del volume dei premi r.c. auto, il 3,6% in meno rispetto all'anno precedente (-3,3% nel 2008). Ciò è stato determinato, sia da un generale contenimento della dinamica delle tariffe da parte delle imprese che spesso applicano anche sconti sui premi in chiave commerciale, sia dagli effetti delle norme sul bonus/malus che hanno consentito a un elevato numero di assicurati di usufruire di una classe di merito più favorevole di quella che avrebbero avuto altrimenti (Decreto Bersani).

Per il 2010, però, gli adeguamenti resi necessari dall'innalzamento del massimale minimo di garanzia obbligatorio (entrato in vigore nel dicembre 2009) e la necessità di riportare in equilibrio i conti tecnici fanno prevedere un aumento del volume complessivo dei premi per il 2010 di circa il 3%-4% rispetto al 2009. La previsione è coerente con le prime indicazioni per il ramo r.c. auto le quali segnalano un aumento dell'1,5% dei premi del primo trimestre 2010 rispetto al corrispondente periodo del 2009.

Tavola 3: Premi lordi contabilizzati e sinistri pagati e riservati nella RCA

| Esercizio | Premi | Incremento % | Sinistri pagati E riservati | Incremento % |
|-----------|--------|--------------|--------------------------------|--------------|
| 2004 | 18,807 | | 14,561 | |
| 2005 | 18,198 | -3.24% | 14,756 | 1.34% |
| 2006 | 18,416 | 1.20% | 14,940 | 1.25% |
| 2007 | 18,239 | -0.96% | 14,794 | -0.98% |
| 2008 | 17,637 | -3.30% | 14,761 | -0.22% |
| 2009 | 16,994 | -3.65% | 14,919 | 1.07% |

Fonte: elaborazioni ANIA

Dopo il lungo dibattito istituzionale che ha riguardato l'introduzione per legge del sistema del risarcimento diretto nell'assicurazione r.c. auto, nonché l'impostazione della relativa regolamentazione esecutiva, la procedura è entrata in vigore il 1° febbraio 2007.

Il sistema si fonda su un complesso modello in cui, oltre all'impianto normativo, gioca un ruolo fondamentale la struttura organizzativa dei rapporti tra imprese, regolati nell'ambito di una Convenzione privatistica (CARD), supportata da uno specifico protocollo ANIA/CONSAP

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

Per l'assicurato/danneggiato il sistema è semplice e ricalca sostanzialmente il vecchio CID volontario, ora sostituito dalla procedura obbligatoria per legge: in caso di scontro tra due veicoli, il danneggiato non responsabile o solo parzialmente responsabile deve rivolgere la richiesta di risarcimento alla propria compagnia di assicurazione, che è obbligata a fornire l'assistenza necessaria per l'istruttoria della pratica e per informare correttamente l'assicurato dei suoi diritti.

Il sistema prevede, inoltre, che l'assicurato/danneggiato debba promuovere l'eventuale azione giudiziaria di risarcimento nei confronti del proprio assicuratore anziché nei confronti dell'assicuratore del responsabile del sinistro. A questo proposito, esiste peraltro anche la procedura volontaria di Conciliazione messa a punto dall'ANIA e da varie Associazioni dei consumatori al fine di risolvere eventuali controversie fra assicurati e compagnie in materia di risarcimento dei danni r.c. auto.

Il risarcimento diretto si applica a condizione che i due veicoli siano identificati e regolarmente assicurati e opera per i danni ai veicoli, alle cose trasportate a bordo degli stessi e per i danni alla persona di lieve entità eventualmente subiti dal conducente non responsabile o parzialmente responsabile.

La procedura si applica anche se a bordo del veicolo risultino presenti trasportati che abbiano subito un danno: per il risarcimento dei danni ai trasportati si applica però la specifica procedura prevista dalla legge, secondo cui è obbligatorio rivolgersi alla compagnia che assicura il veicolo su cui viaggiava il trasportato.

Con l'introduzione del nuovo sistema di risarcimento diretto è stata prevista una regolazione contabile dei rapporti economici tra le imprese per ottenere una compensazione dei risarcimenti effettuati. Tali compensazioni devono avvenire sulla base dei costi medi (differenziati per macroaree per i danni alle cose, e in base a meccanismi che prevedano franchigie a carico delle imprese per i danni ai trasportati) calcolati annualmente da un apposito Comitato Tecnico. Il Comitato è costituito da un rappresentante del Ministero dello Sviluppo Economico (con funzioni di Presidente), da uno dell'ISVAP, da uno dell'ANIA, da due rappresentanti delle Associazioni dei consumatori e da un esperto in scienze statistiche attuariali che non abbia operato per alcuna impresa di assicurazione.

Per il primo anno di applicazione del sistema di risarcimento diretto, in assenza di informazioni derivanti dalla nuova gestione dei sinistri, il Comitato ha definito i forfait con il supporto dei dati di mercato disponibili, forniti dall'ISVAP e dall'ANIA.

Da non sottovalutare il problema delle frodi, il quale è considerato una delle complesse cause strutturali del sistema RC Auto in particolare ma anche sulla gestione di quasi tutti i rami danni. La mentalità comune è infatti quella di ottenere il più possibile dall'assicuratore, creando però un danno per l'intera collettività, tramite l'aumento calibrato, ma reiterato del premio. A livello complessivo il fenomeno comporta costi che mediamente si aggirano tra il 10% e il 15% dei premi danni, che corrisponde ad un incremento tra i 5 mila e gli 8 mila miliardi di lire all'anno. L'ISVAP elabora e pubblica annualmente l'incidenza del numero di sinistri (e del relativo importo) con frode accertata sul totale di quelli denunciati, per valutare la portata e gli effetti del fenomeno criminoso nel comparto assicurativo.

In particolare, nel 2008 sono stati riscontrati 76.784 sinistri fraudolenti, pari al 2,31% di tutti quelli accaduti e denunciati nell'anno stesso (nel 2007 ne erano stati accertati 83.305, pari al 2,54% del totale). I dati ufficiali rilevati dall'ISVAP riportano solo le truffe scoperte dalle imprese attraverso i limitati mezzi che esse possono impiegare per contrastare il fenomeno. A titolo di esempio l'incidenza dei sinistri con frode è mediamente pari al 10% nel Regno Unito e al 5% in Francia. Evidentemente il confronto con i dati italiani risulta poco credibile.

Le Compagnie e l'Organo di Vigilanza stanno comunque cercando di tenere sotto controllo questo fenomeno tramite interventi legislativi e anche con delle strutture anti-frode all'interno della Compagnia stessa (razionalizzazione del sistema delle perizie dei danni alle cose, serietà dei medici legali, ecc.)

Nell'assicurazione R.C.A. i costi generali sono comunque molti alti, poiché vi incidono fortemente le spese di perizia e legali con pesanti caricamenti. Sul premio di tariffa gravano poi i costi per il Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada e quello a favore del SSN, nonché l'imposta governativa. Negli anni le Compagnie hanno ridotto notevolmente l'incidenza dei costi sui premi raccolti, basti pensare che il caricamento passa dal 21,1% del 1996 al 16,9% del 2004. I forti miglioramenti nei costi delle imprese derivano dall'elevato incremento della raccolta premi che si è accompagnato ad una consistente diminuzione del numero dei sinistri denunciati.

Nell'ultimo quinquennio si è invece registrato un incremento dei costi rispetto ai premi. per la maggiore incidenza dei costi legati alla vendita e commercializzazione delle polizze (13,4% nel 2007, 13,9% nel 2008 e 14,1% nel 2009). Su questa crescita ha influito l'effetto del decreto Bersani sul divieto di monomandato agenziale, per cui le imprese per fidelizzare le proprie reti di vendita possono aver innalzato il livello delle provvigioni riconosciute. È lievemente aumentato anche il peso delle spese di amministrazione sui premi che è passato dal 4,7% nel 2008 al 4,8% nel 2009.

Tavola 4: Spese di gestione e incidenze sui premi contabilizzati nella RCA

| Voci di spesa | Totale mercato | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------------|-----------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Provvigioni | Importo | 1,949 | 1,944 | 1,962 | 1,936 | 1,882 |
| | Incidenza sui premi % | 10.4% | 10.7% | 10.7% | 10.6% | 10.7% | 10.6% |
| Altre spese di acquisizione | Importo | 437 | 468 | 498 | 514 | 559 | 588 |
| | Incidenza sui premi % | 2.3% | 2.6% | 2.7% | 2.8% | 3.2% | 3.5% |
| Spese amministrative | Importo | 783 | 823 | 816 | 896 | 834 | 822 |
| | Incidenza sui premi % | 4.2% | 4.5% | 4.4% | 4.9% | 4.7% | 4.8% |
| Totale spese di gestione | Importo | 3,169 | 3,235 | 3,276 | 3,346 | 3,275 | 3,209 |
| | Incidenza sui premi % | 16.9% | 17.8% | 17.8% | 18.3% | 18.6% | 18.9% |

Fonte: elaborazioni ANIA

Per quanto riguarda la personalizzazione delle tariffe, la liberalizzazione ha portato un progressivo aumento del numero dei parametri sui quali articolare i premi. Con appropriati studi statistico-attuariali sono stati individuati gli elementi più significativi che possono avere influenza determinante sulla probabilità di provocare sinistri, sia dal punto di vista soggettivo che oggettivo. I parametri soggettivi riguardano le caratteristiche del proprietario del veicolo, anche se sarebbe più opportuno riferirsi al conducente abituale. I parametri oggettivi sono legati alle caratteristiche del veicolo. La valorizzazione di questi elementi comporta senz'altro un'articolazione tariffaria più sofisticata, realizzando una migliore distribuzione del rischio in gruppi omogenei.

In questo ramo opera da tempo quella che si può definire la principale forma di personalizzazione: la forma Bonus/Malus. Si tratta di una personalizzazione a posteriori che premia o penalizza l'assicurato in relazione alla sua specifica condotta di guida. Questo sistema è presente da lunga data in tutti i Paesi europei, è senz'altro un elemento di prevenzione, tanto che la sua introduzione in Italia e negli altri Paesi europei ha portato una drastica riduzione delle denunce di sinistro. Anche con il regime di tariffa libera quasi tutte le compagnie hanno mantenuto in essere le regole Bonus/Malus. Ovviamente le tariffe devono essere applicate integralmente per garantire alla massa degli assicurati un trattamento omogeneo ed all'impresa la realizzazione del fabbisogno tariffario necessario all'equilibrio tecnico.

Fonti legislative

- 1) D.P.R. n. 449/1959: Approvazione del **Testo Unico** delle leggi sull'esercizio delle assicurazioni private;
- 2) L. n. 990/1969: **Assicurazione obbligatoria della responsabilità civile** derivante dalla circolazione dei **veicoli** a motore e dei natanti;
- 3) D.P.R. n. 973/1970: **Regolamento** di esecuzione della **L. n. 990/1969**;
- 4) **I Direttive Danni e Vita**: rispettivamente n. 73/239-240/CEE e n. 79/267/CEE; nuove norme per l'esercizio delle assicurazioni private e il diritto di stabilimento;
- 5) D.P.R. n. 45/1981: **Modificazioni al regolamento** sull'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti;
- 6) D.M. 23 maggio 1981: Determinazione della riserva premi e della riserva sinistri per le imprese autorizzate ad esercitare nel territorio della Repubblica le assicurazioni nei rami **credito e cauzioni**;
- 7) D. Lgs. n. 393/1991: Attuazione delle direttive n. 84/641/CEE, n. 87/343/CEE e n. 87/344/CEE in materia di assicurazioni di **assistenza turistica, crediti e cauzioni e tutela giudiziaria**, a norma degli articoli 25, 26 e 27 della L. n. 428/1990 (legge comunitaria 1990);
- 8) **II Direttive Danni e Vita**: rispettivamente n. 88/357/CEE e n. 90/619 concernente il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative riguardanti l'assicurazione diretta e alla fissazione delle disposizioni volte ad agevolare l'esercizio effettivo della libera prestazione di servizi che modifica la direttiva n. 73/239/CEE;
- 9) D. Lgs. n. 175/1995 (c.d. **Attuazione III Direttiva Danni**): Attuazione della direttiva 92/49/CEE in materia di assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita;
- 10) D. Lgs. n. 174/1995 (c.d. **Attuazione III Direttiva Vita**): Attuazione della direttiva 92/96/CEE in materia di assicurazione diretta sulla vita;
- 11) D. Lgs. n. 173/1997: **Attuazione della direttiva** 91/674/CEE in materia di **conti annuali** e consolidati delle imprese di assicurazione;
- 12) Provvedimento ISVAP del 1° dicembre 1997 (G.U. 12 dicembre 1997):
Piano dei conti che le imprese di assicurazione e riassicurazione devono adottare nella loro gestione a decorrere dall'esercizio 1998;
- 13) Provvedimento ISVAP del 4 dicembre 1998 (G.U. 17 dicembre 1998):

- Moduli di vigilanza** da allegare al bilancio di esercizio e consolidato delle imprese di assicurazione e riassicurazione;
- 14) Circolare ISVAP n° 360D del 1999: prime indicazioni ed istruzioni generali, alle quali le imprese devono attenersi nell'interpretazione ed applicazione delle disposizioni normative di cui al D. Lgs. n.173/1997;
 - 15) Provvedimento ISVAP n. 1380/G del 21/12/1999: determinazione della **riserva aggiuntiva per basi demografiche**, in applicazione del c. 14 dell'art.25 del d.lgs. 174/95. A tale provvedimento hanno fatto seguito le **Linee guida dell'ONA**, riconosciute dall'ISVAP nel 2000;
 - 16) Provvedimento ISVAP n. 1801/G del 21/02/2001: determinazione del rendimento prevedibile e della **riserva aggiuntiva per insufficienza tassi**, in applicazione del c. 12 dell'art.25 del d.lgs. 174/95. A tale provvedimento hanno fatto seguito le **Linee guida dell'ONA**, riconosciute dall'ISVAP nel 2004;
 - 17) Nuovo Codice delle Assicurazioni: Il codice delle assicurazioni private previsto dal **decreto legislativo 7 Settembre 2005, n. 209**, pubblicato sulla **Gazzetta Ufficiale n. 239**, del 13 Ottobre 2005, Supplemento Ordinario n. 163.
 - 18) D.P.R. n. 254/2006 e Provvedimento ISVAP n° 2495/2006: nuove disposizioni in materia di **Indennizzo Diretto** e di registri assicurativi e moduli di vigilanza da allegare al bilancio di esercizio ed alla relazione semestrale per l'assicurazione r.c.auto e natanti.

**I MODELLI ED I MODULI
IN VIGORE
DAL BILANCIO 1998
(relativi alla Riserva sinistri)
(Provvedimento ISVAP n. 1059-G del 4 dicembre 1998)**

- **modulo 28**: sviluppo sinistri dei rami 1-9, 11 e 14-17;
- allegato 1 al modulo 28: sviluppo sinistri tardivi dei rami 1-9, 11 e 14-17;

- **modulo 29**: sviluppo sinistri dei rami 10+12 e 13 (R.C.autoveicoli terrestri, R.C. veicoli marittimi, lacustri e fluviali, R.C.Generale)

-
- allegato 1 al modulo 29: sviluppo sinistri tardivi dei rami 10+12 e 13
 - allegato 2 al modulo 29: spese di liquidazione dei rami R.C. autoveicoli terrestri, veicoli marittimi, lacustri e fluviali (rami 10+12);
 - allegato 3 al modulo 29: pagamenti relativi a sinistri chiusi nell'anno (N) o a riserva distinti per anno di accadimento del sinistro e per antidurata del pagamento (rami 10+12);
 - allegato 4 al modulo 29: sviluppo sinistri con danni misti e solo persone (rami 10+12)

Nota 1:

Come disposto dall'art. 8 del Provvedimento ISVAP n. 1059-G per il bilancio degli esercizi 1998 e 1999 i moduli 28, 29 e gli allegati nn. 2 e 4 al modulo 29 devono essere compilati in base all'anno di denuncia del sinistro.

A partire dal bilancio dell'esercizio 2000 i medesimi moduli devono essere compilati in base all'anno di accadimento del sinistro.

Nota 2:

- Come disposto dal Provvedimento ISVAP n° 2495/2006, dal bilancio dell'esercizio 2007 è necessario comporre compilazione di nuovi moduli di vigilanza che non saranno considerati nel presente corso.