



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



Relazione sull'attività
svolta dall'Istituto
nell'anno 2017

Considerazioni
del Presidente
Salvatore Rossi

Roma, 27 giugno 2018



I V A S S
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



Relazione sull'attività svolta dall'Istituto nell'anno 2017

Considerazioni del Presidente Salvatore Rossi

Roma, 27 giugno 2018

Indice

| | |
|---|----|
| <i>La tecnologia</i> | 1 |
| <i>Le regole internazionali</i> | 3 |
| <i>Le compagnie italiane</i> | 5 |
| <i>La vigilanza</i> | 8 |
| <i>Solvibilità</i> | 8 |
| <i>Governo dell'impresa e gestione dei rischi, informazioni</i> | 9 |
| <i>Rapporti con la clientela</i> | 10 |
| <i>Arbitro assicurativo, sanzioni, liquidazioni, intermediari</i> | 12 |
| <i>Conclusioni</i> | 13 |

La tecnologia

Abbiamo cominciato a parlare di tecnologie digitali applicate al mercato assicurativo in questa sede tre anni fa. Mettevamo in risalto le grandi potenzialità di espansione del fenomeno Insurtech e il conseguente possibile sconvolgimento del mercato, sia pure con incertezze riguardo ai tempi, data anche la scarsa rilevanza effettiva del fenomeno in quel momento. La rilevanza è poi aumentata, più che raddoppiando dall'inizio del decennio, anche se resta piccola rispetto al totale del mercato.

Come l'analogo termine Fintech coniato per le banche, Insurtech è una parola *passepertout*, che ha finito con l'abbracciare qualunque uso delle tecnologie digitali nel mondo assicurativo. I cambiamenti che questa ondata di innovazioni porta o potrebbe portare sono sotto gli occhi di tutti: nei processi, nei prodotti, nelle relazioni con i consumatori, nella stessa pubblicità.

Possono risultarne ridisegnate l'offerta di prodotti assicurativi e le modalità distributive. Le compagnie potrebbero accedere a un flusso, costante e mai visto prima d'ora, di informazioni su abitudini, tendenze di acquisto, stili di vita, salute fisica dei clienti, attuali e potenziali, accrescendo la loro capacità di penetrazione se sono pronte ad approfittarne. Potrebbero aumentare le opportunità anche per i consumatori, sia pure con formidabili problemi di *privacy* e di sicurezza dei dati.

Finora l'approccio di molte grandi compagnie internazionali è stato di ricercare intese con le giovani *start-ups* tecnologiche, o di comprarle. Per acquisirne le innovazioni o semplicemente per liberarsi di concorrenti scomodi. Oppure per una scelta strategica più ampia: tenere agganciato il cliente con servizi aggiuntivi, allungare la catena del valore classica del *business* assicurativo oltre la fase del risarcimento/indennizzo.

Qual è il nostro compito di regolatori e supervisor di fronte a queste tendenze? Non certo quello di opporci alla modernità in nome della difesa di un piccolo mondo antico fatto di certezze e di rigidità dei ruoli. Sarebbe suicida oltre che sciocco. Ma non possiamo non porci il problema della protezione degli assicurati: dobbiamo tutelarli da condotte sleali di chi li assicura o da

marginalizzazioni dovute al *digital divide*. L'innovazione va bene purché sia buona, eticamente corretta e rispettosa dell'interesse generale.

Il principio fissato a livello internazionale è che la regolamentazione debba essere neutrale rispetto agli sviluppi tecnologici, in modo che alle stesse attività e agli stessi rischi corrispondano gli stessi vincoli. Tuttavia, ci dobbiamo chiedere se alcune norme, emanate quando la tecnologia era molto diversa da quella di oggi, non possano ostacolare oggi novità interessanti. Faccio l'esempio del *cloud computing*: le norme regolamentari sull'esternalizzazione di funzioni e attività rilevanti limitano i rischi ma complicano la vita di chi vuole andare verso servizi in *cloud*.

Vanno poi attentamente presidiati i tavoli internazionali, in particolare europei, in cui si vanno definendo regole e standard tecnologici nuovi.

Com'è possibile mantenere un adeguato livello di tutela del mercato e dei consumatori, garantire un equo trattamento regolamentare di vecchi e nuovi operatori, evitando arbitraggi normativi ma senza frenare l'innovazione?

Al momento è più facile per le autorità assicurative parlare d'innovazione con soggetti già affermati che non con quelli che si affacciano ora sul mercato e possono avere difficoltà nella comprensione delle norme o nell'attivazione di adeguati presidi di rispetto delle regole e tutela. Il nostro e il loro sono linguaggi a volte difficili da riconciliare. Stiamo ragionando sul nostro attuale atteggiamento regolatorio, per assicurarci che esso sia equilibrato, né conservatore né incline a fughe in avanti.

Per farlo è necessario saperne e capirne di più. Dobbiamo dialogare con il mercato e innalzare la qualità delle regole e dell'azione di vigilanza. Noi stessi dobbiamo usare tecnologie innovative nell'attività di regolamentazione e di supervisione, ancor più di quanto già non facciamo. Anche questo fa parte di ciò che viene chiamato Regtech, cioè applicazione delle tecnologie digitali alle regole, da parte di chi deve osservarle, certo, ma anche da parte di chi le fa.

Una menzione speciale merita il rischio di attacchi informatici, il cosiddetto *cyber risk*: azioni maligne che sfruttano le vulnerabilità di un dispositivo informatico, o del codice che ne consente il funzionamento, per interromperne l'operatività, ottenere indebito accesso ai dati che custodisce o comprometterne l'integrità. Il sistema finanziario è un obiettivo privilegiato per gli attacchi *cyber*, che siano motivati dal profitto o dall'intenzione di disturbarne l'ordinato funzionamento. La superficie aggredibile è ampia per via dell'uso intensivo di tecnologie informatiche e delle numerose interdipendenze. I danni che un attacco informatico può provocare sono grandi e sono possibili ricadute sistemiche.

L'attenzione dell'IVASS su questo fronte è alta e molte sono le attività che, anche congiuntamente con la Banca d'Italia, stiamo ponendo in essere per rafforzare la sicurezza informatica del sistema finanziario.

Abbiamo svolto un anno fa un'indagine presso gli intermediari assicurativi tradizionali (agenti e broker) sulla prevenzione dei rischi informatici. Ne risultava che, se la consapevolezza dell'esistenza di questi rischi e della loro serietà era abbastanza diffusa, non ne erano ancora seguite in molti casi concrete misure di prevenzione e di cura. Ne abbiamo quindi suggerite alcune. L'anno prossimo rinnoveremo l'indagine per valutare i progressi fatti.

Le regole internazionali

Parliamo ora di regole internazionali e cominciamo dal fronte europeo.

Quest'anno inizia la revisione di Solvency II, che affronterà dapprima alcuni aspetti della "formula standard" per il calcolo del capitale proprio in rapporto ai rischi. Poi, nel 2020, vi sarà un riesame più ampio del quadro normativo europeo, che includerà le "misure transitorie" e l'"aggiustamento per la volatilità": si tratta di meccanismi convenzionali pensati, i primi, per distribuire nel tempo l'effetto del passaggio a un sistema basato sui rischi e, il secondo, per temperare il principio della valutazione degli attivi a prezzi di mercato, data la straordinaria volatilità di breve periodo che i mercati finanziari possono avere.

Ci aspettiamo – e lavoreremo per ottenere – correttivi che incidano sull'obiettivo complessità del sistema, sulle eccessive oscillazioni misurate nella solvibilità di una compagnia a causa della volatilità dei mercati finanziari, sul fatto che il campo da gioco non è livellato, cioè che le norme scritte per tutti non vengono applicate in modo uniforme nei vari paesi europei. Sono i temi su cui incentrai le mie considerazioni di un anno fa.

Su alcuni fronti – ad esempio il trattamento delle imposte differite – le nostre proposte stanno facendo avanzare i lavori in Europa. Ce n'è invece un altro, non presente nella revisione prossima di Solvency II ma comunque centrale per l'attuazione del nuovo quadro regolamentare e molto dibattuto in questo momento in Europa, che è la convergenza di regole e prassi di vigilanza nazionali sulle attività cross-border delle compagnie. Qui siamo ancora distanti da una soluzione e alcuni casi di dissesti che hanno coinvolto gli assicurati di più paesi rendono la riflessione urgente.

Le misure transitorie e di aggiustamento meritano attenzione speciale. Le compagnie assicurative di alcuni paesi (Germania, Regno Unito, Danimarca e Spagna) se ne sono avvalse diffusamente. Alla fine del 2016, ultimo anno per il quale sono disponibili dati comparabili in Europa, l'uso di quelle misure ne

aveva innalzato la misura del coefficiente di solvibilità per 113, 107, 80 e 76 punti percentuali rispettivamente. Nella media europea la maggiorazione di solvibilità era stata di quasi 70 punti, dal 148 al 217 per cento. In Italia di soli 10 punti, dal 208 al 218 per cento, e per effetto del solo aggiustamento di volatilità: delle misure transitorie le compagnie italiane non hanno fatto uso.

Esse partivano da un coefficiente di solvibilità medio già alto, frutto anche di scelte prudenti del passato. Ma la disparità è notevole e si è presumibilmente ripetuta un anno dopo: alla fine del 2017 le imprese italiane hanno segnato un coefficiente di solvibilità di 241, avendo usufruito dell'aggiustamento di volatilità ancora una volta per soli dieci punti.

L'aggiustamento è modulato su un portafoglio medio europeo: le compagnie italiane posseggono più titoli nazionali della media, quindi quando questi titoli sono soggetti ad alta volatilità esse non vengono compensate abbastanza. Inoltre la componente nazionale del meccanismo, la più efficace, entra in funzione solo se si passano certe soglie alla fine di ciascun mese, il che crea una non linearità irrazionale e pericolosa, come si è visto in occasione del recente episodio di turbolenza finanziaria in Italia, quando quella componente non è scattata. Lo spread fra titoli pubblici decennali italiani e tedeschi è poi ridisceso, rimanendo però intorno ai 250 punti. Terremo sotto controllo le ripercussioni sulla solvibilità delle singole compagnie.

Due anni e mezzo fa è stata emanata la Direttiva europea sulla distribuzione assicurativa (*Insurance Distribution Directive*, IDD). Essa è stata recepita nell'ordinamento italiano il 21 maggio scorso e l'IVASS ha avviato pochi giorni dopo, l'8 giugno, la pubblica consultazione sui suoi regolamenti attuativi. Abbiamo anzi anticipato di qualche giorno l'inizio della consultazione, rispetto alla data di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del decreto di recepimento, al fine di non comprimere il tempo assegnato agli operatori per partecipare alla discussione e poi per adeguarsi alle norme infine emanate, considerato che la scadenza fissata a livello europeo per l'applicazione delle nuove norme è il prossimo 1° ottobre.

Si tratta del secondo grande intervento di revisione della normativa europea in campo assicurativo dopo Solvency II. Vengono ridisegnate le modalità di creazione e distribuzione dei prodotti assicurativi, per soddisfare meglio le esigenze di informazione e di tutela degli assicurati, rendendo al tempo stesso più robusto ed efficiente il mercato.

La IDD richiede un cambio radicale di *forma mentis*. Essa lascia il preesistente quadro normativo immutato nelle sue linee principali, ma delinea gli strumenti (ad esempio, la *Product Oversight Governance*, POG) per garantire un'adesione profonda degli operatori al principio di adeguatezza e di correttezza nelle condotte di mercato. Sul lavoro regolamentare dell'IVASS in questa materia mi soffermerò ancora più avanti.

Alle regole europee si aggiungono quelle internazionali.

Alcune sono in discussione su scala mondiale, nella sede dell'*International Association of Insurance Supervisors* (IAIS), come la ridefinizione del quadro regolamentare per la mitigazione dei rischi assicurativi sistemici e la faticosa ma inesausta ricerca di un requisito globale di capitale.

Accenno poi a un tema intricatissimo, al punto da sembrare a molti esoterico, ma denso di effetti potenziali di grande importanza per le compagnie: quello dei nuovi principi contabili che l'apposito organismo internazionale (*International Accounting Standards Board*, IASB) ha licenziato lo scorso anno e che entrerebbero in vigore nel 2021.

L'introduzione dello *International Financial Reporting Standard for Insurance Contracts* (IFRS17) per la contabilizzazione dei contratti assicurativi era attesa da oltre 20 anni. Fa fare indubbiamente un grande passo avanti in termini di trasparenza e comparabilità dei bilanci. Tuttavia pone problemi, oltre che di complessità e di costi di adeguamento, di compatibilità in Europa con Solvency II.

Anche se i due sistemi sono basati su principi simili, di realismo e di adesione ai valori di mercato, essi perseguono ovviamente obiettivi diversi e quindi presentano differenze non eliminabili; queste vanno rese tuttavia riconciliabili in modo trasparente. C'è molto lavoro da fare in Europa per risolvere le numerose questioni aperte, anche per impedire che sia alterata la competizione fra compagnie europee e americane. Per la sua parte l'IVASS contribuirà a questo lavoro.

Le compagnie italiane

Veniamo alle compagnie assicurative italiane. Riassumo come al solito il loro conto economico nell'anno passato, e comincio dai ricavi.

Nel 2017 sono stati raccolti premi per 132 miliardi di euro con una diminuzione del 2,5% rispetto al 2016. I dati sul primo trimestre di quest'anno mostrano peraltro di nuovo una crescita, del 2,1%, rispetto al trimestre corrispondente del 2017.

La flessione dei premi l'anno scorso si è concentrata nel settore "vita", che peraltro rappresenta circa tre quarti del totale del mercato. I premi in questo settore erano saliti nel periodo 2012-15, sono poi scesi nel 2016, sono ancora scesi, del 3,6%, l'anno dopo. Nel solo 2017 si tratta di quasi 3 miliardi e mezzo di minori ricavi. Conosciamo bene la causa principale di questo fenomeno: sono i bassi rendimenti offribili sulle polizze vita tradizionali, quelle cosiddette "di ramo I", che ne riducono l'appetibilità per i clienti e che

infatti hanno fatto raccogliere premi per soli 63 miliardi, in discesa di 10 miliardi rispetto al risultato, già deludente, del 2016. La perdita è stata limitata dalla contestuale crescita delle polizze *unit-linked*, quelle di ramo III, che pongono in tutto o in parte il rischio finanziario in capo al sottoscrittore.

Questo spostamento del mercato a favore di prodotti potenzialmente più redditizi ma anche più rischiosi per il consumatore è stato osservato in tutta Europa.

L'indebolimento dei tradizionali prodotti vita di ramo I, che da sempre sono la forma di risparmio più sicura per le famiglie, a favore di prodotti più finanziari, è uno dei fattori che l'IVASS ha considerato quando, nella seconda metà del 2017 e dopo un'ampia consultazione del mercato, ha cambiato la regolamentazione in materia di "gestioni separate", quelle a cui sono collegate le tradizionali polizze vita rivalutabili.

Le gestioni separate sono sempre state molto apprezzate dagli assicurati perché coniugano le prestazioni assicurative con la garanzia di un rendimento minimo e con extra-rendimenti stabili nel tempo.

Le nuove norme regolamentari affinano il calcolo del tasso medio di rendimento, eliminando nei nuovi contratti l'obbligo per le compagnie di retrocedere subito agli assicurati eventuali plusvalenze da vendita di attività; consentendo invece di accantonarle in un "fondo utili" e darle agli assicurati entro otto anni. È una misura che accresce la stabilità nel tempo del rendimento delle polizze, non togliendo agli assicurati un centesimo ma semplicemente spalmando le plusvalenze su più anni, così compensando le annate magre. Già diverse compagnie hanno annunciato il lancio di nuove polizze di ramo I con "fondo di utili".

Contrariamente al "vita", il settore danni ha registrato nel 2017 un lieve incremento dei premi (+1,1%), che ha interrotto il ciclo regressivo iniziato nel 2012. Il comparto dell'assicurazione obbligatoria dei veicoli per responsabilità civile (RC auto) ha visto solo stabilizzarsi il valore complessivo dei premi. Anche stavolta conosciamo la causa principale della lunga diminuzione degli anni scorsi: la riduzione dei premi unitari dovuta a quella della sinistrosità, sia per effetto della recessione, ormai peraltro da tempo terminata, sia per successi nella lotta alle frodi.

Nel quinquennio 2013-17 il premio medio, al netto delle componenti fiscali e parafiscali, è sceso di quasi un quarto, oltre 100 euro. Sono molto diminuite anche le disparità di prezzo sul territorio: ad esempio, il differenziale Napoli-Aosta si è più che dimezzato, passando dagli oltre 400 euro del 2012 a meno di 200 lo scorso anno.

Alla discesa dei prezzi ha contribuito in particolare la diffusione della “scatola nera”, montata sugli autoveicoli degli assicurati che la chiedono. Per le compagnie è un modo per controllare i sinistri e gli stili di guida, con l’effetto secondario ma importante di indurle ad ammodernare i loro sistemi informatici; gli assicurati ne ricavano appunto uno sconto sul premio da pagare. Nel periodo 2013-17 le polizze con scatola nera sono passate dal 10% a oltre il 20% del totale, con punte nelle aree meridionali del 60%, portando così il mercato italiano in testa alle classifiche mondiali di diffusione della *motor connected insurance*. Una spinta aggiuntiva potrà venire dalla legge sulla concorrenza del luglio dello scorso anno, che promuove tra l’altro un’ulteriore diffusione della scatola nera e un rafforzamento della lotta alle frodi. L’IVASS ha emanato lo scorso marzo un nuovo regolamento ed è pronto a svolgere il resto degli adempimenti che la legge gli assegna, ma attende per questo i necessari decreti ministeriali attuativi.

La scatola nera non è l’unica novità che interessa il comparto auto. Altri fattori innovativi, alcuni futuribili ma già all’attenzione delle autorità, sono ad esempio l’abbandono graduale della proprietà privata dei veicoli in favore del semplice utilizzo all’occorrenza, come nel *car sharing*, la condivisione dei veicoli come nel *car pooling* o la diffusione di veicoli a guida assistita o addirittura autonoma. Il che ci riporta alla necessità per le imprese assicurative, già discussa all’inizio delle mie considerazioni, di usare di più le tecnologie innovative anche per rivedere forme contrattuali, prassi e modelli di *business*.

L’IVASS ha fatto e sta facendo molto nel settore auto, per quel che gli compete: la dematerializzazione degli attestati, anche allo scopo di inibire comportamenti elusivi da parte degli assicurati; l’Archivio Integrato Antifrode (AIA), potente strumento di contrasto delle frodi; la nuova applicazione da mettere gratuitamente a disposizione degli assicurati perché essi possano fare dei preventivi corretti, districandosi fra le tante offerte del mercato. La nuova applicazione è di enorme utilità potenziale per il pubblico, anche perché completa e imparziale: una volta affinata e lanciata andrà fatta conoscere agli utenti, in modi che stiamo studiando.

I rami danni diversi dal comparto auto mostrano segnali di vitalità, in particolare quelli dei segmenti “salute” (infortuni e malattie) e “proprietà” (incendio, altri danni ai beni e perdite pecuniarie); essi rappresentano oggi più di un terzo del mercato danni e, negli ultimi 10 anni, hanno assorbito le quote perse dal comparto auto. Rimane però alta nel confronto internazionale la sottoassicurazione in questo settore: si pensi alle catastrofi naturali o alle malattie. La spesa pubblica da oltre quarant’anni sovviene a molti bisogni dei cittadini, ma sempre meno e, nel caso delle catastrofi naturali, solo dopo molti morti e feriti. L’innovazione tecnologica e l’aumento dell’offerta di queste coperture potrebbero aumentare il tasso di assicurazione contro questi rischi. La domanda è in crescita.

Sostanzialmente stabile, in valore assoluto e nel confronto con il 2016, è stato l'anno scorso il contributo ai ricavi dei proventi netti degli investimenti: 19 miliardi, per un *Return On Investment* (ROI) del 3,1 per cento (3,3 nel 2016).

Passando ai costi, gli oneri per risarcimento di danni sono rimasti pressoché stabili, a poco meno di 19 miliardi; hanno invece registrato un incremento di 13 punti percentuali gli oneri relativi alla gestione “vita”: oltre 71 miliardi in valore assoluto.

Gli utili complessivi della nostra industria assicurativa l'anno scorso sono stati di quasi sei miliardi, con un *Return On Equity* (ROE) di circa il 9%. Gli utili si sono formati per il 60 per cento circa (3,5 miliardi) nel settore vita e per la restante parte (2,5 miliardi) nel settore danni, di cui 0,7 miliardi nel comparto RC auto.

Passando allo stato patrimoniale, i fondi propri delle compagnie hanno consentito di far segnare un coefficiente di solvibilità (fondi propri effettivi su requisito minimo) pari a ben oltre il doppio del dovuto. Come ho detto prima, questo risultato è allineato alla media europea ma con un utilizzo molto minore delle misure transitorie e di aggiustamento permesse da Solvency II.

La vigilanza

Solvibilità

Per valutare la resistenza dei maggiori gruppi assicurativi europei a eventi sfavorevoli la *European Insurance and Occupational Pensions Authority* (EIOPA) ha lanciato un mese fa uno *stress test*, basato su tre scenari avversi: un rialzo dei rendimenti, contestuale a un aumento dei riscatti delle polizze vita e del costo di liquidazione dei sinistri dei rami danni (*yield curve up*); viceversa, una riduzione dei rendimenti contestuale a un aumento del rischio di longevità (*yield curve down*); catastrofi naturali che colpiscano simultaneamente l'Europa (*nat-cat*).

In Italia sono coinvolti i quattro maggiori gruppi assicurativi nazionali. L'IVASS raccoglierà, validerà e trasmetterà i dati all'EIOPA entro metà settembre. La pubblicazione dei risultati è prevista per l'inizio del prossimo anno.

La solvibilità delle compagnie, elemento fondamentale del primo pilastro della Direttiva Solvency II, è preoccupazione centrale dell'azione di vigilanza prudenziale dell'IVASS. Il calcolo della solvibilità è affidato alle stesse compagnie, ma l'IVASS deve controllare continuamente che esso sia fatto bene. Oltre il 40% del mercato assicurativo nazionale (se ci basiamo sui premi raccolti) ha scelto i due metodi più complicati, il “modello interno” e i “parametri specifici d'impresa”; il resto dell'industria ha scelto il metodo relativamente meno complesso, la “formula standard”.

Questi metodi sono stati tutti oggetto, compagnia per compagnia, di attento scrutinio tecnico da parte nostra. Per alcune delle compagnie che hanno scelto la formula standard abbiamo svolto anche un'indagine volta a verificare l'adeguatezza dei parametri della formula rispetto al profilo di rischio dell'impresa, stimato dall'impresa stessa. In quattro casi sono emersi scostamenti che ci hanno indotti ad avviare quelle compagnie verso il metodo più analitico dei parametri specifici, con l'applicazione nel frattempo di un margine conservativo di capitale.

Abbiamo poi dedicato crescente attenzione al calcolo delle riserve tecniche nel settore "vita" (*Best Estimate of Liabilities*, BEL). Ricordo che le riserve tecniche sono, nelle imprese assicurative, il primo presidio a tutela degli assicurati, ben prima del capitale proprio. Abbiamo intensificato su questo tema sia la vigilanza a distanza sia quella ispettiva. Nei primi due anni di vigenza di Solvency II le ispezioni hanno coperto l'80% delle BEL delle imprese "vita" appartenenti al segmento della formula standard.

Ogniquale volta abbiamo riscontrato disallineamenti delle prassi rispetto agli standard previsti dalla normativa europea e nazionale siamo intervenuti con decisione. In una lettera al mercato, pubblicata negli scorsi giorni, abbiamo voluto innalzare la sensibilità al tema delle BEL di tutte le compagnie, chiedendo formalmente che la lettera fosse portata a conoscenza degli organi e delle persone che prendono le principali decisioni.

Governo dell'impresa e gestione dei rischi, informazioni

Anche gli altri due pilastri della Direttiva Solvency II – cioè governo delle imprese e gestione dei rischi, da un lato, e le informazioni che le imprese danno alle autorità di vigilanza e al mercato, dall'altro – sono nostre preoccupazioni costanti. Le compagnie stanno modificando il loro funzionamento interno, e ne diamo loro atto, ma gli sforzi vanno intensificati.

Le imprese assicurative hanno avviato da tempo una riflessione su come irrobustire il governo societario in modo che le complessità e le sofisticazioni di Solvency II siano innanzitutto comprese dai vertici e poi adeguatamente integrate negli indirizzi strategici. È uno sforzo che coinvolge in particolare i consigli di amministrazione, i quali devono assumere un ruolo propulsivo negli indirizzi e nella gestione valutando bene i rischi, fondamentale materia prima dell'attività assicurativa.

Il nuovo regolamento dell'IVASS in materia di *governance*, di prossima emanazione, ha tra i suoi obiettivi proprio quello di accrescere l'efficacia dei consigli di amministrazione, anche assicurandone una composizione equilibrata. Competenze adeguatamente diversificate, indipendenza di giudizio, disponibilità a investire un tempo congruo nella gestione dell'impresa,

incentivi orientati alla *performance* di medio-lungo termine sono baluardi contro i tipici vizi che minacciano l'efficacia degli organi amministrativi, quali un dialogo interno asfittico, figure egemoni, scarsa consapevolezza del proprio ruolo, sensibilità eccessiva ai risultati di breve termine; vizi particolarmente pericolosi nel caso di imprese finanziarie come le assicurazioni.

Naturalmente occorre che tutto questo sia proporzionato alla dimensione e alla complessità dell'impresa. Le regole e le prassi dell'IVASS ne tengono conto quando applicano in modo dettagliato norme primarie europee e nazionali che si limitano a dichiarazioni di principio in tema di proporzionalità.

La nostra azione si articola in regolamenti, in interventi sulle singole compagnie ma anche in "lettere al mercato" con suggerimenti generali. Fra queste si segnala la comunicazione che abbiamo mandato all'inizio di quest'anno a commento dell'esercizio di autovalutazione dei rischi e della solvibilità (*Own Risk and Solvency Assessment*, ORSA). Come del resto in molti altri paesi europei, la strada da percorrere da parte delle compagnie è ancora lunga e abbiamo indicato alcuni possibili passi avanti. Un'altra lettera, inviata a marzo scorso, ha riguardato le relazioni che le compagnie pubblicano sulla loro condizione finanziaria e sulla solvibilità (*Solvency and Financial Condition Report*, SFCR). Queste relazioni sono destinate non solo agli analisti finanziari, ma anche alla grande platea degli assicurati e dei beneficiari delle prestazioni assicurative: se si vuole che vengano lette anche da questi soggetti, bisogna che siano chiare, pur salvaguardando l'esigenza di precisione e completezza.

Il 2017 è stato un anno di concentrazione ulteriore dell'industria assicurativa italiana, un processo avviato già da alcuni anni per ottenere risparmi di costo e ricercare maggiore efficienza operativa. Anche i rapporti di banca-assicurazione e le *joint ventures* ne sono stati interessati, in qualche caso per la crisi del partner bancario.

Una spinta l'ha data Solvency II, innovando la disciplina in materia di gruppi. L'attuale normativa obbliga a individuare quale capogruppo l'ultima società controllante. Alcuni gruppi italiani ne sono stati indotti a semplificare la catena partecipativa.

Rapporti con la clientela

Con la Direttiva IDD, che ho prima richiamato, la vigilanza per noi si arricchisce ma si complica. Non solo si amplia il novero dei soggetti vigilati, ma all'IVASS vengono date maggiori e più articolate incombenze di intervento e sanzionatorie.

Sui prodotti assicurativi di investimento (*Insurance Based Investment Products*, IBIP) la ripartizione delle funzioni fra IVASS e CONSOB non

scaturisce immediatamente dalle norme europee. Con lo scopo di semplificare quanto più possibile il regime nell'interesse primario del consumatore, è intervenuto già il legislatore italiano riconducendo tutti i prodotti assicurativi, inclusi gli IBIP, nel Codice delle assicurazioni e prevedendo comunque numerosi momenti di raccordo regolamentare tra IVASS e CONSOB. Le due istituzioni hanno stabilito un tavolo permanente in questa materia, in un clima di piena collaborazione.

La correttezza dei rapporti fra compagnie e loro intermediari, da un lato, e clienti, dall'altro, è una preoccupazione antica dell'IVASS, che si affianca alla vigilanza *stricto sensu* prudenziale. Cito alcune nostre iniziative in questo campo.

Un fronte che ci ha visti molto impegnati negli ultimi due anni è quello delle polizze vita "dormienti", su cui mi sono già soffermato lo scorso anno. Polizze, cioè, entrate in una specie di limbo dopo la morte del sottoscrittore, o perché questa non è nota alla compagnia assicurativa o perché i beneficiari stessi della polizza non sanno di esserlo; oppure polizze che gli assicurati trascurano di riscuotere alla scadenza e che le compagnie lasciano impropriamente pendenti. In collaborazione con l'Agenzia delle Entrate, abbiamo cominciato a incrociare i codici fiscali degli assicurati, forniti dalle imprese, con i dati sui decessi detenuti dall'Anagrafe tributaria. Abbiamo così "risvegliato" per il momento quasi 190.000 polizze per le quali il diritto dei beneficiari era maturato nel periodo di validità della polizza, dando luogo a pagamenti, già effettuati o in corso, per oltre 3,5 miliardi di euro. Su altre 900.000 polizze sono in corso accertamenti delle imprese. Stiamo ora discutendo con queste su come si possa fare a prevenire il fenomeno, che non giova né alle tasche dei beneficiari né alla reputazione delle compagnie.

Sono state emanate dal mercato, ma con l'incoraggiamento e l'assistenza dell'IVASS e con il contributo delle Associazioni dei consumatori, linee guida su come vadano scritti i contratti assicurativi in modo che gli assicurati li capiscano bene. C'è un tema non banale di completezza delle informazioni che va temperata con semplicità e chiarezza. Abbiamo detto alle compagnie di cominciare ad applicare queste linee guida al più tardi all'inizio del 2019 per i nuovi contratti, rivedendo quelli in essere entro l'anno prossimo.

Insieme con l'Autorità Antitrust stiamo lavorando a risolvere il problema delle cosiddette polizze "decorrelate", vendute da intermediari finanziari a destinatari di prestiti personali ma senza alcuna connessione con il finanziamento e spesso senza che gli acquirenti se ne rendano conto.

Infine l'abusivismo. Internet è piena di siti fantasma che fanno *phishing* assicurativo, soprattutto nella RC auto, ingannando i consumatori e distorto il mercato. I profili di illiceità sono vari e vanno da reati gravi come la truffa e

il furto di identità all'esercizio abusivo della professione assicurativa. Siamo continuamente a caccia di questi siti. Ogni volta – ed è successo oltre cento volte in tre anni! – che ne scoviamo uno, magari segnalato da un reclamo, avvertiamo l'Autorità Giudiziaria e ci adoperiamo per farlo mettere *offline* il più presto possibile, facendolo anche sparire dai motori di ricerca; ci riesce in sette casi su dieci.

È una fatica improba. Molti siti oscurati ricompaiono poco dopo sotto altro nome, facendo pensare a poche centrali criminali. Solo le Autorità inquirenti, alle quali continueremo a fornire segnalazioni e ogni possibile supporto, possono sradicare questa malapianta.

Arbitro assicurativo, sanzioni, liquidazioni, intermediari

Col recepimento della IDD è stato introdotto un sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie anche in ambito assicurativo, come già avviene nei contigui settori bancario e finanziario, dove ABF e ACF – incardinati rispettivamente presso la Banca d'Italia e la CONSOB – stanno dando buona prova.

L'arbitro assicurativo sarà istituito presso l'IVASS. Quando non si pongono problemi di stima del danno offrirà ad assicurati, compagnie e intermediari un'alternativa rapida ed economica al ricorso a un giudice, con l'effetto non secondario di deflazionare il contenzioso: ce ne aspettiamo tra l'altro un abbassamento dei premi richiesti agli assicurati.

Come è noto l'IVASS è chiamato a irrogare sanzioni amministrative, sulla base di apposite norme. È un sistema che da tempo definiamo obsoleto e meritevole di revisione: è complesso, produce un'inflazione di sanzioni spesso non dissuasive. La legge di recepimento della IDD è intervenuta anche su questa materia, innanzitutto disciplinando le sanzioni relative alla distribuzione dei prodotti assicurativi, ma poi ridisegnando, anche su nostro stimolo, l'intero sistema.

Viene mutuato dalla disciplina bancaria il principio della rilevanza della violazione; è prevista la sanzionabilità diretta anche di persone fisiche in presenza di specifici presupposti; vengono introdotti limiti edittali particolarmente elevati, anche parametrati al fatturato, e nuovi criteri per la graduazione delle sanzioni; per la prima volta si prevedono misure sanzionatorie di carattere non pecuniario, come l'interdizione temporanea e l'ordine di porre termine alle violazioni; per gli intermediari assicurativi viene superato l'attuale doppio binario sanzionatorio, pecuniario e disciplinare, per la medesima fattispecie, prevedendo un unico procedimento. Infine, possiamo ora sanzionare con un unico importante atto più violazioni della stessa natura e commesse in un determinato arco temporale da uno stesso soggetto, anziché aprire tanti piccoli procedimenti.

Il settore assicurativo si è sempre caratterizzato per la lunga durata – a volte oltre trent’anni! – delle sue liquidazioni coatte. Le ragioni sono molteplici e l’IVASS si è dato l’obiettivo di erodere progressivamente l’ingombrante eredità ricevuta.

Siamo oramai al giro di boa: le liquidazioni chiuse hanno superato quelle ancora aperte. E stiamo accelerando, con ben cinque liquidazioni che hanno depositato gli atti finali nel 2017, altre due nei primi mesi del 2018 ed altre ancora in dirittura di arrivo. Sono stati erogati oltre 29 milioni di euro in favore dei creditori. Buoni risultati sono attesi anche per l’anno in corso.

Il rinnovamento degli organi delle liquidazioni, attuato pochi anni fa, è stato importante, ma anche altre nostre recenti iniziative meritano menzione.

Alla fine dello scorso anno abbiamo eliminato ogni forma di compenso per i liquidatori legato al mero scorrere del tempo e valorizzato invece i risultati e l’impegno profuso, per ottenere l’effetto di contenere durata e costi delle procedure, in linea con quanto già fatto in ambito fallimentare.

Abbiamo anche spinto i liquidatori a intensificare la vendita di immobili, spesso unico ostacolo rimasto alla chiusura di una procedura. Pur in un mercato non favorevole, i risultati nel triennio 2015-17 sono stati rilevanti: la vendita di 29 immobili ha consentito di terminare 11 liquidazioni su un totale di 14 chiuse nel periodo.

Finisco questa parte con la *vexata quaestio* dell’organismo per la tenuta dell’albo dei 226.000 intermediari assicurativi: agenti, broker e loro collaboratori. La legge di recepimento della IDD l’ha finalmente previsto. L’IVASS ha sempre guardato con favore alla scelta di demandare i compiti di registrazione degli intermediari a un organismo apposito, fermi restando i propri poteri di vigilanza e sanzionatori. Potremo ora meglio concentrarci sui compiti, molto accresciuti, di vigilanza sulla distribuzione di prodotti assicurativi che la legge ci assegna.

Conclusioni

Autorità, Signore e Signori,

poco più di due mesi fa abbiamo discusso con i principali esponenti dell’industria assicurativa italiana del futuro di questo mestiere, nel mondo e nel nostro paese. Ci spingevano a un tale scambio di vedute, breve ma intenso, i rapidissimi cambiamenti nelle tecnologie e nelle regole che si applicano al nostro mondo. Come saranno le assicurazioni fra cinque o dieci anni? Che cosa possono o devono fare i regolatori per svolgere

al meglio la loro funzione al mutare di tempi e circostanze? Nessuno ha risposte definitive, ma è utile riflettere, ciascuno per la sua responsabilità.

Dell'evoluzione tecnologica e di quella regolamentare ho provato a dare qualche elemento in queste mie considerazioni. All'IVASS ci stiamo da tempo ponendo il problema di mettere l'Istituto stesso al passo coi tempi, nella sua organizzazione interna e nella sua dotazione di mezzi. Ci soccorre il contributo della Banca d'Italia.

Ci sostengono risorse umane qualificate e motivate, che sono la nostra principale risorsa e che ringrazio, assieme alle rappresentanze sindacali, anche a nome dei due Consiglieri. Esse danno cervello e cuore a questo Istituto.

L'anno scorso ci siamo dati parecchio da fare. Abbiamo investito molto in informatica per superare l'obsolescenza dei sistemi. È proseguita la manutenzione evolutiva della macchina organizzativa, con la modifica degli assetti interni della Vigilanza prudenziale e di quella sugli intermediari assicurativi. È stato introdotto uno schema di gestione del rischio operativo (*Operational Risk Management*, ORM) che troverà graduale applicazione nel corso di quest'anno. Stiamo impiantando un nuovo sistema di controllo di gestione.

Infine, abbiamo lanciato il secondo esercizio di pianificazione strategica, per il triennio 2018-2020. Lo abbiamo ambiziosamente chiamato "IVASS 2020". Con il nuovo piano, declinato in obiettivi strategici e dettagliati programmi d'azione, l'Istituto s'impegna a raggiungere una serie di traguardi il cui fine ultimo è ovviamente quello di svolgere meglio la propria missione istituzionale.

Soprattutto, vorremmo non essere colti di sorpresa dal nuovo, che può cambiare in profondità mercati, tecnologie, regole internazionali. Già stiamo osservando come cambino le abitudini di acquisto e le esigenze dei consumatori, come tendano a confondersi le linee di confine fra mestieri e prodotti, come l'offerta assicurativa si sposti da risarcimenti/indennizzi verso servizi. I temi sul tappeto spaziano dall'utilizzo della gran mole di dati generati dall'interazione con i consumatori al bilanciamento tra personalizzazione dei rischi e mutualità, solo per citarne alcuni.

Siamo intenzionati a partecipare in prima fila a questo dibattito, a promuoverlo quando è possibile. Vogliamo contribuire all'evoluzione non solo normativa ma anche culturale, internazionale e nazionale. Credo che sia, soprattutto nella fase che viviamo, nostro dovere.

*Grafica e stampa a cura
della Divisione Editoria e stampa della Banca d'Italia in Roma*