



AUTORITÀ GARANTE
DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

Indagine conoscitiva sul settore assicurazione autoveicoli - 2003

Indagine conoscitiva
sul settore
assicurazione autoveicoli

Indagini
conoscitive

18



AUTORITÀ GARANTE
DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

Indagine conoscitiva sul settore assicurazione autoveicoli

Indagini
conoscitive

18



Presidente

Giuseppe Tesaurò

Componenti

Marco D'Alberti

Michele Grillo

Nicola Cesare Occhiocupo

Carlo Santagata de Castro

Segretario Generale

Rita Ciccone

INTRODUZIONE	6
1. L'indagine	6
2. L'assicurazione RCA	8
3. Vigilanza e concorrenza nel settore assicurativo	11
4. Motivi ed obiettivi dell'indagine	14
GLI EFFETTI ATTESI DELLA LIBERALIZZAZIONE	18
1. La liberalizzazione del settore assicurativo	18
1.1 Il processo comunitario di liberalizzazione	18
1.2 La terza direttiva danni	20
1.3 Impatto delle direttive nei mercati assicurativi nazionali	22
1.4 Precedenti esperienze di liberalizzazione tariffaria	23
1.5 Gli effetti attesi dalla liberalizzazione	26
<i>Effetti strutturali</i>	26
<i>Effetti comportamentali</i>	27
<i>Effetti sulla performance</i>	29
1.6 Conclusioni	30
IL MERCATO	32
2. La produzione	32
2.1 Le dimensioni del mercato assicurativo nei principali Paesi comunitari	32
2.2 Il settore dell'assicurazione auto in Italia	34
2.3 La struttura del mercato dell'assicurazione RCA	36
2.4 L'evoluzione del mercato RCA nel periodo 1994-2002	37
<i>Il turn-over delle imprese</i>	37
a) <i>Le imprese estere</i>	38
b) <i>Le imprese italiane</i>	41
<i>Le quote di mercato</i>	44
2.5 L'assetto proprietario del mercato RCA	48
2.6 Conclusioni	50
3. La distribuzione	51
3.1 Premessa	51
3.2 La distribuzione assicurativa: profili teorici	52
<i>La scelta del canale di vendita</i>	52
<i>La distribuzione esclusiva</i>	54
<i>Le peculiarità della distribuzione di polizze auto</i>	57
3.3 La distribuzione assicurativa in Italia. I rami auto	59
<i>Evoluzione del sistema distributivo</i>	59
<i>I rami auto</i>	61
<i>Il collocamento a distanza di polizze auto</i>	65
3.4 Conclusioni	68



LE TARIFFE	70
4. La costruzione della tariffa. Profili teorici	70
4.1 Il ruolo strategico dell'informazione nel settore assicurativo	70
4.2 Le asimmetrie informative in un generico mercato assicurativo	71
<i>Definizione di mercato assicurativo e condizioni (ipotetiche) per un equilibrio ottimale</i>	71
<i>Asimmetrie informative (moral hazard, adverse selection) e avversione al rischio</i>	72
<i>Soluzioni alle asimmetrie informative</i>	74
<i>Soluzioni collettive: scambi di informazioni e banche dati</i>	75
<i>Soluzioni individuali: screening, experience rating, personalizzazione</i>	75
4.3 Le asimmetrie informative nel mercato RCA	77
<i>Soluzioni alle asimmetrie informative</i>	80
<i>L'experience rating nel ramo RCA: bonus/malus e franchigia</i>	81
<i>La personalizzazione nel mercato RCA</i>	84
4.4 I problemi informativi per il consumatore	88
4.5 Conclusioni	90
5. Struttura tariffaria e condizioni di contratto	92
5.1 La struttura tariffaria prima della liberalizzazione	92
5.2 La struttura tariffaria dopo la liberalizzazione	93
<i>L'ampliamento della personalizzazione</i>	93
a) <i>Proliferazione dei profili tariffari</i>	93
b) <i>Riduzione della trasparenza e dispersione dei premi</i>	96
c) <i>Le misure normative per aumentare la trasparenza</i>	99
<i>Le modifiche ai meccanismi di experience rating</i>	101
5.3 La struttura tariffaria nei principali mercati esteri	103
5.4 Le condizioni generali di contratto	106
5.5 L'assicurazione dei rischi "tarati"	108
5.6 Conclusioni	110
6. La dinamica dei premi	112
6.1 L'evoluzione dei premi	112
<i>Incremento dei premi subito dalla collettività degli assicurati</i>	114
<i>Incremento del premio medio</i>	115
<i>Incremento del premio per i singoli profili tariffari</i>	117
6.2 Il confronto internazionale	121
6.3 Conclusioni	126
I COSTI	128
7. Gli interventi sui costi dell'assicurazione RCA	128
7.1 Premessa	128
7.2 La struttura dei costi	129
7.3 Il costo dei sinistri	131



<i>Gli interventi per i sinistri con danni a cose</i>	133
a) <i>L'accordo Ania/carrozzeri</i>	134
b) <i>L'accordo Ania/periti</i>	138
c) <i>La Convenzione Indennizzo Diretto</i>	139
<i>Il costo dei sinistri con danni alla persona</i>	141
7.4 I costi di gestione	143
<i>I costi di acquisizione delle informazioni</i>	144
<i>La banca dati sulle frodi assicurative</i>	146
7.5 Conclusioni	147
8. La dinamica dei costi. Gli utili	149
8.1 La gestione dell'impresa assicurativa	149
8.2 La gestione tecnica: i costi	150
<i>I costi di gestione</i>	150
<i>Il costo dei sinistri</i>	154
a) <i>I risarcimenti</i>	155
b) <i>Le riserve</i>	158
c) <i>Le spese di liquidazione</i>	167
8.3 La gestione patrimoniale e finanziaria: i rendimenti finanziari	168
8.4 La gestione economica: gli utili	169
8.5 Conclusioni	173
9. Il risarcimento dei danni. Spunti di riflessione dall'esperienza internazionale	175
9.1 Premessa	175
9.2 Criteri di classificazione dei sistemi assicurativi: responsabilità e modalità di indennizzo	177
9.3 Sistemi assicurativi a confronto	178
<i>Il sistema di responsabilità civile con indennizzo indiretto</i>	178
<i>Il sistema no-fault</i>	181
<i>Il sistema di responsabilità civile con indennizzo diretto</i>	185
9.4 I danni alla persona	191
9.5 Conclusioni	194
CONCLUSIONI	196
1. I problemi emersi	196
2. La distribuzione	200
3. Il meccanismo di indennizzo	202
4. Considerazioni finali	211
Appendice A: Il calcolo del premio nell'assicurazione RCA	212
Appendice B: Le fonti	222
Elenco dei grafici e delle tabelle	226
Bibliografia	228
Allegato: Provvedimenti di avvio e di chiusura dell'indagine conoscitiva	234



Introduzione



6

1. L'indagine

L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, in data 29 luglio 1996, ha avviato, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge 10 ottobre 1990, n. 287, un'indagine conoscitiva di natura generale sul settore dell'assicurazione autoveicoli, con specifico riferimento al mercato dell'assicurazione Responsabilità Civile Auto (di seguito RCA).

I risultati dell'indagine sono stati organizzati in nove capitoli, preceduti dalla presente introduzione di carattere generale, più due appendici. Nelle conclusioni sono contenute alcune indicazioni di *policy*.

Il piano del lavoro è il seguente: nell'introduzione si chiarisce in cosa consiste la copertura RCA, si evidenziano i motivi per cui l'industria assicurativa è soggetta ad una specifica regolazione settoriale e si illustrano le ragioni che hanno condotto all'avvio dell'indagine.

Il resto dell'indagine è articolato in quattro parti: nella prima parte, si richiamano le principali tappe del processo di liberalizzazione del settore assicurativo intrapreso a livello comunitario, fino all'emanazione delle "Terze direttive di settore". In seguito, sulla base delle indicazioni provenienti dall'analisi economica e dall'esperienza di quei Paesi comunitari (Francia e Regno Unito)

dove il mercato RCA è liberalizzato da alcuni decenni, si traccia un quadro degli effetti che era ragionevole attendersi nel mercato italiano RCA a partire dal 1994. Tale quadro sarà confrontato, nei capitoli successivi, con l'evoluzione effettivamente osservata, in tale mercato, dal 1994 in poi.

Nella seconda parte sono analizzati gli effetti di natura più propriamente strutturale (barriere all'entrata, turnover, quote di mercato, assetto distributivo), che hanno caratterizzato il mercato italiano RCA dal 1994 ad oggi.

La terza parte si sofferma ad analizzare l'impatto che la liberalizzazione ha avuto sulla struttura e sul livello delle tariffe. In via preliminare si presenta una breve analisi di tipo teorico sulle peculiarità dei mercati assicurativi, approfondendo il ruolo svolto dall'informazione in detti mercati: analisi necessaria ad una compiuta valutazione delle dinamiche osservate nel mercato RCA e, in particolare, per comprendere gli obiettivi delle imprese nella costruzione della tariffa. Si passa quindi a verificare se e come le imprese hanno modificato la struttura tariffaria e le condizioni di contratto. Infine si stima, utilizzando diverse misure tra loro complementari, il tasso di incremento dei premi RCA nel periodo interessato.

Nella quarta parte viene analizzato il modo in cui le imprese sono intervenute sul fronte dei costi - variabile fondamentale per aumentare l'efficienza e i margini di profitto in un contesto competitivo - e si verificano i risultati di gestione raggiunti dalle imprese, esaminando l'evoluzione dei costi e dei profitti. Poiché le modalità di risarcimento del danno incidono in modo determinante sul livello del costo dei sinistri, per completare l'analisi dal lato dei costi si presenta una rassegna dei meccanismi di risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione stradale adottati nei vari Paesi, privilegiando quelle esperienze che maggiormente si discostano dal caso italiano al fine di fornire spunti di riflessione utili sotto il profilo degli interventi di *policy*.

Nel corso del lavoro, le principali caratteristiche del mercato RCA vengono confrontate con quelle dei mercati presi a riferimento, Francia e Regno Unito.

Completano il lavoro due appendici: l'appendice A illustra sinteticamente le modalità di calcolo del premio nel ramo RCA, l'appendice B elenca le fonti dei dati e delle informazioni utilizzate nel corso del lavoro.

Prima di descrivere i motivi che hanno condotto l'Autorità ad avviare la presente indagine conoscitiva, è opportuno chiarire in cosa consiste la copertura RCA.

2. L'assicurazione RCA

Il principio ispiratore della normativa sulla RCA obbligatoria, contenuta nella legge 24 dicembre 1969, n. 990, recante assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti ¹, è l'esigenza di tutelare il terzo danneggiato dai danni subiti per incidenti conseguenti alla circolazione stradale. La funzione "sociale" di questo tipo di assicurazione si manifesta, tra l'altro, nell'ampliamento del rischio assicurato rispetto a quanto previsto dalla disciplina generale sull'assicurazione contenuta nel codice civile; costituiscono esempi in tal senso la risarcibilità dei fatti dolosi dell'assicurato, fatto salvo il regresso dell'assicuratore, in deroga a quanto previsto dagli articoli 1900 e 1917 c.c., nonché l'estensione della garanzia assicurativa ai casi di circolazione contro la volontà del proprietario del veicolo.

1. Tale normativa, che rappresenta la prima compiuta disciplina giuridica dell'assicurazione della RCA in Italia, ha subito nel corso degli anni profonde innovazioni. Cfr. in particolare i seguenti provvedimenti normativi:

- a) Decreto Presidente della Repubblica 24 novembre 1970, n. 973, recante "*Regolamento di esecuzione della Legge 24 dicembre 1969, n. 990, sull'assicurazione della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti*";
- b) Legge 26 febbraio 1977, n. 39, recante "*Modifica della disciplina dell'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti*";
- c) Legge 24 luglio 1978, n. 388, recante "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto Legge 26 maggio 1978 n. 216, recante misure fiscali urgenti*";
- d) Decreto Presidente della Repubblica 16 gennaio 1981, n. 45, recante "*Modificazioni al regolamento sull'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, approvato con dPR 24 dicembre 1970, n. 973*";
- e) Legge 24 novembre 1981, n. 689, recante "*Modifiche al sistema penale*";
- f) Legge 12 agosto 1982, n. 576, recante "*Riforma della vigilanza sulle Assicurazioni*";
- g) Legge 7 agosto 1990, n. 242 recante "*Disciplina dell'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile per danni causati dalla circolazione nel territorio della Repubblica dei veicoli a motore e dei natanti immatricolati o registrati in Stati esteri*"
- h) Legge 9 gennaio 1991, n. 20, recante "*Integrazioni e modifiche alla Legge 12 agosto 1982, n. 576, e norme sul controllo delle partecipazioni di imprese o enti assicurativi e in imprese o enti assicurativi*";
- i) Legge 19 febbraio 1992, n. 142, recante "*Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità Europee*";
- j) Decreto Legislativo 30 aprile 1992, n. 285, recante "*Nuovo codice della strada*";
- k) Decreto Legislativo 10 settembre 1993, n. 360, recante "*Disposizioni correttive e integrative del codice della strada, approvato con decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285*";
- l) Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175, recante "*Attuazione della direttiva 92/49/CEE in materia di assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita*";
- m) Legge 27 dicembre 1997, n. 449, recante "*Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica*";
- n) Legge 23 dicembre 1998, n. 448, recante "*Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo*";
- o) Legge 5 marzo 2001, n. 57, recante "*Disposizioni in materia di apertura e funzionamento dei mercati*".
- p) Legge 12 dicembre 2002, n. 273, recante "*Misure per favorire l'iniziativa privata e lo sviluppo della concorrenza*".

La funzione di tutela del danneggiato si realizza attraverso l'imposizione al proprietario di qualunque veicolo dell'obbligo di stipulare un contratto di assicurazione RCA². Tuttavia, a differenza di quanto accade per le assicurazioni sociali propriamente dette, la garanzia non opera automaticamente al verificarsi degli elementi soggettivi ed oggettivi previsti dalla legge, ma è subordinata all'adempimento di obblighi, quali la denuncia del sinistro o il pagamento del premio, posti a carico di soggetti terzi rispetto al danneggiato.

Sono soggetti ad assicurazione obbligatoria i veicoli a motore senza guida di rotaie, immatricolati in Italia e posti in circolazione su strade di uso pubblico o su aree equiparate, nonché i veicoli immatricolati o registrati all'estero, se circolanti in Italia³.

La copertura assicurativa riguarda sia la responsabilità civile verso terzi prevista dall'articolo 2054 c.c., vale a dire quella del conducente e dei responsabili in solido⁴, che la responsabilità per danni causati alle persone trasportate, qualunque sia il titolo in base al quale è effettuato il trasporto⁵. Il grado di copertura (massimale) minimo previsto dalla normativa italiana è attualmente pari a 1.500 milioni di lire (774.685,35).

Sotto il profilo soggettivo l'obbligo di assicurazione riguarda tutti coloro che pongono in circolazione veicoli a motore, avendone la giuridica o materiale disponibilità (conducente, proprietario e qualsiasi altro soggetto che ne acquisisca la disponibilità in base ad un titolo contrattuale). Il soggetto responsabile per la violazione dell'obbligo, quindi, non coincide necessariamente con il proprietario del veicolo. Secondo un consolidato orientamento della Corte di

2. L'obbligo di assicurazione, introdotto per autoveicoli, motoveicoli e natanti dalla legge n. 990/69, è stato esteso ai ciclomotori con il Decreto Legislativo 10 settembre 1993, n. 360, recante "Disposizioni correttive ed integrative del codice della strada".

3. Il veicolo deve intendersi in circolazione anche se in sosta ed anche qualora la sosta sia stata determinata da un guasto meccanico, poiché l'obbligo assicurativo viene meno solo laddove il veicolo perda le sue caratteristiche strutturali ed organiche (Cass. pen., 10 dicembre 1981). In caso di veicolo immatricolato all'estero, l'obbligo assicurativo può essere adempiuto tanto con la stipulazione di un'assicurazione "frontiera" temporanea, quanto in virtù di un certificato internazionale di assicurazione, la cosiddetta "carta verde". Quest'ultima, rilasciata da apposito ente costituito all'estero ed accettata da un corrispondente ente costituito in Italia, attesta l'esistenza della copertura.

4. L'articolo 2054 c.c. recita "Il conducente di un veicolo senza guida di rotaie è obbligato a risarcire il danno prodotto a persone o a cose dalla circolazione del veicolo, se non prova di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno. Nel caso di scontro tra veicoli si presume, fino a prova contraria, che ciascuno dei conducenti abbia concorso ugualmente a produrre il danno subito dai singoli veicoli (2055). Il proprietario del veicolo, o, in sua vece, l'usufruttuario (978) o l'acquirente con patto di riservato dominio (1523), è responsabile in solido (1292) col conducente, se non prova che la circolazione del veicolo è avvenuta contro la sua volontà. In ogni caso le persone indicate dai commi precedenti sono responsabili dei danni derivanti da vizi di costruzione o da difetto di manutenzione del veicolo."

5. Questo secondo aspetto è stato introdotto dalla Legge 19 febbraio 1992, n.142.

Cassazione, è la materiale disponibilità del veicolo il criterio attributivo di responsabilità per la violazione dell'obbligo assicurativo⁶. L'inosservanza dell'obbligo determina l'irrogazione di una sanzione amministrativa pecuniaria.

L'assicurazione può essere stipulata con qualsiasi impresa autorizzata, secondo le norme vigenti, ad esercitare la responsabilità civile per i danni causati dalla circolazione di veicoli nel territorio italiano, sia in regime di stabilimento che in regime di libera prestazione di servizi. La situazione soggettiva passiva posta dalla legge a carico delle imprese assicuratrici è quella di un obbligo legale a contrarre. Le imprese sono, infatti, tenute ad accettare le proposte per l'assicurazione obbligatoria che sono loro presentate, secondo le condizioni di polizza e le tariffe che hanno l'obbligo di stabilire preventivamente per ogni rischio derivante dalla circolazione dei veicoli a motore. Nel caso di violazione dell'obbligo a contrarre, oltre ai rimedi privatistici spettanti al soggetto interessato di cui all'articolo 2932 c.c., è prevista una sanzione amministrativa che può arrivare alla revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'assicurazione.

Chiunque sia rimasto danneggiato a seguito di un incidente stradale può chiedere il risarcimento del danno tanto al responsabile del sinistro quanto all'assicuratore della responsabilità civile. Tale disposizione non riguarda il conducente del veicolo responsabile del sinistro, il coniuge non legalmente separato, gli ascendenti e i discendenti legittimi, nonché gli affiliati e gli altri parenti ed affini fino al terzo grado del responsabile, quando convivano con questi o siano a suo carico in quanto l'assicurato provvede abitualmente al loro mantenimento, i soci a responsabilità illimitata, ove l'assicurato sia una società. Tali soggetti non sono considerati terzi, e quindi non fruiscono dei benefici derivanti dai contratti di assicurazione stipulati a norma di legge.

Il danneggiato per sinistro causato dalla circolazione di un veicolo soggetto ad assicurazione obbligatoria può esperire un'azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore, solo entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione (massimale). L'assicuratore, per contro, non può opporre al danneggiato le eccezioni derivanti dal contratto, né clausole che prevedano l'eventuale contributo dell'assicurato al risarcimento del danno. L'assicuratore ha solo un diritto di rivalsa nei confronti del proprio assicurato, nel limite in cui avrebbe potuto contrattualmente rifiutargli o ridurgli la prestazione.

6. Cfr., ad esempio, Cass. pen. 10 febbraio 1978, RP, 1979, 904.

Nei casi in cui il sistema dell'assicurazione privata si dimostri inadeguato a garantire il risarcimento dei danni conseguenti al sinistro stradale, la legge ha previsto l'istituzione, presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici (Consap), di un fondo di garanzia vittime della strada, posto sotto il controllo dell'allora ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato⁷.

Il fondo risarcisce i sinistri causati da un veicolo non identificato, non coperto da assicurazione ovvero da un veicolo assicurato presso un'impresa operante nel territorio italiano in regime di stabilimento o di libertà di prestazione di servizi e che al momento del sinistro si trovi in stato di liquidazione coatta.

Il fondo è finanziato da un contributo delle imprese di assicurazione, determinato dal Ministero dell'Industria applicando un'aliquota percentuale sul premio di ciascun contratto RCA. Attualmente tale aliquota è pari al 2,5%⁸. La principale voce di spesa del fondo è rappresentata dai risarcimenti corrisposti per i danni provocati da automobilisti assicurati presso imprese poste in liquidazione coatta amministrativa⁹.

3. Vigilanza e concorrenza nel settore assicurativo

11

Prima di procedere nell'analisi dei principali risultati emersi nel corso dell'indagine conoscitiva, è necessario ricordare come l'attività assicurativa sia sottoposta, nella gran parte degli ordinamenti, ad una serie di controlli da parte dello Stato, sia nella fase iniziale di accesso delle imprese all'attività, sia successivamente nell'esercizio della stessa. Generalmente tali controlli, in ragione delle specificità dell'industria assicurativa, sono demandati ad un'autorità di regolazione settoriale. In Italia tali compiti sono affidati all'Isvap, istituito con legge 12 agosto 1982, n. 576, i cui poteri sono stati rafforzati dal Decreto Legislativo 13 ottobre 1998, n. 373.

7. Per quanto attiene alla necessità di costituire un fondo di garanzia per le vittime della strada si rimanda anche a quanto previsto dall'articolo 1, comma 4, della Seconda Direttiva del Consiglio 30 dicembre 1983, n. 84/5/CEE, *concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri in materia di assicurazione della responsabilità civile risultante dalla circolazione autoveicoli*, in G.U.C.E. 11 gennaio 1984, n. L. 8.

8. Cfr. DM del 10 gennaio 2003, recante *Determinazione per l'anno 2003 della misura del contributo dovuto alla Consap – Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici S.p.A. – Gestione autonoma del “Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada*, in G.U. 22 gennaio 2003, n. 17.

9. Secondo il rendiconto del Fondo di Garanzia relativo al 1997, infatti, su un totale di 557 miliardi di lire (287,76 milioni di) di danni liquidati, ben 397 miliardi (205,03 milioni di) (pari al 72% del totale) si riferiscono a danni provocati da automobilisti assicurati presso imprese poste in liquidazione coatta amministrativa (Fonte: Ania, *L'Assicurazione italiana nel 1998*).

L'esigenza di prevedere un controllo pubblico su tale settore è sostanzialmente riconducibile alla natura di intermediario finanziario dell'impresa assicurativa, la quale trae i mezzi per far fronte ai suoi impegni verso gli assicurati dalla massa dei premi; di conseguenza, questi devono essere riscossi anticipatamente rispetto al periodo di validità della copertura e quindi ad un eventuale indennizzo. È quindi necessario verificare l'adeguatezza tariffaria e le modalità di impiego delle risorse finanziarie raccolte immediatamente sotto forma di premi, in modo da garantire che al momento del pagamento dei sinistri vi siano disponibilità sufficienti e che, in tal modo, l'impresa possa far fronte agli impegni assunti.

Per quanto riguarda l'assicurazione RCA, la regolamentazione è resa ancora più pervasiva dal fatto che la polizza RCA è obbligatoria per legge. Ciò richiede ulteriori strumenti di controllo al fine di verificare sia il rispetto dell'obbligo a contrarre da parte delle imprese di assicurazione sia il rispetto dell'obbligo di assicurarsi per il conducente di un veicolo a motore.

Forme di regolamentazione nel ramo RCA possono essere previste per perseguire diverse finalità. Principalmente vi è la necessità, propria, come si è visto, di ogni mercato assicurativo, di garantire la solvibilità delle imprese, al fine di tutelare il terzo danneggiato. Una regolamentazione a ciò finalizzata può manifestarsi con modalità differenti: controllo di solvibilità mediante la fissazione di livelli minimi di riserve tecniche, verifica della disponibilità di capitale da parte dei nuovi operatori che intendono entrare sul mercato, vincoli sulla composizione del portafoglio di *assets*. Forme più stringenti di controllo sulla solvibilità possono essere rappresentate anche dalla imposizione di prezzi minimi, tali da garantire l'equilibrio tecnico in base alle stime dei costi attesi effettuate dal regolatore.

Controlli sui prezzi delle polizze RCA possono tendere anche al raggiungimento di altri obiettivi, quali l'esigenza di introdurre un elevato grado di mutualità, che equivale in sostanza ad una redistribuzione di reddito tra gli individui appartenenti a categorie a basso rischio e quelli appartenenti alle categorie ad alto rischio. Finalità di tipo sociale ed economico hanno certamente avuto un ruolo nel disegnare il sistema di regolamentazione per il ramo RCA esistente in Italia alla vigilia della liberalizzazione, sistema caratterizzato dall'imposizione di tariffe e di condizioni di polizza.

A prescindere dalle motivazioni sottostanti, siffatta regolamentazione ha costituito un *humus* particolarmente fertile per l'affermarsi di un ambiente collusivo. Infatti, l'uso di una base dati comune a tutte le imprese per la fissazione delle tariffe da parte delle autorità governative, la presenza di tariffe e condi-

zioni contrattuali uniformi, unitamente ad una sostanziale rigidità della domanda a livello di mercato, dovuta all'obbligatorietà della polizza RCA, costituivano tutti elementi potenzialmente atti a favorire l'affermarsi di forme di cooperazione tra le imprese del ramo.

Le descritte peculiarità dell'industria assicurativa hanno sollevato importanti questioni circa le modalità di applicazione della disciplina della concorrenza. In ogni caso, in ambito comunitario, la Corte di Giustizia CE, ha chiarito definitivamente che *“il regime comunitario della concorrenza, quale si desume in particolare dagli articoli 85 e 86 del Trattato e dal Regolamento n. 17, si applica in pieno al settore delle Assicurazioni”*¹⁰, aggiungendo comunque che tale affermazione non implica che il diritto comunitario della concorrenza non permetta di tenere conto della peculiarità del settore, in particolare mediante le esenzioni che la Commissione può concedere nell'esercizio dei poteri di cui all'articolo 81(3) del Trattato.

Le particolari esigenze del settore assicurativo hanno, in effetti, determinato a livello comunitario una disciplina di tutela della concorrenza diversa e meno rigida rispetto a quella ordinaria. In conformità al Regolamento del Consiglio n. 1534/91¹¹, la Commissione CE ha infatti adottato il Regolamento n. 3932/92¹² di esenzione per talune categorie di accordi, decisioni e pratiche concordate nel settore delle assicurazioni¹³.

La piena applicabilità al settore assicurativo della normativa a tutela della concorrenza è stata confermata dalla recente sentenza del Consiglio di Stato sul caso *“RC Auto”*¹⁴.

In ogni caso, nell'ordinamento italiano, l'esigenza di contemperare la necessità di tutela della stabilità del settore assicurativo con l'applicazione della disciplina della concorrenza, trova riscontro nella previsione normativa in base alla quale l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, pur conservando l'e-

10. Corte di Giustizia, causa C-45/85 (*Verband der Versicherer*), sent. del 27 gennaio 1987, in Racc. 1987, p.405, ai punti 12 e 14.

11. Regolamento del Consiglio 31 maggio 1991 n. 1534, in G.U.C.E. 7 giugno 1991 n. L 143.

12. Regolamento della Commissione 21 dicembre 1992 n. 3932, in G.U.C.E. 31 dicembre 1992 n. L 398.

13. Si tratta degli accordi, delle decisioni e delle pratiche concordate nel settore assicurativo aventi ad oggetto: a) la determinazione in comune di tariffe di premi di rischio basate sulle statistiche collettive o sul numero dei sinistri; b) la redazione e la comunicazione di condizioni tipo di assicurazione diretta, nonché di prospetti comuni sui vantaggi di contratti assicurativi recanti un elemento di capitalizzazione; c) la costituzione di consorzi di coassicurazione o di coriassicurazione per coprire “un numero indeterminato di rischi”; d) la fissazione in comune di norme relative alla valutazione ed al riconoscimento di apparecchiature di sicurezza.

14. Consiglio di Stato – Sez. VI, n. 2199/2002 del 26 febbraio 2002.

esercizio dei propri poteri, ha l'obbligo di sentire preventivamente l'Autorità di vigilanza di tale settore¹⁵.

La presente indagine conoscitiva è stata, dunque, condotta tenendo sempre in considerazione le peculiarità del settore assicurativo, le quali possono, in presenza di determinate condizioni, giustificare comportamenti altrimenti lesivi delle regole di concorrenza.

4. Motivi ed obiettivi dell'indagine

Il settore dell'assicurazione RCA assume una particolare rilevanza economica e sociale, in quanto tale assicurazione è obbligatoria in quasi tutti i Paesi del mondo e nella totalità dei Paesi industrializzati. Tale obbligatorietà discende dall'esigenza di garantire un risarcimento a chi rimane vittima di un sinistro provocato da terzi.

Nel nostro Paese sono in circolazione circa 42 milioni di veicoli a motore, di cui oltre 33 milioni di autovetture¹⁶. L'ammontare dei premi raccolti, nel 2001, nel ramo RCA è risultato pari all'1,3% del PIL. L'obbligatorietà della copertura RCA e il numero estremamente elevato di autovetture circolanti fanno sì che l'assicurazione RCA costituisca un servizio di importanza fondamentale, che incide in misura significativa sulla spesa delle famiglie¹⁷.

Inoltre, la spesa per l'assicurazione auto rappresenta una voce di rilievo del paniere di beni utilizzato per la costruzione dell'indice dei prezzi al consumo, che rappresenta il principale indicatore dell'andamento dell'inflazione. A tale proposito si ricorda che per valutare correttamente l'impatto di un aumento delle polizze auto sull'inflazione complessiva, oltre alla variazione dell'indice del costo della vita direttamente attribuibile all'assicurazione auto, occorre conside-

15. Ai sensi dell'articolo 20, comma 4, della legge n. 287/1990, "nel caso di operazioni che coinvolgono imprese assicurative, i provvedimenti dell'Autorità di cui all'articolo 10 sono adottati sentito il parere dell'Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni private e di interesse collettivo (Isvap), che si pronuncia entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione posta a fondamento del provvedimento. Decorso inutilmente tale termine l'Autorità di cui all'articolo 10 può adottare il provvedimento di sua competenza".

16. Fonte: ACI, Annuario Statistico 2002.

17. L'ammontare della spesa effettivamente sostenuta dalle famiglie per la RCA è risultato nel 2001 superiore all'1,5% del Pil. La differenza di tale valore rispetto a quello relativo al rapporto tra raccolta premi e Pil discende dal fatto che la raccolta premi, così come calcolata nei bilanci delle imprese di assicurazione, non comprende le imposte (pari al 12,5%) e il contributo al Servizio Sanitario Nazionale (pari al 10,5%), oneri comunque sostenuti dai sottoscrittori della polizza.

arne anche gli effetti indiretti. Atteso che il prezzo al dettaglio dei beni di consumo comprende anche i costi di distribuzione e che l'assicurazione auto rappresenta una voce importante di tali costi, un aumento della polizza auto determina un aumento del costo dei trasporti e di tutti i beni che si avvalgono dei relativi servizi.

Infine, l'assicurazione RCA rappresenta in Italia, come negli altri Paesi comunitari, una parte non trascurabile dell'intero settore assicurativo. Nel 2001 i premi del lavoro diretto raccolti nei due rami dell'assicurazione auto (responsabilità civile; furto, incendio e altre coperture auto) sono stati pari a 18.152 milioni di . Il solo ramo RCA ha registrato, nel corso del medesimo esercizio, una raccolta premi pari a circa 15.342 milioni di . Complessivamente, l'assicurazione auto rappresenta circa il 24% del totale della spesa assicurativa e oltre il 60% della raccolta complessiva del settore danni.

Con decorrenza 1° luglio 1994, per effetto dell'entrata in vigore della Terza Direttiva Danni¹⁸, le imprese possono determinare liberamente le tariffe RCA.

In precedenza, in Italia come in altri Paesi comunitari, le tariffe erano amministrative. In Italia, una commissione appositamente costituita dall'allora Ministero dell'Industria (cosiddetta Commissione Filippi), per ogni anno stabiliva, dopo avere stimato il fabbisogno sufficiente a garantire l'equilibrio tecnico della gestione, di quanto doveva essere modificata la tariffa dell'anno precedente al fine di consentire detto equilibrio.

L'avvio di un processo di liberalizzazione nel settore assicurativo ha determinato il sorgere di numerose aspettative circa l'evoluzione del mercato. Guardando anche all'esperienza di quei Paesi ove il settore assicurativo era deregolamentato da tempo, si riteneva possibile una evoluzione in senso concorrenziale dell'industria assicurativa, con effetti positivi sul livello dei prezzi, sulla qualità dei prodotti offerti e sulle modalità distributive, nonché una maggiore integrazione dei mercati assicurativi nazionali. In questo senso la liberalizzazione di tariffe e condizioni di contratto ha costituito un vero e proprio *shock* per il ramo RCA, dal quale doveva conseguire un significativo aumento dell'efficienza produttiva, con benefici effettivi per i consumatori.

18. Direttiva del Consiglio 18 giugno 1992, n. 49, *che coordina le disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative riguardanti l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita e che modifica le direttive 73/239/CEE e 88/357/CEE (terza direttiva assicurazione non vita)*, in G.U.C.E. 11 agosto 1992 n. L. 228.

Al contrario, ad otto anni dalla liberalizzazione, l'effetto più evidente in Italia è rappresentato da una tendenza generalizzata a significativi aumenti del livello dei premi richiesti per la garanzia RCA, più che raddoppiati negli ultimi sei anni, mentre non risultano altrettanto evidenti miglioramenti qualitativi nel servizio offerto o sostanziali mutamenti a beneficio degli assicurati¹⁹.

Tali circostanze sono denunciate da numerose segnalazioni inviate da privati all'Autorità, nelle quali si lamentano soprattutto i continui ed apparentemente ingiustificati aumenti delle tariffe per la RCA, unitamente ad altre questioni (quali, ad esempio, le garanzie coperte dalle polizze auto e la cattiva qualità del servizio offerto che si palesa innanzitutto nei lunghi tempi di liquidazione dei sinistri), nonché perfino le difficoltà incontrate dai cittadini residenti in determinate aree geografiche ad ottenere una polizza a copertura dei rischi auto. Numerose di tali questioni rivestono aspetti di vigilanza e, di regola, l'Autorità provvede celermente ad inviare per competenza tali denunce all'Isvap.

Accanto a tali segnalazioni occorre poi considerare le numerose denunce delle associazioni dei consumatori e dei rappresentanti del governo e del Parlamento riguardo al mancato sviluppo concorrenziale del mercato assicurativo auto²⁰.

La ridotta tensione concorrenziale nel settore è testimoniata anche dall'attività istruttoria condotta dall'Autorità, che, da ultimo, nel corso del 2000, ha accertato l'esistenza di un'intesa restrittiva della concorrenza cui partecipava la maggior parte delle imprese presenti nel mercato RCA²¹. Le imprese coinvolte avevano dato vita ad un sistema di scambio di informazioni, articolato e prolungato nel tempo, riguardante tutti gli aspetti dell'attività assicurativa, irrigidendo sensibilmente le dinamiche competitive del mercato.

19. In un recente studio sul settore assicurativo auto italiano si rileva come: *"The evidence is that firms, even now, do not advertise their products, their price lists are not published, quotes on premiums can be obtained only upon request, and an upward trend in prices has even been observed over the last six years"*; elementi tutti idonei a connotare come collusivo il mercato in esame. Cfr. Buzzacchi e Valletti (2000).

20. La rilevanza delle problematiche connesse agli incrementi tariffari della RCA è tale da avere indotto il Parlamento ad avviare, in tempi recenti, ben tre indagini conoscitive: una prima indagine è stata avviata dalla Commissione Industria del Senato; un'altra indagine è stata intrapresa su iniziativa della Commissione Finanze della Camera dei Deputati. In entrambe le occasioni, sono stati auditi i rappresentanti dell'associazione di categoria, delle organizzazioni di consumatori e di diverse istituzioni interessate. L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato è stata sentita il 1° giugno 1999 dalla Commissione Industria del Senato ed il 20 gennaio 2000 dalla Commissione Finanze della Camera dei Deputati. La Commissione Finanze ha pubblicato il documento conclusivo dell'indagine il 2 marzo 2000. Da ultimo, una terza indagine è stata avviata nel maggio 2002 dalla Commissione Industria del Senato.

21. Cfr. provvedimento dell'Autorità del 28 luglio 2000 n. 8456-I377, *RC Auto*, in Boll. 30/2000. Cfr. anche provvedimento dell'Autorità del 2 luglio 1993 n.1266-I43, *Ania*, in Boll. 15-16/93 e provvedimento dell'Autorità dell'8 giugno 1994 n. 2024-I74, *Assicurazioni rischi di massa*, in Boll. 23/94.

In considerazione della particolare rilevanza e complessità della materia, l’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ha realizzato la presente indagine conoscitiva di natura generale sul ramo RCA, proponendosi di analizzare l’evoluzione di tale ramo successivamente alla liberalizzazione e, avendo già accertato l’esistenza di accordi collusivi in questo mercato, di verificare le ulteriori ragioni tecnico-economiche che possono essere alla base dell’aumento dei premi per tale copertura. Ciò al fine di ricostruire un quadro completo, tenendo conto del mutato contesto normativo che è scaturito dalla liberalizzazione e verificando se esistono ulteriori fattori idonei a restringere o falsare in maniera consistente il gioco della concorrenza nel mercato dell’assicurazione RCA.

L’intera analisi mira a fornire, alla stessa Autorità, al legislatore e all’Autorità di settore, elementi informativi utili ad individuare possibili soluzioni ai problemi che attualmente caratterizzano tale mercato.

Laddove se ne è ravvisata l’opportunità, nel corso dell’indagine si è fatto riferimento al ramo Corpi di veicoli terrestri (CVT), che comprende le garanzie auto diverse dalla RCA obbligatoria (incendio, furto, kasko, ecc.)²².

22. In precedenza tale ramo era denominato anche Auto Rischi Diversi (o ARD). La nuova denominazione è stata introdotta dal 1° gennaio 1998, quando è entrata in vigore la nuova classificazione per rami prevista dal Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175, *Attuazione della direttiva 92/49/CEE in materia di assicurazione diretta diversa dall’assicurazione sulla vita*. Secondo tale classificazione il nuovo ramo CVT “*comprende le Assicurazioni contro ogni danno subito da veicoli terrestri e corrisponde sostanzialmente al ramo “auto rischi diversi” della precedente classificazione*”. Cfr. ANIA (1998).

Gli effetti attesi della liberalizzazione

18

1. La liberalizzazione del settore assicurativo

1.1 Il processo comunitario di liberalizzazione

La liberalizzazione delle tariffe RCA, avviata dal 1° luglio 1994, rappresenta uno dei momenti fondamentali della disciplina comunitaria tendente alla creazione di un mercato unico delle assicurazioni. Occorre tuttavia sottolineare come il cammino verso tale obiettivo continui ad esser arduo, date la complessità del settore, la sua forte segmentazione, nonché la necessità di contemperare il principio di tutela della concorrenza con le esigenze di stabilità proprie delle imprese di assicurazione. Ad oggi, infatti, i mercati dell'assicurazione dei rischi di massa, in generale, e della RCA, in particolare, continuano ad avere dimensione nazionale²³.

L'attuale disciplina comunitaria trae origine dalle norme in materia di libera circolazione delle persone, dei servizi e dei capitali del Trattato che istituisce la Comunità Economica Europea (parte II, titolo III); in tal senso, le imprese di assicurazione sono analizzate dal legislatore comunitario sotto i profili

23. Su tale punto si veda anche la *Comunicazione interpretativa della Commissione - Libera prestazione dei servizi e interesse generale nel settore delle Assicurazioni*, in G.U.C.E. 16 febbraio 2000, n. C43.

della libertà di stabilimento (articolo 43 ss.) e della libera prestazione dei servizi (articolo 49 ss.)²⁴.

L'obiettivo di liberalizzare il settore assicurativo è stato perseguito a livello comunitario attraverso tre generazioni di direttive, volte alla creazione di un mercato unico. L'avvio del processo di liberalizzazione risale al 1973, quando vengono emanate le prime direttive inerenti il settore assicurativo nel suo complesso²⁵, che introducono il principio della libertà di stabilimento (*host country control*), in virtù del quale le compagnie di assicurazione aventi la sede principale nel territorio di uno Stato membro hanno il diritto di esercitare l'attività assicurativa, mediante l'apertura di succursali od agenzie, nel territorio di un qualsiasi altro Stato membro²⁶. Poiché l'accesso all'attività assicurativa è subordinato ad un'autorizzazione preventiva rilasciata dallo Stato in cui si intende svolgere tale attività, è evidente che per operare in più Stati comunitari l'impresa doveva richiedere più autorizzazioni.

Con la seconda generazione di direttive²⁷ viene introdotto il fondamentale principio della libertà di prestazione di servizi, in virtù del quale tutte le imprese comunitarie possono svolgere liberamente la propria attività nel territorio della Comunità pur senza dotarsi di qualsiasi forma di organizzazione stabile nel Paese in cui intendono operare, in regime, appunto, di libera prestazione dei servizi transfrontalieri. La direttiva prevede una diversa disciplina per i rischi di massa ed i grandi rischi, introducendo, per questi ultimi, una significativa semplificazione dell'attività di vigilanza, che rimane sostanzialmente di competenza del Paese d'origine.

La terza generazione di direttive²⁸ ha stabilito il principio dell'*home country control*, il principio della licenza unica e ha abolito la vigilanza sostanziale, sostit-

24. La libertà di stabilimento consiste nel diritto riconosciuto ai cittadini di uno Stato membro di esercitare in maniera stabile e continuativa la propria attività in un altro Stato membro secondo le norme da quest'ultimo previste per i propri cittadini. La libertà di prestazione dei servizi si distingue dalla libertà di stabilimento per il carattere temporaneo e non permanente dell'attività svolta in un altro Stato membro.

25. Direttiva del Consiglio 24 luglio 1973, n. 239 recante *coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative in materia di accesso e di esercizio dell'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita (prima direttiva assicurazione non vita)*, in G.U.C.E. 16 agosto 1973, n. L.228, e Direttiva del Consiglio 24 luglio 1973, n. 240 *intesa a sopprimere le restrizioni alla libertà di stabilimento in materia di Assicurazioni dirette diverse dall'assicurazione sulla vita*, in G.U.C.E. 16 agosto 1973, n. L.228.

26. Tali direttive sono state recepite in Italia con la legge 10 giugno 1978, n. 295, recante *nuove norme per l'esercizio dell'assicurazione danni*.

27. Per il settore danni, Direttiva del Consiglio 22 giugno 1988, n. 357 recante *coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative riguardanti l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita, e fissazione delle disposizioni volte ad agevolare l'esercizio effettivo della libera prestazione di servizi e che modifica la direttiva 73/239/CEE (seconda direttiva assicurazione non vita)*, in G.U.C.E. 4 luglio 1988, n. L.172. Tale Direttiva è stata recepita in Italia con il Decreto Legislativo 15 gennaio 1992, n. 49.

28. Per il settore danni, Direttiva del Consiglio 18 giugno 1992, n. 49 che *coordina le disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative riguardanti l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita e che modifica le direttive 73/239/CEE e 88/357/CEE (terza direttiva assicurazione non vita)*, in G.U.C.E. 11 agosto 1992 n. L.228. La Direttiva è stata recepita in Italia con il Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175.

tuendola con una vigilanza limitata al controllo di solvibilità da parte delle imprese. Prezzi e condizioni di polizza possono, quindi, essere contrattati liberamente dalle parti, laddove prima le imprese, nella maggior parte dei Paesi comunitari, erano tenute a chiedere l'autorizzazione delle autorità di vigilanza competenti.

1.2 La terza direttiva danni

Con le direttive di terza generazione, vita e danni, si completa il processo di liberalizzazione teso alla creazione di un mercato unico europeo delle assicurazioni.

Per effetto della terza direttiva danni, in particolare, le tariffe nel ramo RCA, precedentemente sottoposte, in Italia come nella gran parte dei Paesi europei, ad un regime di prezzi amministrati, sono state liberalizzate. La liberalizzazione riguarda anche le condizioni generali di contratto, che non devono più essere approvate dai competenti organi di controllo dei singoli Paesi, ma possono essere liberamente determinate dalle compagnie di assicurazione.

Agli Stati membri, infatti, è fatto divieto di imporre l'obbligo di approvazione preventiva o di comunicazione sistematica delle condizioni generali e speciali di polizza, delle tariffe nonché dei formulari e altri stampati che l'impresa abbia intenzione di utilizzare nelle sue relazioni con i contraenti. Gli Stati membri possono esigere solo la comunicazione non sistematica di queste condizioni e degli altri documenti, senza che tale prescrizione possa costituire per l'impresa una condizione preliminare per l'esercizio dell'attività. Tuttavia, gli Stati membri possono mantenere o introdurre la notifica preventiva o l'approvazione delle maggiorazioni di tariffe proposte, ma solo in quanto elementi di un sistema generale di controllo dei prezzi (articoli 6, 29 e 39)²⁹. Peraltro, la direttiva prevede che per le assicurazioni obbligatorie gli Stati membri possano mantenere l'obbligo di comunicazione preventiva ed in via sistematica delle sole condizioni di contratto (articolo 30). Tale obbligo è stato mantenuto, data la notevole rilevanza sociale del settore delle assicurazioni obbligatorie, per consentire all'autorità di vigilanza competente l'individuazione delle condizioni di polizza contrarie alla legge prima che queste possano nuocere al consumatore; si tratta quindi di un mero controllo di legittimità che non investe la congruità economica delle tariffe.

29. Il governo italiano ha invocato tali articoli della Direttiva comunitaria per l'applicazione del "blocco" delle tariffe dell'assicurazione RCA, introdotto dal Decreto Legge 28 marzo 2000, n. 70, recante *disposizioni urgenti per il contenimento delle spinte inflazionistiche*, convertito con Legge 26 maggio 2000, n. 137.

Accanto alla liberalizzazione delle tariffe, la direttiva introduce due principi fondamentali per la creazione di un mercato europeo delle assicurazioni: il principio della licenza unica e quello del controllo del Paese d'origine.

In base al principio della licenza unica, in virtù del reciproco riconoscimento delle autorizzazioni rilasciate dagli Stati membri, è previsto che le imprese assicurative possano liberamente operare in ogni Stato membro, oltre le frontiere in cui hanno sede, sia in regime di libero stabilimento che in regime di libera prestazione dei servizi, mediante un'unica autorizzazione, rilasciata dallo Stato membro in cui le compagnie hanno sede (articolo 4). Speculare a tale principio è quello dell'*home country control*, per effetto del quale *“la vigilanza finanziaria su un'impresa di assicurazione, compresa quella sulle attività da questa esercitate tramite succursali o in regime di prestazione di servizi, rientra nella competenza esclusiva dello Stato membro d'origine”*. Il confronto tra i vari ordinamenti nazionali richiesto dall'attuazione di tale principio dovrebbe favorirne l'armonizzazione, con l'introduzione di forme di collaborazione tra i vari organi di controllo dei singoli Stati membri.

L'armonizzazione minimale prevista dalla direttiva riguarda sia le condizioni di accesso che quelle di esercizio dell'attività assicurativa. Per quanto concerne le norme sull'accesso all'attività assicurativa, la direttiva ha sostanzialmente confermato le condizioni previste dalla prima direttiva danni; in ordine alle condizioni di esercizio, le norme contenute nella direttiva prevedono principalmente le modalità e le forme del controllo mediante una continua verifica, da parte dell'Autorità di vigilanza del Paese d'origine, della stabilità e della sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione.

Tale controllo si esplica innanzitutto con la verifica da parte dello Stato membro d'origine dello stato di solvibilità, della costituzione di riserve tecniche sufficienti per l'insieme delle attività dell'impresa assicurativa, dell'esistenza di una efficiente organizzazione amministrativa e contabile e di adeguate procedure di controllo interno; a tal fine, la direttiva detta disposizioni molto puntuali in ordine all'ammontare ed alla costituzione rispettivamente delle riserve tecniche e del margine di solvibilità³⁰.

30. Lo Stato membro d'origine ha altresì il potere di revocare l'autorizzazione accordata, nel caso in cui il richiedente non ne faccia uso entro dodici mesi dal rilascio ovvero cessi l'attività per un periodo superiore a sei mesi, nel caso in cui non soddisfi più le condizioni di accesso ovvero violi “gravemente” gli obblighi che la normativa prescrive per le imprese di assicurazione. In tema di trasferimento di portafoglio di contratti sottoscritti in regime di libero stabilimento o di libera prestazione di servizi, lo Stato membro d'origine del cessionario deve attestare che *“questi dispone, tenuto conto del trasferimento, del margine di solvibilità necessario”*.

Il principio del controllo del Paese d'origine non esclude, peraltro, un residuale potere di controllo in capo alle competenti Autorità di vigilanza dello Stato in cui l'impresa esercita la propria attività; lo Stato membro in cui è localizzato il rischio può, difatti, eccezionalmente impedire la sottoscrizione di un contratto di assicurazione contrario “*alle disposizioni legali d'interesse generale in vigore nello Stato membro in cui è situato il rischio*”³¹; in generale, allo Stato membro ospite residua un potere di sorveglianza di carattere generale che lo legittima ad adottare tutte le misure ritenute necessarie per impedire o reprimere ogni condotta contraria a norme di diritto interno, ivi compreso il potere di sanzionare eventuali infrazioni compiute nel proprio territorio.

Anche per ciò che concerne l'aspetto fiscale, è prevista l'applicazione delle imposte indirette e degli oneri parafiscali che gravano sui premi di assicurazione nello Stato membro in cui il rischio è localizzato, fatta salva la possibilità di “*un'ulteriore armonizzazione*”.

In definitiva, il principio del mutuo riconoscimento e della licenza unica non deve costituire un mezzo per consentire all'impresa assicurativa di “*sottrarsi ai criteri più rigidi in vigore in un altro Stato membro sul cui territorio intende svolgere la maggior parte delle proprie attività*”³².

1.3 Impatto delle Direttive nei mercati assicurativi nazionali

Alla vigilia della liberalizzazione i mercati assicurativi nei vari Paesi comunitari erano sottoposti ad un diverso grado di regolamentazione, sia per quanto concerne la fissazione dei premi di polizza e delle altre condizioni contrattuali che in ordine alle modalità di verifica della solvibilità delle imprese. Mentre in alcuni Paesi era richiesta una preventiva approvazione dei premi e delle altre condizioni (Germania, Belgio, Portogallo, Italia), in altri Paesi vigeva una completa libertà nella definizione di polizze e premi (Regno Unito ed in parte Francia). La regolamentazione mirante alla verifica della solvibilità delle imprese incideva in modo differente nei vari mercati nazionali soprattutto in ragione del diverso grado di autonomia dell'attuario tenuto a certificare l'adeguatezza delle riserve (responsabilità professionale o prescrizioni previ-

31. Per quanto concerne la definizione di interesse generale e i limiti all'applicazione dell'articolo 28 si rimanda alla *Comunicazione interpretativa della Commissione - Libera prestazione dei servizi e interesse generale nel settore delle Assicurazioni, cit.*

32. Considerando n. 7 della Direttiva 95/26 sul controllo prudenziale degli enti finanziari.

ste dalla regolamentazione). Inoltre, in alcuni Paesi, tra cui l'Italia, erano posti vincoli alla politica degli investimenti effettuata dalle compagnie di assicurazione, mediante l'indicazione normativa delle tipologie di attività consentite con la previsione di livelli massimi per ciascuna categoria. Altrove, come nel Regno Unito, la regolamentazione era limitata alla determinazione di regole per la contabilizzazione degli *assets* nei bilanci.

La terza direttiva danni, vietando l'approvazione preventiva di prezzi e condizioni di polizza, ha esplicato un impatto maggiore sul quadro regolamentare di quei Paesi nei quali i vincoli all'attività di impresa erano più stringenti. La rimozione di tali vincoli avrebbe dovuto, pertanto, produrre effetti di grande rilievo sui mercati, quale quello italiano RCA, dove polizze e tariffe, fino ad allora, erano state rigidamente regolamentate. È evidente che, almeno nella fase iniziale di aggiustamento, la liberalizzazione nei vari Paesi avrebbe esplicato effetti diversi a seconda dei rispettivi punti di partenza (in termini di grado di regolazione, finalità prevalente della stessa – stabilità delle imprese o controllo dell'inflazione – ecc.).

Pertanto, a seguito del descritto processo di liberalizzazione, era lecito attendersi non solo una riduzione della segmentazione del mercato europeo, ma soprattutto un aumento del grado di concorrenzialità all'interno dei singoli mercati nazionali, per effetto dell'ingresso di nuovi *competitors*. Ciò risultava particolarmente vero per quei Paesi, come l'Italia, nei quali la regolamentazione era particolarmente pervasiva.

1.4 Precedenti esperienze di liberalizzazione tariffaria

Istituzioni e operatori del settore, in conformità alle previsioni dell'analisi economica, erano concordi nel ritenere che la *deregulation* avrebbe rappresentato uno *shock* positivo per l'industria assicurativa, inducendo un aumento nella competitività del settore, come peraltro si era verificato nel Regno Unito e in Francia, nel momento in cui tali Paesi, diversi anni prima dell'emanazione delle Terze Direttive, avevano liberalizzato prezzi e condizioni contrattuali³³.

33. Nel 1996 la Swiss Re ha svolto uno studio approfondito sull'argomento, (Sigma (1996)), i cui risultati principali sono richiamati nel corso del presente capitolo. In questo paragrafo si richiamano gli effetti strutturali indotti dalla deregulation tariffaria nei due Paesi; per quanto riguarda l'andamento dei prezzi di Regno Unito e Francia, si veda il paragrafo 6.2. Sugli effetti attesi dalle direttive di terza generazione nei mercati assicurativi nazionali si veda anche European Commission – The Single Market Review, Impact on services – Insurance (1998).

Il Regno Unito, che, per dimensioni, rappresenta il secondo mercato dell'assicurazione danni nell'area comunitaria, è il Paese con il grado di regolamentazione più basso. Già prima del 1994, la vigilanza era praticamente limitata al controllo dei margini di solvibilità, prevedendo inoltre regole sulla pubblicizzazione delle informazioni da parte delle imprese (*"Freedom with Publicity"*). I principi alla base del modello di regolamentazione britannico sono stati sostanzialmente recepiti dalle direttive comunitarie di terza generazione.

Nel Regno Unito, sin dal 1982, con l'*Insurance Companies Act*, le imprese possono fissare liberamente prezzi e condizioni di polizza.

La *deregulation* introdotta nel 1982 ha esplicato il principale effetto di una sostanziale diminuzione del grado di concentrazione nel settore assicurativo. Le imprese di maggiori dimensioni hanno perso quote di mercato a vantaggio di operatori specializzati in determinate aree geografiche, in prodotti o profili di rischio, nonostante il processo di consolidamento realizzato mediante molteplici operazioni di concentrazione orizzontale. Nel 1981, alla vigilia della *deregulation*, le prime 15 imprese attive nel settore assicurativo effettuavano complessivamente quasi l'80% della raccolta premi, nel 1987 non raggiungevano il 70%, mentre nel 1994 raccoglievano circa il 65% dei premi³⁴. Attualmente, seppure il mercato assicurativo britannico continua ad essere caratterizzato da una significativa frammentazione, si osserva un livello di concentrazione più elevato rispetto al passato, come conseguenza del processo di ristrutturazione che ha interessato l'industria assicurativa negli ultimi anni. In ogni caso, ciò che rileva in questa sede è il confronto tra la situazione del mercato britannico prima dello *shock* indotto dalla liberalizzazione del 1982, e quella negli anni immediatamente successivi.

Un ulteriore fenomeno caratteristico del mercato britannico è la presenza massiccia di imprese straniere³⁵; a seguito delle direttive di terza generazione, tale tendenza si è ulteriormente rafforzata e numerose imprese aventi la propria sede legale al di fuori dell'area comunitaria hanno deciso di stabilirsi nel Regno Unito, al fine di beneficiare delle possibilità offerte dalla liberalizzazione introdotta in tutti i Paesi UE.

34. Fonte: Sigma (1996).

35. Il Regno Unito è il Paese con la maggior presenza di operatori stranieri, i quali, già nella seconda metà degli anni '90, effettuavano in media circa un terzo dell'intera raccolta premi nel settore danni. Nel 1997, su 841 imprese esistenti, 160 erano filiali di imprese estere.

Inoltre, il grado di concorrenzialità del mercato risente favorevolmente delle modalità distributive dei prodotti assicurativi che caratterizzano il Regno Unito. Nel 1998, il 59% della raccolta premi nel settore dell'assicurazione auto era realizzato da intermediari indipendenti (*brokers* e rivenditori multi-marca), il 34% dalle compagnie di vendita diretta³⁶, il 6% da dipendenti delle imprese, e solo l'1% da agenti monomarca³⁷.

La liberalizzazione ha determinato, infine, una riduzione e una maggiore volatilità dei margini di profitto nel Regno Unito.

Anche in Francia le direttive di terza generazione non hanno avuto un forte impatto sulla competitività interna del mercato assicurativo nazionale, in quanto esso stesso è, di fatto, deregolamentato sin dalla metà degli anni '80. L'elevato grado di competizione su prezzi e prodotti ha determinato bassi margini di profitto, anche se questi risultano meno volatili rispetto a quelli presenti nel Regno Unito.

Un'ulteriore differenza rispetto al Regno Unito risiede nelle modalità distributive. Seppure in precedenza prevalevano distributori operanti in esclusiva, successivamente si sono affermati nuovi canali ed è diminuito il ruolo degli operatori tradizionali (agenti in esclusiva e collocamento diretto delle mutue). Nel 1999 i principali canali distributivi erano gli agenti monomandatari e le cosiddette "*mutuelles sans intermediaires*", imprese che collocano i propri prodotti direttamente, senza l'ausilio di intermediari. Ciascuno di tali canali colloca circa il 37% delle polizze auto; tali valori sono comunque sensibilmente inferiori a quelli esistenti in precedenza; ad esempio, le mutue hanno registrato una contrazione di oltre 10 punti percentuali nell'ultimo decennio. Contestualmente, è aumentata l'importanza dei *brokers* (più del 7%), e delle imprese attive nella vendita diretta mediante strumenti telematici o attraverso gli sportelli bancari (9%).

La prevalenza di metodi di vendita monomarca che caratterizzava il mercato assicurativo francese nella metà degli anni '80 (agenti in esclusiva e imprese che vendono attraverso i propri dipendenti) ha costituito un'indubbia barriera all'entrata in detto mercato, elemento che contribuiva a spiegare la ridotta presenza di imprese straniere in tale mercato negli anni immediatamente successivi alla *deregulation* del 1986.

36. Nel Regno Unito la principale compagnia telefonica è la Direct Line che, fondata nel 1985 dalla Royal Bank of Scotland, in meno di 10 anni è divenuta una delle maggiori compagnie di assicurazione nel settore auto disponendo di un portafoglio di più di 2 milioni di polizze.

37. Fonte: Informazioni fornite dalla FSA. I dati sono relativi alla raccolta premi delle sole imprese di assicurazione, esclusi quindi i Lloyd's.

In ogni caso, nel corso del tempo sono entrate numerose nuove imprese estere, acquisendo quote di mercato significative. Inoltre, il sistema distributivo si è evoluto: è aumentato il peso degli intermediari multimarca e delle nuove forme di vendita diretta, mentre è diminuito il ruolo del canale agenziale.

1.5 Gli effetti attesi dalla liberalizzazione

Come già osservato, anche in considerazione dell'evoluzione dei mercati già deregolamentati come Regno Unito e Francia, numerosi erano gli effetti attesi dalla liberalizzazione, soprattutto in quei mercati assicurativi, tra cui l'Italia, ove in precedenza vigeva un livello elevato di regolamentazione. Tali aspettative, oltre che dalla Commissione CE, erano espresse da studiosi del settore³⁸ e dagli operatori stessi³⁹. Di particolare interesse è uno studio condotto dalla Swiss Re, uno dei leader mondiali nel settore della riassicurazione, nel quale si analizzano i diversi effetti che era lecito attendersi nei mercati assicurativi⁴⁰. Queste erano, in definitiva, le attese circa l'evoluzione dell'industria assicurativa all'indomani della liberalizzazione:

26

Effetti strutturali

L'eliminazione di importanti barriere all'entrata, sia per le imprese nazionali che per quelle straniere poteva favorire l'ingresso di nuovi operatori, quali imprese specializzate in un dato ramo o settore, banche, imprese straniere, attive soprattutto mediante il canale di vendita diretta. In ogni caso, ci si attendeva una drastica redistribuzione delle quote di mercato. Invero, l'attesa diminuzione del livello dei

38. Come si legge in H. Drabble, *The Internal Market for Insurance: A Reality?* "The Third Directives provides the main tools for creating the Internal Market for Insurance. The Member States have followed the Commission proposal and thus opted for an essentially "normative" approach: systematic, prior control of policies and premiums have been abolished....This is probably the most fundamental effect of the Third Generation Directives...The second major innovation is of course the introduction of full home country control and the single licence... Taken together, this will increase competition both within existing markets and between markets of member States. There will be a greater diversity in product offered, posing a challenge also to those intermediating in insurance products: competition will be fiercer for them as well and clients will require sound advice and servicing over a wider range of products. The practical objective of the 3rd generation directives is to ensure the free flow of insurance products on the EU markets..." The Geneva papers on Risk and Insurance, aprile 1994, cit. in Sabbatini P. (2000)

39. Dalle risposte ad un questionario inviato a 400 imprese assicurative europee al momento della liberalizzazione emerge che queste consideravano rilevante l'impatto delle direttive sulla regolamentazione nazionale mentre ritenevano che gli effetti sul mercato unico sarebbero stati minori. Cfr. Weidenfeld G.(1996), cit. in Sabbatini P. (2000).

40. Cfr. Sigma (1996).

premi, unitamente alla presenza di vincoli alla crescita della domanda, doveva determinare una scarsa crescita della raccolta premi complessiva del mercato e l'uscita dallo stesso delle imprese meno efficienti. Ristrutturazioni, fusioni e fallimenti per stato di insolvenza si potevano produrre soprattutto nei mercati molto frammentati rispetto alla loro dimensione complessiva, come nel caso dell'Italia⁴¹.

L'introduzione del principio dell'*home country control* poteva favorire l'ingresso di operatori stranieri nei diversi mercati nazionali, specie di quelli operanti in regime di libertà di stabilimento⁴². Ciò valeva in particolare per quei Paesi ove la distribuzione di prodotti assicurativi era svolta da brokers o da agenti plurimandatari⁴³.

La liberalizzazione delle tariffe e delle condizioni di contratto poteva indurre una iniziale diminuzione della trasparenza del mercato⁴⁴. Tuttavia, si doveva trattare di un effetto di breve periodo, in quanto, nel medio periodo, la concorrenza avrebbe condotto alla nascita di operatori - associazioni di consumatori, agenzie di rating⁴⁵, brokers e stampa specializzata - che aumentano il grado di trasparenza per i consumatori, correggendo tale disfunzione.

Effetti comportamentali

Sotto il profilo comportamentale, ci si attendeva un aumento della concorrenza svolta su variabili quali prezzo, tipologia e qualità dei prodotti offerti, condizioni di contratto, metodi di vendita innovativi, stabilità finanziaria dell'impresa⁴⁶. In questo senso, l'abolizione di una vigilanza di tipo sostanziale costituisce una condizione necessaria per attuare una più accentuata selezione del rischio, fissando, in pratica, premi commisurati il più possibile al rischio effettivo di ciascun assicurato.

41. In generale, poiché la dimensione non è, da sola, sufficiente a garantire il successo di un'impresa, non necessariamente nei vari mercati si sarebbe dovuto assistere ad un aumento nel grado di concentrazione dell'offerta.

42. A causa della natura tipicamente "locale" dell'industria assicurativa RCA, non ci si attendeva un analogo aumento del numero di imprese attive in regime di libera prestazione di servizi.

43. Nei Paesi in cui la distribuzione avviene tramite canali vincolati da regimi di esclusiva, l'ingresso di nuove imprese avviene prevalentemente attraverso l'acquisto di imprese nazionali già attive nel mercato.

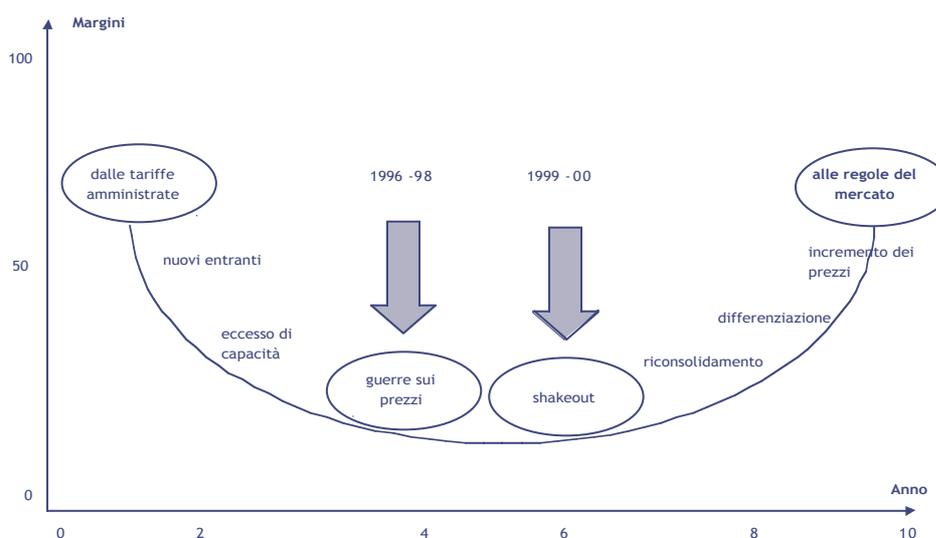
44. Ciò avrebbe potuto determinare un aumento temporaneo dei margini di profitto.

45. Un contributo in questo senso proviene, di regola, dalle agenzie di rating; riguardo al ruolo delle agenzie di rating come strumento per confrontare le diverse offerte, deve osservarsi che nel settore assicurativo le caratteristiche finanziarie di un'impresa sono spesso sinonimo di qualità del prodotto.

46. In precedenza, in presenza di mercati regolamentati, l'unica strategia possibile di massimizzazione del profitto era costituita dalla raccolta dell'ammontare più elevato possibile di premi, a condizione che l'impresa fosse in grado di conseguire un profitto marginale positivo per ogni polizza sottoscritta. Ciò era reso possibile dall'esistenza di elevati tassi di interesse.

La maggiore concorrenza tra imprese doveva favorire il venir meno di quelle forme di cooperazione tra imprese, tipiche dei mercati regolamentati. Fino alla liberalizzazione, le imprese giustificavano un intenso scambio di informazioni e la reciproca collaborazione, realizzata spesso tramite le associazioni di categoria, con la necessità di disporre di statistiche di mercato ai fini della determinazione della tariffa amministrata. Con l'avvento della deregolamentazione, siffatto scambio di informazioni non sarebbe stato più necessario, almeno per le imprese di maggiori dimensioni, in quanto la concorrenza sui prezzi e sui prodotti per appropriarsi di parte delle quote di mercato degli altri operatori avrebbe ridotto gli incentivi a collaborare.

Riquadro 1 - Effetti attesi sui margini di profitto



Fonte: McKinsey, Schroeders - citati da Lloyd Adriatico (1999).

La maggiore concorrenza doveva indurre, altresì, una diminuzione dei margini di profitto e una maggiore volatilità nei rendimenti. In questo quadro, assume un diverso rilievo l'attività di *asset management* delle imprese. La globalizzazione del mercato dei capitali e l'importanza crescente delle agenzie di *rating* richiedono, di regola, una elevata attenzione alla produttività del capitale da parte delle imprese.

Effetti sulla performance

La deregolamentazione delle tariffe, la competizione tra imprese al fine di attrarre gli assicurati con i migliori profili di rischio, lo sviluppo di metodi distributivi alternativi a quelli tradizionali e l'incremento della concorrenza dovuto all'ingresso di nuovi operatori, soprattutto stranieri, doveva generare una pressione al ribasso sul livello dei prezzi dei prodotti assicurativi. Tale pressione sarebbe stata più evidente nei mercati che erano più regolamentati, nonché in quelli in cui il *turn-over* aveva segno positivo (nel senso che il numero di nuovi operatori eccedeva il numero di imprese che, non essendo più competitive, uscivano dal mercato). Come già sottolineato, dove la regolamentazione imponeva tariffe non particolarmente remunerative per le imprese, è plausibile che i descritti effetti si sarebbero esplicitati pienamente solo dopo un periodo iniziale di aggiustamento.

Nel periodo di transizione, la diminuzione dei prezzi per i profili a basso rischio sarebbe stata solo parzialmente compensata dall'aumento dei prezzi per i profili ad alto rischio. Ciò avrebbe indotto una diminuzione dei margini di profitto ed un aumento della volatilità dei risultati tecnici; tali circostanze potevano provocare situazioni di insolvenza delle imprese.

Le conseguenze derivanti dall'attesa riduzione dei margini di profitto sono efficacemente sintetizzate in uno studio di fonte McKinsey-Schroeders (cfr. riquadro 1), da cui si evince che l'ingresso di nuovi operatori indotto dalla *deregulation* avrebbe prodotto in pochi anni un eccesso di capacità cui sarebbe seguita una guerra dei prezzi, soprattutto nel biennio 1996-98, mentre solo a partire dal 2000 si sarebbe dovuto assistere ad un'opera di riconsolidamento e ad un incremento dei prezzi, per ridurre la compressione dei margini di profitto⁴⁷.

Sempre in merito agli effetti attesi, si sottolinea che nella misura in cui fosse aumentata la selezione del rischio, sarebbe divenuto più difficile ottenere una copertura assicurativa a prezzi ragionevoli per i cosiddetti "rischi tarati", vale a dire per quei soggetti caratterizzati da un grado di rischiosità particolarmente elevato. A riguardo si può osservare come studiosi e operatori del settore ritenevano, all'indomani della liberalizzazione, che un'applicazione troppo rigorosa del principio per il quale ogni assicurato paga un premio commisurato alla sua rischiosità effettiva, avrebbe potuto generare "*tendencies towards re-regulation*", nel tentativo di reinserire un maggior grado di mutualità nel sistema.

47. Cfr. Atti del Convegno Il Sole 24 Ore - Tillinghast Towers Perrin (1999).

La deregolamentazione e l'apertura dei mercati nel complesso dovevano indurre le imprese ad essere maggiormente competitive, tagliando i costi e razionalizzando la produzione; tale riduzione dei costi doveva determinare un miglioramento nell'efficienza complessiva dell'industria assicurativa. Nel lungo periodo, il consumatore avrebbe tratto beneficio non solo da una diminuzione nei prezzi dei prodotti assicurativi, ma anche da un aumento nella gamma e nella qualità degli stessi.

1.6 Conclusioni

L'uniformità di prezzi e condizioni contrattuali imposta dalla regolamentazione nel mercato RCA, caratterizzato da una domanda rigida in virtù dell'obbligatorietà della copertura, aveva impedito, in Italia, l'esplicitarsi di qualunque dinamica concorrenziale, sia sui prezzi che su altre variabili. La liberalizzazione tariffaria del luglio 1994 ha rappresentato, quindi, uno *shock* di notevole impatto.

Dall'esperienza dei Paesi che nel 1994 avevano già affrontato tale liberalizzazione, dall'analisi di tipo teorico e dall'esame degli orientamenti espressi sia dalla Commissione CE che dagli stessi operatori dell'industria, si trae la convinzione che la liberalizzazione avrebbe dovuto produrre un significativo aumento del grado di concorrenzialità nel mercato RCA. Siffatta competizione doveva manifestarsi non solo come pressione sul livello dei prezzi, ma anche su variabili quali tipologia e qualità dei prodotti offerti, creazione di nuovi canali distributivi, affermazione di operatori in grado di agevolare il confronto tra le offerte delle diverse imprese, e in generale come tendenza al contenimento dei costi. In tale contesto, dovevano venire meno gli elementi potenzialmente idonei all'affermarsi di comportamenti collusivi⁴⁸.

Il più importante effetto atteso dalla liberalizzazione dei premi e delle condizioni di contratto era, certamente, la diminuzione del livello medio delle tariffe, con una conseguente pressione sui margini di profitto delle imprese. In un Paese come l'Italia, nel quale, secondo l'opinione corrente delle imprese di assicura-

48. Nel citato studio della Swiss Re si sottolinea come le modifiche nel comportamento degli operatori innescate dalla liberalizzazione dovevano essere particolarmente evidenti proprio nei Paesi maggiormente regolamentati: *"The structural changes resulting from deregulation will cause fundamental changes in market behavior within the insurance industry: the strategy of maximizing turnover is no longer a recipe for success. In future, companies will compete over prices, products, underwriting criteria, innovative sales methods and financial standing. Especially in markets like Germany and Italy, where price regulation has so far been in force, the current tendency for companies to cooperate via cartel-like agreements will be replaced by more rivalry and competition. Insurance companies will structure their prices and products in an attempt to grab market shares from other suppliers"*.

zione, i margini di profitto nel ramo RCA erano stati schiacciati dal regolatore, la riduzione dei prezzi avrebbe potuto realizzarsi in un secondo momento, successivamente ad un iniziale recupero di redditività.

L'innescarsi di tali dinamiche competitive doveva determinare numerosi effetti benefici per i consumatori in termini di prezzo e qualità del servizio assicurativo RCA.

Dopo nove anni dall'avvio della *deregulation* è possibile valutare i suoi concreti effetti sul mercato italiano della RCA, essendo trascorso un periodo di tempo ragionevolmente lungo da permettere al mercato di assorbire le iniziali frizioni e consentire alle imprese di adeguarsi al mutato contesto in cui operano.

Il mercato

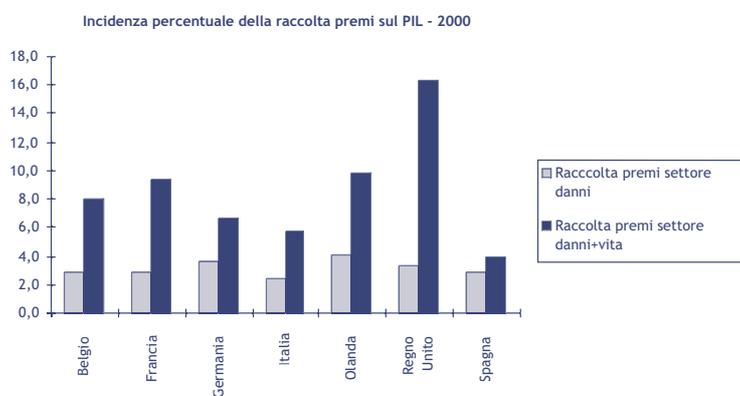
32

2. La produzione

2.1 Le dimensioni del mercato assicurativo nei principali Paesi comunitari

Nel 2001 l'industria assicurativa ha rappresentato il 6,3% del PIL in Italia (settore danni + vita); pur trattandosi di un settore fondamentale per l'economia italiana, il mercato assicurativo continua ad essere uno dei meno sviluppati dell'area UE (v. grafico 2.1).

Grafico 2.1 - Il peso del settore assicurativo nei principali Paesi UE

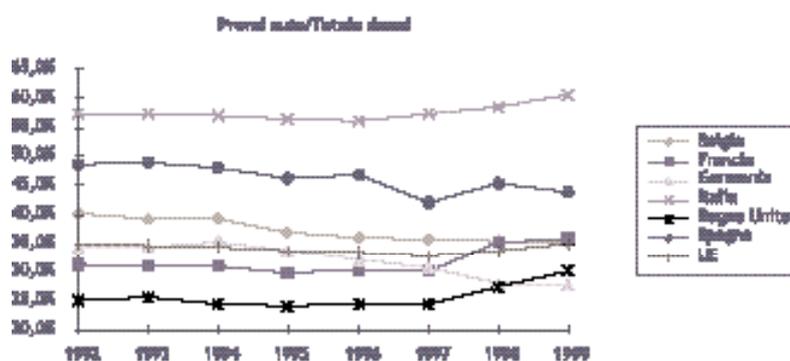


Fonte: elaborazione su dati Ania 2002

Sia nel settore vita che in quello danni, nel nostro Paese, il rapporto premi/PIL è inferiore a quello realizzato dai principali partner europei; con l'eccezione della Spagna, particolarmente evidente è il *gap* rispetto ai mercati più sviluppati quali Regno Unito, Olanda e Francia. Tale divario è ancor più marcato rispetto agli Stati Uniti ed al Giappone, che nel 1997 hanno raccolto premi diretti rispettivamente pari al 39,5% ed al 18,7% dell'intera raccolta mondiale (nello stesso periodo tale valore per l'intera UE è stato del 35,8%)⁴⁹.

Lo scarso sviluppo dell'industria assicurativa italiana, soprattutto con riferimento all'assicurazione danni, emerge con particolare rilievo laddove si consideri che tale settore si caratterizza per la netta prevalenza dell'assicurazione auto, come emerge dal grafico 2.2⁵⁰.

Grafico 2.2 - Il peso dell'assicurazione auto nel settore danni (1992-99)



Fonte: elaborazione su dati CEA 2001

Peraltro, si deve rilevare che l'Italia è il secondo Paese europeo, dopo la Grecia, per incidenza della RCA obbligatoria sul totale delle coperture auto (83,5% contro la media europea del 60,9%. Fonte: CEA 2001).

49. Fonte: Eurostat (1999).

50. Lo scarso sviluppo del settore assicurativo danni è riconducibile, dal lato della domanda, ad una serie di cause, quali la presenza di forti coperture pubbliche del welfare, che limita lo sviluppo dell'assicurazione privata infortuni e malattia; la struttura industriale composta in prevalenza da piccole imprese, circostanza che è alla base della scarsa domanda di prodotti assicurativi di tipo *corporate*; una scarsa cultura di protezione assicurativa individuale dei propri beni, che determina una bassa domanda di prodotti assicurativi incendio, furto, ecc.. Dal lato dell'offerta, si osserva una scarsa attenzione da parte delle compagnie a progettare e pubblicizzare coperture idonee a soddisfare i bisogni assicurativi delle diverse componenti della domanda.

Il maggiore tasso di crescita in termini reali dell'assicurazione auto registrato in Italia rispetto alla media UE (v. tabella 2.1) è da attribuire quasi esclusivamente alla crescita della raccolta premi nel ramo RCA dovuta alla sostenuta dinamica dei prezzi, piuttosto che ad un aumento della domanda di copertura assicurativa ovvero ad un incremento nelle dimensioni del parco auto circolante⁵¹. La tabella 2.1 mostra infatti che, solo in Italia, il tasso di crescita medio annuo dei premi, in termini reali, supera ampiamente il tasso di crescita del parco auto circolante.

Tabella 2.1 - Premi raccolti nel settore dell'assicurazione auto, nei principali Paesi UE (termini reali, valuta locale in milioni)

	1992	1995	1998	1999	Variazione media annua premi	Variazione annua parco circolante*
Belgio	102.523	96.098	92.282	93.830	- 1,3%	2,2%
Francia	77.665	89.496	87.819	88.575	1,9%	1,5%
Germania	38.407	44.378	37.565	37.016	- 0,5%	1,1%
Italia	21.361.096	22.280.957	25.600.698	27.922.527	3,9%	1,7%
Regno Unito	7.891	7.859	7.668	8.192	0,5%	2,0%
Spagna	949.237	989.859	821.307	996.091	0,7%	3,5%
UE	73.009	79.177	76.454	80.277	1,4%	3,4%

* Per la Germania periodo 1995-99, per la Spagna periodo 1992-98
Fonte: elaborazioni su dati CEA 2001.

2.2 Il settore dell'assicurazione auto in Italia

Il settore dell'assicurazione auto rappresenta, come ricordato, uno dei segmenti principali dell'intero comparto assicurativo. I rami RCA e CVT che lo compongono occupano rispettivamente il primo ed il secondo posto per raccolta premi nel settore danni e rappresentano più di un quinto dell'intera raccolta premi realizzata nel settore assicurativo (v. tabella 2.2).

Tabella 2.2 – L'assicurazione auto e danni in Italia 2001

	RCA	CVT	Altri danni
Peso sul totale ramo danni	51,3%	9,4%	39,3%
Peso sul totale (danni+vita)	20,1%	3,7%	15,4%
Premi contabilizzati *(mio)	15.342	2.810	11.768

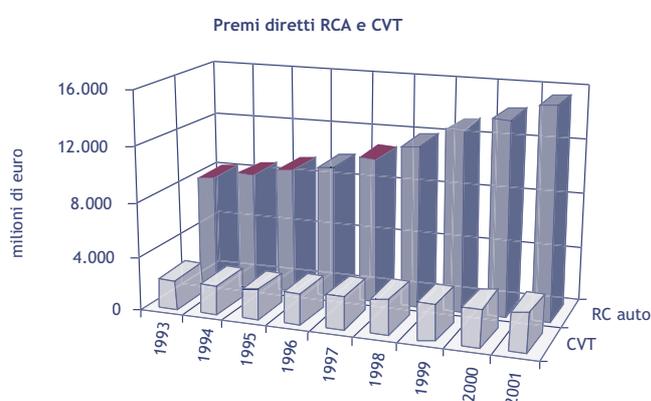
(*) Gennaio-ottobre 2000
Fonte: elaborazioni su dati Ania 2002.

51. Sulla dinamica dei premi si veda il capitolo 6.

Nel 2001 i premi contabilizzati raccolti dalle imprese operanti nel ramo RCA sono stati pari a 15.342 milioni di , il peso del ramo è stato pari al 51,3% dei soli rami danni; mentre il ramo Corpi di Veicoli Terrestri, con un ammontare di premi complessivi pari a 2.810 milioni di , rappresenta il 9,4% dei rami danni. Complessivamente i due rami costituiscono oltre il 60% della raccolta premi nel settore danni e circa il 24% dell'intero settore assicurativo (comprensivo anche dei rami vita).

In entrambi i rami si evidenzia una tendenza alla crescita nella raccolta premi diretti, con un tasso di incremento più elevato per la RCA (v. grafico 2.3).

Grafico 2.3 - Raccolta premi nel settore auto



Fonte: elaborazione su dati Ania 1998-2002

Nel periodo 1993-2001 si è osservata una crescita media in termini nominali dell'8,2% per l'assicurazione obbligatoria rispetto al 3,2% osservato nel ramo Corpi di Veicoli Terrestri (in media 7,3% annuo). Tale crescita risulta superiore a quella registrata negli altri rami danni, il cui tasso di incremento medio nel periodo è stato pari al 5,3%. Nell'ultimo anno il settore auto è cresciuto del 7,4%, per effetto di una crescita del 7,9% del ramo RCA e del 4,9% del ramo CVT (v. tabella 2.3).

Tabella 2.3 - Raccolta premi nel settore danni 1993-2001 (variazioni % annue)

	CVT	RCA	Auto	Altri danni
1994	-2,6	6,1	4,2	5,5
1995	2,2	7,5	6,5	9,1
1996	5,2	4,9	4,9	5,5
1997	7,1	9,0	8,6	4,3
1998	4,6	10,8	9,7	7,9
1999	1,9	12,1	10,3	-2,2
2000	2,5	7,3	6,5	5,7
2001	4,9	7,9	7,4	7,2
1993-2001	28,6	87,5	75,1	51,5

Fonte: elaborazioni su dati Ania

Il ramo non obbligatorio del settore auto, come si evince dalla tabella ha un andamento meno dinamico rispetto a quello mostrato dalla RCA. Peraltro, si osserva che nel periodo esaminato, anche se nel ramo CVT il livello della raccolta premi in termini nominali è aumentato, passando da circa 2.200 milioni a poco più di 2.800 milioni di , il peso del ramo sul settore danni è diminuito (dal 12% a poco più del 9% nel periodo considerato).

2.3 La struttura del mercato dell'assicurazione RCA

In Italia, l'offerta nel ramo RCA è rappresentata da imprese generalmente operanti in tutti i rami danni. Tranne rare eccezioni, tra cui vanno incluse le compagnie di vendita diretta e una società controllata dall'ACI, che rappresentano complessivamente una quota di mercato poco elevata, non vi sono imprese specializzate nell'assicurazione auto.

Nel ramo RCA opera un numero piuttosto elevato di imprese, generalmente di piccole-medie dimensioni, accanto ad alcuni operatori di grandi dimensioni, appartenenti ai principali gruppi assicurativi europei.

La struttura dell'offerta presenta un grado di concentrazione significativo: nel 2001, i primi 10, come si evince dalla tabella seguente, detenevano congiuntamente una quota di mercato superiore all'85%.

Tabella 2.4 – I principali gruppi nel ramo RCA (2001)

	Numero imprese	Quota di mercato
Fondiaria-Sai*	10	22,24
RAS	8	16,11
Generali	8	12,31
Toro	5	7,61
Unipol	4	7,22
Reale	5	4,47
Winterthur	1	4,27
AXA	2	3,92
Cattolica	5	3,68
Sara	1	3,27
Totale gruppi	49	85,10
Altre imprese	28	14,90
Totale mercato	77	100,00

* Fusione avvenuta nel 2002
Fonte: Elaborazione su dati Isvap e Ania.

La circostanza che il numero di gruppi operanti nel ramo RCA sia sensibilmente inferiore al numero di imprese non appare riconducibile ad un'esigenza di specializzazione, in quanto, come già evidenziato, si tratta spesso di imprese generaliste e non di imprese orientate ad offrire una specifica tipologia di prodotto o servizio⁵².

2.4 L'evoluzione del mercato RCA nel periodo 1994-2002

Per verificare l'impatto della liberalizzazione sul ramo RCA sono stati esaminati i flussi di entrata e di uscita dal mercato (turn-over) nel periodo compreso tra il 31 dicembre 1993, ultimo anno prima dell'entrata in vigore della terza direttiva danni, e l'inizio del 2002.

È stato inoltre costruito un panel di imprese comprendente tutte le compagnie presenti con continuità nel mercato RCA nel periodo in esame, al fine di stimare l'evoluzione delle quote di mercato depurata dalle variazioni dovute a fenomeni di crescita esterna.

Il turn-over delle imprese

Di seguito si presenta l'analisi condotta in relazione al turn-over delle imprese.

La tabella 2.5 riporta l'evoluzione nel numero complessivo di imprese italiane e estere attive in Italia nel mercato RCA nel periodo compreso tra il 31 dicembre 1993 e il 3 aprile 2002.

Tabella 2.5 – Numero imprese attive nel ramo RCA

	Italiane	Rappresentanze estere
31 dicembre 1993	106	16*
3 aprile 2002	78	2 extra-UE

* Di cui solo RC natanti.
Fonte: Isvap.

52. La maggior parte dei grandi gruppi assicurativi operanti in Italia possiede almeno 5 imprese attive anche nel settore dell'assicurazione auto, di cui non più di 1 si presenta come impresa specializzata: in genere si tratta di una compagnia di vendita diretta.

Al 31 dicembre 1993 vi erano 106 imprese con sede legale in Italia esercenti attività assicurativa nel ramo RCA. Vi erano inoltre 16 rappresentanze di imprese estere, di cui 2 attive limitatamente ai natanti⁵³.

Al 3 aprile 2002 risultavano esercenti l'assicurazione RCA 78 imprese con sede legale in Italia più 2 rappresentanze di imprese extra-UE⁵⁴.

a) *Le imprese estere*

La terza direttiva danni, come già evidenziato, con l'introduzione del principio dell'*home country control*, avrebbe dovuto facilitare l'ingresso di operatori comunitari nei mercati nazionali dei Paesi UE.

Per quanto concerne le imprese comunitarie che si sono avvalse della possibilità di operare in libertà di stabilimento, si evidenzia che nell'anno successivo all'entrata in vigore della terza direttiva danni vi erano complessivamente 8 rappresentanze in Italia di imprese con sede legale in uno Stato UE, autorizzate ad operare nel ramo RCA. In realtà, 5 su 8 imprese operavano già in Italia, attraverso proprie rappresentanze, prima della liberalizzazione⁵⁵.

Al 3 aprile 2002, risultavano autorizzate ad operare nel ramo RCA 11 rappresentanze di imprese con sede legale in uno Stato UE⁵⁶. Di queste, 2 già avevano una rappresentanza in Italia prima della liberalizzazione, 3 avevano già richiesto autorizzazione ad operare in libertà di stabilimento al 31 dicembre 1995, mentre 6 hanno iniziato ad operare nel periodo compreso tra il 1995 e aprile 2002.

53. Si tratta delle seguenti imprese: Abeille Assurances, AIG Europe, Alpina, Cigna Insurance, Gan Incendie Accidents, Gen.Accid.Fire&Life, Helvetia, Magderburger Vers., Municipal General, Norwich Union, Rhone Mediterranee, Schweiz Assicurazione, Sun Alliance, Zurigo, oltre a Lloyd's of London e Sumitomo, limitatamente ai natanti.

54. Si tratta di Helvetia Assicurazioni e Zurigo Assicurazioni, entrambe con sede legale in Svizzera.

55. Si tratta di General Accident Fire & Life Assurance Corp. P.L.C., Abeille Assurances, Aig Europe, Gan Incendie Accidents, Cigna Insurance Company of Europe S.A – N.V, Royal International Insurance Holdings Limited, Sun Insurance Office Ltd, National Vulcan Engineering Insurance Group Ltd. (operante nel ramo RCA limitatamente alla RC del vettore). Le prime 5 tra le imprese elencate erano già presenti in Italia attraverso proprie rappresentanze. Con Provv. Isvap 15 gennaio 1997 Abeille Assurances ha trasferito il proprio portafoglio ad Abeille Italia Spa.

56. Si tratta di: National Vulcan Engineering Insurance Group Ltd., Royal International Insurance Holdings Ltd., Royal & SunAlliance Assicurazioni, The Sea Insurance Company Ltd, Aig Europe, Axa Corporate Solution Assurance, Gerling-Konzern Allgemeine Versicherungs – AG, R+V Allgemeine Versicherung A.G., Ace Insurance S.A.-N.V., Inter Partner Assistance, Nazionale Nederlanden Internazionale Schadeverzekering N.V. Di queste, 4 limitatamente alla responsabilità del vettore.

La tabella 2.6 riporta le entrate ed uscite di imprese estere nel mercato italiano RCA.

Tabella 2.6 – Il turn-over delle imprese estere

	Numero imprese
Entrate	
<i>Libertà di stabilimento</i>	
<i>dicembre 1994</i>	
Totale	8
- appartenenti a gruppo già attivo	5
<i>aprile 2002</i>	
Totale	11*
- appartenenti a gruppo già attivo	2
Totale nuovi entranti	9
<i>Libera prestazione di servizi</i>	
<i>dicembre 1994</i>	
Totale	9
- appartenenti a gruppo italiano	6
<i>aprile 2002</i>	
Totale	53
- per assicurazioni diverse da RCA obbligatoria	28
- appartenenti allo stesso gruppo	10
- appartenenti a gruppo italiano	4
- appartenenti a gruppo già attivo	2
Totale nuovi entranti	9
Rappresentanze estere uscite	
Totale	7
- contestualmente alla liberalizz.	5
- portafoglio trasferito ad impresa italiana del gruppo	2

* Di cui solo 4 RC vettore.
Fonte: Elaborazione su dati Isvap.

Nel complesso, dopo oltre otto anni dalla deregulation, solo 9 imprese si sono avvalse della possibilità di operare nel nostro Paese in libertà di stabilimento nel ramo RCA e 4 di queste solo limitatamente alla RC del vettore⁵⁷. Ad eccezione di Royal International Insurance Holding Ltd - il cui portafoglio è stato recentemente acquisito dall'impresa Direct Line - attiva nel collocamento a distanza di polizze RCA con una raccolta premi inferiore all'1%, tutte le altre imprese indicate detengono quote di mercato del tutto

57. La RC del vettore copre i danni derivanti da perdite o avaria delle merci trasportate da un'impresa di trasporti.

trascurabili, realizzate sostanzialmente nei confronti di una clientela business, a cui è plausibile che venga offerto un pacchetto di servizi assicurativi, inclusa quindi la copertura RCA.

Riguardo alle imprese che hanno ottenuto l'autorizzazione ad operare in regime di libera prestazione di servizi nel ramo RCA vale sottolineare, in via preliminare, che il business RCA presenta caratteristiche tali per cui è necessaria una presenza stabile sul territorio (ad esempio, è importante la disponibilità di una rete sul territorio per la liquidazione dei sinistri). Di tali peculiarità tiene conto espressamente il D.Lgs. 17 marzo 1995, di recepimento della Terza Direttiva danni, il quale richiede, per l'esercizio dell'attività assicurativa in libera prestazione dei servizi nel ramo RCA, oltre alla nomina di un rappresentante fiscale, necessaria per tutti i rami (art. 89), anche la nomina di un rappresentante incaricato della gestione dei sinistri e della liquidazione dei relativi indennizzi in Italia (art. 90).

La descritta natura dell'industria RCA contribuisce a spiegare la ragione per cui le imprese straniere non si sono avvalse in modo significativo della possibilità di operare in libertà di prestazione di servizi: subito dopo la liberalizzazione (al 31 dicembre 1994), solo 9 imprese avevano richiesto l'autorizzazione ad operare con tale modalità anche nel ramo RCA⁵⁸. Vale peraltro notare che 6 di queste richieste provenivano dalle rappresentanze del gruppo Assicurazioni Generali attive in alcuni Paesi comunitari; in tali casi, non è quindi corretto parlare di ingresso di nuovi operatori, trattandosi di soggetti controllati dal principale gruppo assicurativo italiano.

Nell'aprile 2002, il numero di imprese stabilite in uno stato UE o in un Paese dello Spazio Economico Europeo non aderente all'UE, ammesse ad accedere in Italia all'esercizio delle assicurazioni danni in regime di libertà di prestazione di servizi anche nel ramo RCA, era pari a 53⁵⁹: di queste, 24 autorizzazioni sono state concesse limitatamente alla RC del vettore, e 4 per il ramo RCA ad eccezione della responsabilità civile obbligatoria. Delle rimanenti 25 imprese, 4 sono rappresentanze del gruppo Generali di cui si è detto sopra, 10 sono rappresentanze del gruppo assicurativo belga Ace Insurance in diversi Paesi europei. Le rimanenti 11 imprese in due casi appartengono a operatori da tempo attivi in Italia, soprattutto nei confronti di una clientela business⁶⁰ e con una quota di mercato comunque marginale nel ramo RCA.

58. Su 210 imprese che avevano chiesto l'autorizzazione ad operare nel settore danni.

59. Su un totale di 471 imprese nel settore danni. A riguardo vale rilevare che è prassi comune chiedere l'autorizzazione ad operare in tutti i rami del comparto danni, anche se si intende svolgere la propria attività solo in alcuni di essi.

60. Si tratta di Lloyd's e Aig Europe (Ireland) Ltd.

Nel complesso, sono 9 le imprese che, dal 1994 ad oggi, hanno ottenuto l'autorizzazione ad operare in libera prestazione di servizi per l'intero business RCA e che non appartengono ad operatori esteri già presenti nel mercato italiano⁶¹, a cui va aggiunto il gruppo Ace Insurance. Molte di queste ancora non hanno iniziato la propria attività. In ogni caso la raccolta premi realizzata dalle imprese attive in Italia in libera prestazione di servizi è trascurabile e generalmente proviene dalla copertura RCA di flotte auto aziendali.

Con riferimento alle 7 imprese estere che risultavano operare nel mercato RCA al 31 dicembre 1993 e non erano più presenti nell'aprile 2002, 5 di queste sono uscite dal mercato italiano contestualmente alla liberalizzazione⁶², altre 2 hanno trasferito il proprio portafoglio all'omonima impresa avente sede legale in Italia⁶³. Tali imprese realizzavano una raccolta premi trascurabile, in genere non superiore allo 0,01-0,02% del mercato⁶⁴.

b) Le imprese italiane

Resta da esaminare il turn-over delle imprese RCA con sede legale in Italia: come già evidenziato, dal 31 dicembre 1993 all'aprile del 2002 il numero di tali imprese è passato da 106 a 78. Tale riduzione nel numero di imprese dipende dalla diversa entità dei flussi di entrata e di uscita dal mercato. Come emerge dalla tabella 2.7, nel periodo esaminato hanno iniziato ad operare con sede legale in Italia 13 imprese⁶⁵, mentre sono uscite 41 imprese.

61. Si tratta di Landmarks Ins. Co. Ltd, Usaa Limited, Arisa Assurances S.A., Euro Insurances Limited, oltre a CGU Insurance Plc, General Star International Indemnity Limited, Kyoei Fire & Marine Ins. Co. Ltd, Eurosure Insurance Ltd, Storebrand Skadeforsikring A.S., le quali al 4 aprile 2002 non avevano ancora comunicato all'Isvap la nomina del rappresentante fiscale e non potevano quindi ancora iniziare l'attività in Italia, pur in possesso di autorizzazione.

62. Si tratta di Alpina, Magdeburger Vers., Municipal General, Rhone Mediterranee, Schweiz assicurazione.

63. Si tratta di Gan Incendie Accidents (trasferimento portafoglio alla Gan Italia, 6 gennaio 1997) e di Norwich Union (trasferimento portafoglio con provv. Isvap 23 ottobre 1995, alla Norwich Union Spa).

64. L'Isvap, con nota del 25 marzo 2003, ha precisato che "nel periodo 1994-2003 sono state autorizzate o ammesse ad operare nel settore della RCA in Italia 40 imprese estere, di cui 3 imprese italiane sotto controllo estero, 3 rappresentanze, 34 in regime di LPS; nello stesso periodo hanno cessato di operare nel settore della RCA 22 imprese italiane sotto controllo estero, 10 rappresentanze, 17 in regime di LPS [...]. In particolare nel 2003 risultano effettivamente operare in regime di LPS 8 imprese.

65. Il dato riguarda imprese che hanno iniziato ad operare nel ramo RCA dopo la *deregulation* e nell'aprile del 2002 risultavano ancora attive. Vi sono, inoltre, rari casi di imprese entrate nel mercato RCA successivamente al 1994 e poi uscite: si tratta, in particolare, di Allstate Diretto, autorizzata ad esercitare attività nel ramo danni con provv. Isvap n. 1364 del 2 dicembre 1999 e successivamente uscita dal mercato, di Norwich Union Spa, entrata nel mercato RCA dopo aver acquisito il portafoglio di Norwich Union e cessata a seguito di fusione con provv. Isvap n. 1763 del 21 dicembre 2000 (in quest'ultimo caso, in realtà, non si può parlare propriamente di ingresso di un nuovo operatore). Inoltre, il portafoglio di contratti della rappresentanza italiana di Royal International Insurance Holding Ltd è stato acquisito dalla compagnia di recente costituzione Direct Line Spa, mentre Crowe, sindacato dei Lloyds di Londra, è entrato nel 1998 e dopo un paio di anni ha sospeso la raccolta premi in Italia.

Tabella 2.7 – Il turn-over delle imprese italiane

	Numero di mercato	Quote di mercato
Entrate al 2002		
Totale	13	1,7% (2002)
-appartenenti a gruppi già attivi	8	
Totale nuovi entranti	5	
Uscite dal 1994		
Totale	41	24,0% (1994)
-in liquidazione coatta	9	< 1,5%
-trasferimento portafoglio	6	< 5%
-oggetto di fusione ²²	< 17%	
-altro	2	< 1%

Fonte: elaborazione su dati Isvap.

Con riferimento ai flussi di entrata, le nuove imprese nella quasi totalità dei casi appartengono a gruppi assicurativi già presenti nel ramo RCA, i quali spesso hanno costituito nuove società al fine di collocare le polizze auto con modalità diverse rispetto a quella tradizionale, rappresentata dal canale agenziale: tra queste, un primo gruppo, specializzate nella vendita mediante telefono o via Internet, ha fatto il suo ingresso a partire dal 1996⁶⁶; un secondo gruppo è rappresentato da imprese comuni costituite ad hoc per il collocamento di polizze auto tramite canale bancario⁶⁷. Nel complesso nessuna delle nuove imprese ha raggiunto dimensioni significative; la totalità di queste effettua ad oggi una raccolta premi marginale, pari all'1,7%. Va inoltre rilevato che, tra le imprese suddette solo un numero ridotto può essere considerato espressione di un nuovo entrante; tra questi, si evidenzia che Direct Line e Azuritalia derivano da gruppi assicurativi esteri.

66. Per un esame più approfondito sulle compagnie di vendita diretta si veda il capitolo successivo.

67. Le imprese con sede legale in Italia entrate nel mercato RCA dopo la liberalizzazione sono: Arca Assicurazioni, il cui capitale sociale è ripartito tra diverse banche popolari, attiva dal 1996, Assicuratrice Italiana Danni (ex Commercio Assicurazioni), operante da anni nel settore danni, ha iniziato la raccolta premi nel ramo RCA dopo il 1999; AXA Carlink, impresa appartenente all'omonimo gruppo, autorizzata ad operare nel ramo RCA con provv. Isvap n. 18 ottobre del 26 febbraio 2001; Azuritalia Assicurazioni, impresa comune cooperativa il cui capitale sociale è ripartito tra il Credito Emiliano e il gruppo assicurativo francese Azur-GDF, attiva dal 1999; Cattolica Aziende (ex C.I.R.A.), attiva dal 1996, appartenente all'omonimo gruppo assicurativo; DB Assicura, impresa comune cooperativa di Italiana Assicurazioni (gruppo Reale Mutua) e Deutsche Bank, autorizzata ad operare nel ramo RCA con Prov. Isvap n. 1092 del 14 gennaio 1999; Direct Line, specializzata nel collocamento a distanza (via Internet o telefono) di polizze auto, attiva da alcuni mesi; Egida Assicurazioni, attiva dal 1997, impresa comune cooperativa del gruppo bancario San Paolo-IMI e di Reale Mutua Assicurazioni; Linear (gruppo Unipol) e Lloyd 1885 (gruppo RAS) compagnie di vendita diretta operanti rispettivamente dal 1996 e dal 1997; New Win Spa, attiva dall'inizio del 2002; Rem Assicurazioni, autorizzata ad operare con provv. Isvap n. 1921 del 31 luglio 2001, appartenente al gruppo Reale Mutua che ne detiene il 95% del capitale sociale; Toro Targa (ex Toro Assistenza), impresa del gruppo Fiat-Toro, che dal 1997 raccoglie premi in entrambi i rami auto. Va infine rilevato che l'impresa Nuova Maa, pur avendo formalmente iniziato ad operare nel periodo esaminato, di fatto non rappresenta un nuovo entrante, in quanto già in possesso di un portafoglio pregresso, trasferito dall'impresa MAA.

Per quanto concerne i flussi di uscita, si osserva che solo una parte delle imprese uscite dal mercato ha smesso di operare a seguito di difficoltà economiche: la liquidazione coatta amministrativa ha interessato 9 delle imprese uscite, corrispondenti ad una quota media di mercato nel 1994 non superiore all'1,5%⁶⁸. A riguardo si evidenzia inoltre che, mentre nel biennio 1993-94 una decina di imprese è stata posta in liquidazione coatta, dal 1995 ad oggi solo 6 imprese sono state poste in liquidazione coatta amministrativa; l'ultimo procedimento risale all'inizio del 1998. È quindi plausibile che i fallimenti che hanno condotto all'avvio di tali procedure non siano sempre una conseguenza diretta della liberalizzazione, ma dipendano da cause ad essa antecedenti.

Peraltro, la procedura generalmente applicata per la liquidazione coatta amministrativa delle imprese RCA prevede meccanismi di tutela del portafoglio dell'impresa liquidata. In questo senso, non sono ravvisabili barriere di tipo normativo che possono ostacolare l'uscita dal mercato di imprese inefficienti⁶⁹.

Le altre uscite dal mercato hanno interessato imprese, generalmente di piccole dimensioni, che hanno trasferito il proprio portafoglio ad altre imprese⁷⁰,

68. Nel periodo esaminato sono state poste in liquidazione coatta amministrativa le seguenti imprese RCA: Alpi Assicurazioni Spa (D.M. 23/5/1994 pubblicato sulla G.U. del 27/5/1994 n. 122); Nordest Assicurazioni Spa (D.M. 27/10/1994 pubblicato sulla G.U. 31/10/1994 n. 255); Firs Italiana di Assicurazioni Spa (D.M. 23/5/1994 pubblicato sulla G.U. 27/05/1994 n. 122); D'Eass Spa (D.M. 26/4/1995 pubblicato sulla G.U. del 2/5/1995 n. 100); Sarp Spa (D.M. 22/1/1997 pubblicato sulla G.U. 29/1/1997 n. 23). L'Edera Spa (D.M. 29/7/1997 pubblicato sulla G.U. del 2/8/1997 n. 179); il Sole Assicurazioni e Riassicurazioni Spa (D.M. 9/1/1998 pubblicato sulla G.U. 14/1/1998 n. 10); Assid Assicuratrice Italiana Danni Spa (D.M. 12/3/1998 pubblicato sulla G.U. 18/3/1998 n. 64); Siac Assicurazioni Spa D.M. 13/5/1998 pubblicato sulla G.U. 16/5/1998 n. 112. È stata inoltre posta in liquidazione coatta la Rappresentanza Generale per l'Italia della Rhone Mediteranee - Compagnia Francese di Assicurazioni (D.M. 27/10/1994 N. 255), anch'essa presente con una raccolta premi marginale.

69. L'articolo 11 della legge 26 febbraio 1977 n. 39, di conversione del decreto legge 23 dicembre 1976, n. 857, recante *Modifica della disciplina dell'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti*, prevede che il commissario liquidatore metta a disposizione delle altre imprese di assicurazione, che si dichiarino interessate ad un trasferimento volontario, le polizze della compagnia posta in liquidazione, con il corollario di dover rilevare in tutto o in parte anche i dipendenti. Se nessuna delle imprese interpellate si dichiara disponibile ad accettare il trasferimento del portafoglio e dei lavoratori, si procede coattivamente ad assegnare pro quota l'uno e gli altri alle maggiori imprese del mercato. Cfr. Isvap, rapporto sull'attività dell'Istituto 1996.

70. Nel periodo in esame hanno trasferito il proprio portafoglio, senza essere interessate a procedure di liquidazione, le seguenti imprese: Cassa Generale di Assicurazioni (alla Duomo Assicurazioni, provv. Isvap 3.4.1997); Danubio (alla Zurigo Assicurazioni, provv. Isvap 12.12.1996), Minerva Assicurazioni (alla società Zurich International Italia, provv. Isvap 4.12.1997), Centurion Assicurazioni (alla Axa Assicurazioni, provv. Isvap 23.10.1997), Assicurazioni Internazionali (trasferimento di azienda assicurativa alla Helvetia Assicurazioni, provv. Isvap 29.12.1997), nonché Noricum Assicurazioni (trasferimento portafoglio parte a Unipol e parte a Universo, provv. AGCM n. 1836 del 9 marzo 1994 Unipol/Universo/Noricum). Si ricorda che anche Maa Assicurazioni ha trasferito il portafoglio alla Nuova Maa, che non era un'impresa già esistente bensì una di nuova costituzione (provv. Isvap 21.9.1995). Come già evidenziato in relazione al turn-over delle rappresentanze di imprese estere, nel medesimo periodo hanno trasferito il proprio portafoglio Gan Incendie Accidents a Gan Italia e Norwich Union a Norwich Union Spa.

sono state oggetto di fusione⁷¹ o hanno volontariamente cessato la propria attività⁷².

Le imprese che hanno trasferito il portafoglio detenevano nei rami auto una quota di mercato media nel 1994 non superiore al 5%, mentre sono state oggetto di fusione per incorporazione imprese che nel 1994 raccoglievano complessivamente circa il 17% dei premi nel ramo RCA; infine, le imprese uscite per altri motivi detenevano una quota inferiore all'1%. È plausibile ritenere, in un numero limitato di casi, che l'uscita con modalità diverse dalla liquidazione coatta amministrativa sia comunque riconducibile all'esistenza di difficoltà economiche.

Le quote di mercato

Dall'analisi dell'evoluzione della struttura del mercato emerge, unitamente ad un limitato ingresso di nuovi operatori, anche una sostanziale rigidità delle quote di mercato delle singole imprese ivi presenti.

Tale rigidità si manifesta con tutta evidenza ove si consideri la variazione delle quote di mercato indotta dalla sola crescita interna, non tenendo conto dei processi di fusione e acquisizione che hanno interessato il mercato RCA nel periodo in esame⁷³. Come già evidenziato, tale variazione è stata stimata

71. Sempre nell'arco temporale considerato, sono state oggetto di fusione le imprese Allianz Pace (prov. Isvap 30.11.95: fusione per incorporazione nella Allianz Subalpina), Istituto Italiano di Previdenza (prov. Isvap 23.11.1995: fusione per incorporazione nella Italiana Assicurazioni), Schweiz Assicurazioni (prov. Isvap 16.12.1996: fusione per incorporazione nella Winterthur Assicurazioni), Sapa (prov. Isvap 16.12.1996: fusione per incorporazione nelle Winterthur Assicurazioni), Veneta Assicurazioni (prov. Isvap 16.12.1996: fusione per incorporazione nella Winterthur Assicurazioni), Intercontinentale Assicurazioni (prov. Isvap 18.4.1997: fusione per incorporazione nella Winterthur Assicurazioni), Previdente Assicurazioni (prov. Isvap 29.12.1997: fusione per incorporazione nella società Compagnia di Assicurazioni Milano), Uap Italiana (prov. Isvap 3.12.1998: fusione per incorporazione nella società Axa Assicurazioni), Allsecures Assicurazioni (prov. Isvap 15.12.1998: fusione per incorporazione nella Axa Assicurazioni), Compagnia Mercury (prov. Isvap 8.3.1999: fusione per incorporazione nella Fiduciaria), Levante (prov. Isvap 30.7.1998: fusione per incorporazione nella Norditalia Assicurazioni), Meie rischi diversi (prov. Isvap 15.12.1998: fusione per incorporazione nella Meie Assicurazioni), Siad (prov. Isvap 15 dicembre 1998: fusione per incorporazione nella Aurora Assicurazioni), Compagnia di Genova, Italice, Lavoro & Sicurezza (prov. Isvap 26.11.1999: fusione in RAS), Aurora Assicurazioni (prov. Isvap 26.01.01, fusione in Meie), Maeci (fusa in Unipol), Mannheim (prov. Isvap del 27 giugno 2001, fusione in HDI), Multiass (intero capitale sociale acquistato da Unipol, Prov. AGCM del 21 febbraio 2002), Seri Assicurazioni (prov. Isvap 2.3.2000: fusione per incorporazione in CAB), Universo Assicurazioni (prov. Isvap 13.12.2000, fusione in Reale Mutua).

72. Si tratta delle imprese Assicuratrice Edile e Mediolanum.

73. Si ricorda che il maggior grado di concorrenza che si sarebbe dovuto registrare a seguito della *deregulation*, avrebbe dovuto premiare le imprese più efficienti, favorendo un aumento delle quote di mercato dovuto alla crescita interna delle imprese.

utilizzando un panel di imprese costruito ad hoc; per tali imprese è stata valutata l'evoluzione delle quote di mercato in modo da depurare la variazione complessiva delle quote di mercato da quella imputabile a fenomeni di crescita esterna (fusioni e trasferimenti di portafoglio).

I risultati di tale analisi mostrano una significativa stabilità delle quote di mercato di tutte le imprese considerate lungo un arco temporale significativamente ampio; ciò è particolarmente vero per le imprese di maggiori dimensioni.

Il coefficiente di variazione delle quote di mercato delle prime 10 imprese è del 5% circa, mentre quello delle prime 20 imprese è del 6% circa: la variazione delle quote di mercato è quindi piuttosto modesta⁷⁴.

Gli indici di cograduazione di Spearman calcolati per le prime 20 e per le prime 30 imprese hanno sempre valori superiori a 0,9, mentre quelli per le prime 10 imprese sono superiori a 0,8⁷⁵ (v. tabella 2.8).

Nel complesso, nel periodo 1994-2001, oltre a non esservi stati significativi spostamenti nel *ranking* delle imprese presenti sul mercato (le *top five* operanti nel ramo RCA sono rimaste immutate), le quote di mercato, calcolate in modo da tenere conto della sola crescita interna, non si sono praticamente modificate, diversamente da quanto si osserva nei mercati RCA dei Paesi esteri: esemplare a riguardo è il caso dell'impresa britannica Direct Line, specializzata nella vendita a distanza, che in pochi anni dal suo ingresso nel mercato è diventata primo operatore dell'assicurazione auto nel Regno Unito.

Per altro verso, si è assistito a fusioni ed acquisizioni che hanno determinato processi di crescita esterna delle imprese di particolare rilievo, per effetto dei quali il grado di concentrazione del mercato italiano RCA è progressivamente aumentato (v. tabella 2.9).

74. Per le imprese minori essa cresce fino al 28%, per motivi sostanzialmente statistici (il passaggio dallo 0,01% allo 0,02% rappresenta comunque un raddoppio della quota, anche se l'impresa resta marginale).

75. Si tratta di un indice che permette il confronto tra diverse graduatorie, rilevando il grado di similitudine tra le stesse. Esso assume valori compresi tra 0 e 1; quanto più tale indice si avvicina ad 1, maggiore è il grado di similitudine. Nel caso di specie, sono state confrontate le graduatorie (in base alla quota di mercato) delle imprese operanti nel ramo RCA, in ciascun anno successivo alla liberalizzazione.

Tabella 2.8 - La stabilità del posizionamento delle imprese nel mercato 1994-2001

Indice di cograduazione di Spearman (intero mercato)

	2001	2000	1999	1998	1997	1999	1995	1994
2001	1	0,9901	0,9728	0,9599	0,9510	0,9432	0,9338	0,9227
2000		1	0,9898	0,9772	0,9685	0,9531	0,9414	0,9272
1999			1	0,9922	0,9841	0,9680	0,9526	0,9342
1998				1	0,9894	0,9763	0,9629	0,9395
1997					1	0,9907	0,9797	0,9590
1996						1	0,9947	0,9741
1995							1	0,9835
1994								1

Indice di cograduazione di Spearman (top 10)

	2001	2000	1999	1998	1997	1999	1995	1994
2001	1	0,9515	0,8848	0,8909	0,9515	0,9515	0,8545	0,8667
2000		1	0,9576	0,9636	0,9273	0,8788	0,7818	0,8182
1999			1	0,9455	0,8667	0,8303	0,7455	0,6909
1998				1	0,8667	0,8303	0,7455	0,7333
1997					1	0,9636	0,8788	0,9152
1996						1	0,9152	0,8788
1995							1	0,9394
1994								1

Indice di cograduazione di Spearman (top 20)

	2001	2000	1999	1998	1997	1999	1995	1994
2001	1	0,9684	0,9120	0,9008	0,9233	0,9383	0,9068	0,9173
2000		1	0,9782	0,9699	0,9654	0,9474	0,9188	0,9188
1999			1	0,9887	0,9624	0,9338	0,9113	0,8917
1998				1	0,9692	0,9331	0,9150	0,8985
1997					1	0,9759	0,9609	0,9564
1996						1	0,9850	0,9774
1995							1	0,9895
1994								1

Indice di cograduazione di Spearman (top 30)

	2001	2000	1999	1998	1997	1999	1995	1994
2001	1	0,9684	0,9120	0,9008	0,9233	0,9383	0,9068	0,9173
2001	1	0,9889	0,9689	0,9546	0,9506	0,9424	0,9239	0,8959
2000		1	0,9911	0,9809	0,9706	0,9531	0,9350	0,9030
1999			1	0,9918	0,9769	0,9577	0,9362	0,8963
1998				1	0,9875	0,9706	0,9533	0,9404
1997					1	0,9898	0,9731	0,9651
1996						1	0,9895	0,9833
1995							1	0,9956
1994								1

Fonte: elaborazione su dati Isvap

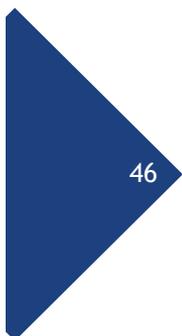


Tabella 2.9 - Il grado di concentrazione nel mercato RCA: 1995-2001

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Primo gruppo	16,3	16,2	15,9	16,4	16,3	16,2	16,3
Primi 5 gruppi	53,0	53,5	52,2	51,2	57,4	57,3	58,5
Primi 10 gruppi	73,2	76,1	76,2	75,2	77,9	80,5	82,3
Primi 20 gruppi	90,2	91,4	91,6	93,1	93,7	94,2	96,2
Totale mercato	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: dati Isvap

Sempre con riferimento alla struttura del mercato, deve evidenziarsi che l'industria RCA non sembra presentare significative economie di scala. Tale risultato emerge con particolare evidenza da uno studio ad hoc condotto dall'Isvap⁷⁶. Dallo studio si evince che in generale le economie di scala nel ramo RCA sono trascurabili; suddividendo le imprese in classi dimensionali in base alla raccolta premi, emergono, in ogni caso, economie più marcate per le imprese di dimensioni medio-piccole (rappresentate, nello studio, dalle imprese che nel 1998 raccoglievano premi compresi tra 10 e 120 miliardi di lire), mentre per le imprese incluse nelle fasce dimensionali più elevate le economie di scala sono ridotte. In sostanza, nell'industria RCA non sembra esservi una scala minima efficiente in corrispondenza di un livello di produzione così elevato da costituire una barriera all'ingresso nel mercato⁷⁷. Per altro verso, si deve sottolineare che oltre la metà delle imprese attive nel mercato RCA apparteneva, nel 1998, alla fascia delle imprese di piccole-medie dimensioni; pur riconoscendo che la dimensione costituisce soltanto uno dei fattori che determinano l'efficienza complessiva di un'impresa, è plausibile che gli operatori al di sotto della soglia suddetta potrebbero beneficiare, in termini di efficienza, di un incremento delle loro dimensioni.

Va da ultimo rilevato che l'analisi citata è condotta facendo esclusivo riferimento ai costi di gestione, sostenuti essenzialmente per l'amministrazione e la rete distributiva, e riguarda le sole imprese che si avvalgono di una rete tradizionale per il collocamento dei propri prodotti; come ben riconosce l'Isvap, considerazioni diverse dovrebbero essere svolte con riferimento alle imprese specializzate nel collocamento a distanza, le quali, non dovendo utilizzare una rete di vendita capillarmente diffusa sul territorio, hanno una struttura dei costi diversa rispetto alle imprese tradizionali.

76. Cfr. Isvap - L'Assicurazione RC Auto in Italia: analisi e proposte, 2000. Lo studio dell'Isvap riguarda esclusivamente i "conti non tecnici", rappresentati dalle spese generali, dagli oneri della rete agenziale e dalle spese di liquidazione.

77. Come si legge nel citato lavoro dell'Isvap, "le barriere in entrata rappresentate dalle economie di scala non sembrerebbero tali da impedire l'ingresso di nuovi operatori, influenzando sul grado di concentrazione del mercato".

I risultati dell'analisi suddetta non sorprendono qualora si consideri che le provvigioni agli agenti vengono pagate come percentuale sulla raccolta premi effettuata; per questo, i costi di distribuzione, che rappresentano la principale componente delle spese di gestione, non possono che variare proporzionalmente ai premi raccolti e quindi alla dimensione dell'impresa, quando questa si avvale di canali distributivi tradizionali. Al contrario, nel collocamento a distanza di polizze RCA una frazione significativa dei costi distributivi è rappresentata da costi fissi, sopportati all'inizio dell'attività per la predisposizione dei call-center o del sito Internet; dopo una fase iniziale, i costi unitari di distribuzione, costituiti prevalentemente dalle retribuzioni al personale, si attestano su livelli piuttosto ridotti e dovrebbero mostrare un andamento non crescente⁷⁸.

Diverse considerazioni possono farsi in relazione alle economie di gamma, le quali, come messo in rilievo nel citato studio dell'Isvap, sono presenti nel settore dell'assicurazione danni, per cui la produzione congiunta di più rami consente guadagni di efficienza produttiva in relazione ai “costi non tecnici” dell'attività assicurativa.

2.5 L'assetto proprietario del mercato RCA

Sotto il profilo della struttura proprietaria e di controllo, si evidenzia come l'intero settore assicurativo italiano risulta caratterizzato da una fitta rete di partecipazioni incrociate e/o di minoranza, unitamente alla presenza di significativi *interlocking directorates* tra le imprese. Tale circostanza rende particolarmente complessa la valutazione delle effettive condizioni di concorrenza esistenti nei diversi mercati assicurativi, incluso quello RCA⁷⁹.

È, infatti, evidente che la partecipazione delle medesime persone negli organi di gestione di più società teoricamente concorrenti attenua inevitabilmente le tensioni competitive tra le società stesse⁸⁰. In modo analogo, un'impresa che

78. Per verificare l'esistenza di ulteriori economie di scala nel ramo RCA si dovrebbe, inoltre, tener conto dell'intera attività dell'impresa assicurativa, rappresentata, oltre che dall'acquisizione di contratti, anche dalla liquidazione dei sinistri e dall'investimento delle riserve in *assets* finanziari. In merito a tale ultimo aspetto si osserva che mentre l'attività di investimento presenta tipicamente rendimenti di scala crescenti, per cui risultano agevolate le imprese di maggiori dimensioni, in genere le imprese di piccole dimensioni possono comunque trarre vantaggio dalla loro appartenenza ad un gruppo assicurativo, soprattutto in termini di *know how* per l'attività finanziaria.

79. A tale fenomeno è stato dato grande risalto per la prima volta dalla Commissione CE in occasione dell'esame della concentrazione Generali/INA; tra gli impegni richiesti dalla Commissione in tale circostanza vi era proprio la riduzione dei legami personali tra imprese assicurative concorrenti.

80. Un individuo che partecipi ai Consigli di Amministrazione delle società A e B, al momento di deliberare in merito a qualsiasi aspetto relativo alla gestione dell'impresa A, non potrà non tenere in considerazione gli effetti di tale decisione sull'attività dell'impresa B, disponendo, altresì, delle informazioni strategiche relative all'operato di B.

possieda partecipazioni azionarie, anche passive, di altre imprese operanti nel medesimo mercato, è incentivata ad adottare politiche commerciali non aggressive nei confronti di queste ultime, in quanto qualunque strategia che induca un aumento della propria quota di mercato a svantaggio delle stesse, pur determinando un incremento dei ricavi derivanti dalla gestione ordinaria, determina inevitabilmente una riduzione dei ricavi della gestione straordinaria⁸¹.

Infine, vi è un altro elemento, anch'esso connesso alla struttura di *governance* e agli assetti proprietari delle imprese, che contribuisce a caratterizzare come scarsamente competitivo il mercato italiano dell'assicurazione RCA: l'assenza di contendibilità delle imprese.

Come è noto, in un mercato concorrenziale, dove le imprese sono contendibili, per evitare acquisizioni ostili occorre incrementare il valore dell'impresa attraverso una gestione efficiente che consenta una crescita del fatturato e delle quote di mercato, una riduzione dei costi, e così via. Viceversa, se, in un contesto siffatto, un'impresa non persegue obiettivi di efficienza produttiva, gli indici di redditività peggiorano e il valore delle sue azioni tende a diminuire; in tal modo si creano le condizioni per una scalata ostile da parte di soggetti che ritengono di poter gestire in modo più efficiente l'impresa stessa.

In sostanza, l'assenza di contendibilità riduce gli incentivi per le imprese ad operare in modo efficiente. È questo il caso del mercato italiano della RCA: alla data del 22 novembre 2001, risultavano autorizzate dall'ISVAP all'esercizio di attività assicurativa nel ramo RCA 88 imprese (unitamente a 2 rappresentanze di imprese extracomunitarie). Di queste, alla medesima data, soltanto 8 erano quotate alla Borsa valori di Milano⁸²; tali imprese, peraltro, non sono contendibili sul mercato dei capitali, in quanto dispongono di un capitale flottante inferiore al 50% essendo caratterizzate dalla presenza di un singolo azionista o sindacato di controllo, in possesso di partecipazioni azionarie non negoziate sul mercato borsistico. Soltanto Generali è potenzialmente scalabile, ma dispone di una capitalizzazione tale da rendere estremamente complesso un take over ostile nei suoi confronti.

81. O'Brien D. P. e Salop S. C. (2000) hanno mostrato come l'acquisizione di una quota di capitale sociale, non necessariamente elevata e non di controllo, in un'impresa concorrente, possa determinare sul mercato effetti paragonabili a quelli di una concentrazione. Per tener conto della presenza di partecipazioni incrociate gli autori propongono di utilizzare un indice HHI modificato.

82. Si tratta delle seguenti imprese: Assicurazioni Generali Spa, Cattolica Assicurazioni Spa, La Fondiaria Assicurazioni, Milano Assicurazioni Spa, RAS Spa, SAI Spa, Unipol Assicurazioni Spa, Vittoria Assicurazioni Spa.

Il fatto poi che alcune imprese operanti nel ramo RCA appartengano a gruppi al cui vertice si trova un'impresa - non necessariamente assicurativa - quotata in borsa, non ne aumenta la contendibilità, in quanto per acquisire il controllo dell'impresa RCA occorre scalare l'intero gruppo o le imprese che la controllano, operazione possibile solo disponendo di capitali elevati, ovvero procedendo a trattative con queste ultime⁸³.

In entrambi i casi, il passaggio di controllo non è possibile a causa della mancata contendibilità dell'impresa RCA e non determina, quindi, quegli effetti di efficienza che da questa dovrebbero scaturire.

2.6 Conclusioni

I dati relativi all'evoluzione del mercato RCA ed alla sua attuale struttura mostrano come, nel periodo successivo alla liberalizzazione, l'ingresso di nuovi operatori sia stato un fenomeno limitato: poche imprese hanno iniziato ad operare, nella maggior parte dei casi si è trattato di imprese appartenenti a gruppi già attivi nel mercato RCA, i quali hanno costituito nuove società per sfruttare le possibilità offerte dai canali distributivi alternativi al tradizionale canale agenziale. In ogni caso, le imprese che hanno iniziato ad operare dal 1994 ad oggi hanno raggiunto quote di mercato non significative.

Per quanto riguarda i flussi in uscita, poche imprese sono state interessate da procedure di liquidazione coatta; la quasi totalità degli operatori usciti dal mercato ha smesso di operare a seguito di trasferimento di portafoglio o di operazioni di fusione. Il fenomeno è, in parte, riconducibile al processo di ristrutturazione che ha interessato il settore assicurativo negli ultimi anni.

Le quote di mercato delle imprese, depurate della crescita esterna, mostrano, nel periodo esaminato, una sostanziale tendenza alla stabilità.

La crescita esterna, per altro verso, ha condotto ad un aumento nel grado di concentrazione, che ha interessato soprattutto i principali gruppi.

In definitiva, il mercato RCA non sembra aver subito quelle variazioni di natura strutturale che gli stessi operatori si attendevano dalla liberalizzazione e continua ad essere caratterizzato da una serie di elementi associati in genere a contesti di ridotta concorrenzialità: scarso turn-over, mancato ingresso di nuovi soggetti, stabilità delle quote di mercato in un orizzonte temporale molto ampio, legami personali e finanziari che riducono gli incentivi ad una condotta competitiva delle imprese, limitando di fatto il numero di soggetti che possono essere considerati come concorrenti effettivi.

83. Si pensi ad esempio alla Toro, appartenente al gruppo Fiat.

3. La distribuzione

3.1 Premessa

La predisposizione di canali di vendita adeguati e diversificati, che consentano ai consumatori di confrontare i diversi prodotti offerti, nonché la possibilità da parte di nuovi operatori di accedere a tali canali, costituiscono elementi essenziali per consentire lo sviluppo di una concorrenza effettiva tra le imprese. Con specifico riferimento al settore assicurativo, la Commissione CE, nella proposta di direttiva sull'armonizzazione delle legislazioni nazionali nel settore della intermediazione assicurativa, presentata il 20 settembre 2000, ha considerato che la possibilità di accesso ai canali distributivi costituisce una condizione indispensabile per garantire una maggiore concorrenza e l'effettiva realizzazione del mercato interno nel settore assicurativo⁸⁴.

In questo capitolo viene descritta l'evoluzione nella struttura del sistema distributivo di polizze RCA dall'avvio della liberalizzazione ad oggi. In particolare, si evidenzia come il mercato RCA sia caratterizzato da relazioni verticali tra produttori e rivenditori che non hanno agevolato lo svilupparsi di una concorrenza effettiva a livello distributivo, con l'effetto di aumentare i costi e diminuire i benefici dell'attività di ricerca da parte dei consumatori. In un contesto in cui la domanda di mercato è rigida, a causa della natura obbligatoria della copertura RCA, ciò ha reso rigida anche la domanda di impresa. Tale circostanza, come si vedrà in seguito, ha implicato condizioni concorrenziali deboli, consentendo alle imprese di scaricare interamente gli aumenti dei costi sui premi finali, con effetti negativi sull'efficienza.

84. Proposta di Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio *sulla intermediazione assicurativa* presentata dalla Commissione il 20 settembre 2000, COM(2000) 511 definitivo. Secondo quanto contenuto nella relazione a detta proposta, il sistema attualmente vigente fa sì che “*il numero delle attività transfrontaliere realizzate dagli intermediari assicurativi rimane molto limitato, in particolare per quanto riguarda le operazioni relative agli assicurandi privati. Tali divergenze pregiudicano le imprese di assicurazione che sperimentano difficoltà nell'accedere ai vari mercati nazionali in regime di libera prestazione dei servizi e nel dotarsi di adeguati canali distributivi nei diversi Stati membri. La compartimentazione dei mercati priva gli assicurandi - siano essi imprese o consumatori - dell'accesso ad una più vasta gamma di prodotti assicurativi, accesso che consentirebbe loro di ottenere una copertura più consona alle loro specifiche esigenze. I consumatori, infine, vengono privati dei vantaggi derivanti dall'intensificarsi della concorrenza tra gli intermediari. Risulta quindi seriamente compromessa la realizzazione effettiva del mercato interno in questo settore*”. Il testo finale della Direttiva è stato approvato il 9 dicembre 2002 (Direttiva 2002/92/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio in G.U.C.E. 20 marzo 2003 n. 22). Tale Direttiva, peraltro, all'art. 2, punto 3, definisce l'intermediazione assicurativa come “*le attività consistenti nel presentare o proporre contratti di assicurazione, o compiere altri atti preparatori o relativi alla conclusione di tali contratti, ovvero nel collaborare, segnatamente in caso di sinistri, alla loro gestione ed esecuzione*”, e dunque getta le basi per un sostanziale ravvicinamento delle figure dell'agente e del broker assicurativo. Cfr., a riguardo, note 95 e 96.

3.2 La distribuzione assicurativa: profili teorici

La scelta del canale di vendita

Nel settore assicurativo, analogamente a quanto si verifica nei settori bancario e finanziario, la generalità dei Paesi ha adottato normative, più o meno stringenti, che riconoscono la facoltà di vendere detti servizi da parte dei soli soggetti abilitati, in possesso di particolari requisiti⁸⁵. Ciò al fine di tutelare i consumatori nell'acquisto di prodotti particolarmente complessi, che incidono in modo significativo sulla spesa delle famiglie. In sostanza, il regolatore ha posto restrizioni qualitative all'accesso nella distribuzione di tali prodotti, restrizioni che, sotto il profilo antitrust, possono essere giustificabili solo se finalizzate esclusivamente ad impedire che tale attività sia svolta da soggetti privi di adeguati requisiti di moralità e incapaci di fornire sufficienti garanzie circa l'effettiva erogazione del servizio acquistato.

In generale, le imprese attive nel settore dell'assicurazione danni possono avvalersi di 5 tipologie di canali distributivi: i) vendita diretta a distanza (telefono, internet); ii) vendita diretta tramite propri dipendenti; iii) agenti monomandatari; iv) agenti multimandatari; v) *brokers*.

La scelta del canale o dei canali distributivi dipende essenzialmente dai costi relativi di ciascun canale, dal tipo di servizio che ogni canale può offrire e dal tipo di polizza che l'impresa deve collocare. La letteratura empirica non ha prodotto risultati univoci a riguardo⁸⁶.

Con riferimento al tipo di servizio, si osserva che i vari canali possono offrire servizi diversi: ad esempio i canali multimarca (agenti plurimandatari, *brokers*) sono in grado di prestare un servizio di consulenza, illustrando le caratteristiche dei prodotti di più imprese e facilitandone il confronto. In un contesto concorrenziale, in presenza di prodotti differenziati, la maggiore facilità nel confronto tra prodotti consente alle imprese che producono i beni più rispondenti alle preferenze dei consumatori di aumentare le quantità vendute. Inoltre, quasi tutti i canali, ad eccezione della vendita diretta a distanza, possono effettuare valutazioni *ad hoc* dei rischi per i quali non è possibile realizzare *ex ante* un tariffario (ad esempio molti rischi industriali), purchè dispongano delle necessarie conoscenze tecniche.

85. Si veda a riguardo quanto previsto dalla recente direttiva comunitaria sull'intermediazione assicurativa.

86 Per una rassegna sugli studi esistenti cfr. Regan L.-Tennyson S. (2000).

Per quanto riguarda i costi, a ciascun canale corrisponde una diversa proporzione tra costi fissi e costi variabili, circostanza che fa dipendere la scelta del canale anche dalle dimensioni dell'impresa.

Il canale della vendita diretta è caratterizzato da costi distributivi sostanzialmente fissi, la cui incidenza dunque è decrescente all'aumentare delle quantità vendute.

I costi associati alla vendita tramite dipendenti hanno una struttura più articolata rispetto alla vendita per via telefonica o telematica: l'impresa sostiene costi fissi per i locali, le attrezzature, ecc. oltre ai costi per la pubblicità e la remunerazione dei dipendenti, di regola fissi e non proporzionali ai premi raccolti. A differenza della vendita a distanza, se l'impresa vuole aumentare la propria capacità distributiva in aree precedentemente non servite deve costituire nuovi punti vendita e sopportarne i relativi costi, mentre la vendita a distanza non esige nuove infrastrutture.

Nel caso della distribuzione tramite intermediari, l'impresa corrisponde una commissione in percentuale della raccolta premi effettuata e, pertanto, il livello dei costi distributivi cresce proporzionalmente all'aumentare delle quantità vendute, anche se la percentuale dovuta resta invariata.

Quando si superano certe soglie di fatturato, l'incidenza dei costi fissi, rilevanti soprattutto nella vendita diretta, in particolare quella a distanza, si riduce e dunque tale canale distributivo diventa meno costoso per l'impresa di assicurazione rispetto alla vendita mediante intermediari. In ogni caso, gli intermediari, soprattutto quelli multimarca, sono in grado di fornire servizi aggiuntivi di cui l'impresa può necessitare, per cui, in talune circostanze, per l'impresa è preferibile ricorrere a tali canali distributivi piuttosto che alla vendita diretta⁸⁷.

Nella scelta del canale distributivo l'impresa dovrebbe considerare, oltre ai costi, anche le caratteristiche dei prodotti venduti. Al riguardo giova distinguere tra rischi che interessano una massa di assicurati (quali l'auto e gli infortuni) e altri rischi⁸⁸.

87. Con riferimento al settore danni, l'Isvap ha condotto uno studio econometrico per il 2001, i cui risultati sono indicati nella nota del 25 marzo 2003, da cui si evince che la distribuzione tramite agenti monomandatari risulta meno costosa rispetto a quella con agenti plurimandatari per le imprese di dimensione superiore ai 200 milioni di . Tuttavia, per il caso della RCA, i risultati mostrano che per le imprese è maggiormente conveniente disporre anche di una quota di agenti plurimandatari.

88. In questa sede non appare utilizzabile la distinzione introdotta dalla Prima Direttiva Danni tra "rischi di massa" e "grandi rischi", in quanto ha a riferimento un criterio basato sulle caratteristiche degli assicurati (individui o imprese) e non uno relativo alle proprietà del rischio da assicurare. In particolare, per quanto concerne i rami auto, la Direttiva prevede che debbano intendersi per grandi rischi quelli relativi ad imprese che soddisfino almeno due dei seguenti criteri: a) totale dell'attivo dello stato patrimoniale superiore a 6,2 milioni di ; b) importo del volume di affari superiore a 12,8 milioni di ; c) numero di dipendenti superiore a 250 unità.

Nel primo caso, in considerazione del numero elevato di polizze emesse, la disponibilità da parte di ciascuna impresa di un ammontare statisticamente significativo di osservazioni, permette di ricondurre la valutazione di ciascun rischio individuale all'analisi di un insieme di variabili osservabili. Al valore assunto da ciascuna variabile è associabile un coefficiente calcolato utilizzando dati storici su frequenza ed entità dei sinistri; la somma (o il prodotto) di tali coefficienti determina il rischio complessivo di ciascun assicurato e, conseguentemente, l'ammontare del premio. È questo il caso dei rischi RCA⁸⁹, la cui copertura è obbligatoria ed interessa, quindi, una parte estremamente significativa della popolazione italiana. Pertanto, il principale compito del distributore di polizze auto consiste nel rilevare, nella logica dell'impresa, alcuni dati necessari per individuare il profilo di rischio dell'assicurato e calcolare il premio corrispondente; in pratica, si tratta di una funzione che può essere svolta anche automaticamente utilizzando un *software*, senza alcuna intermediazione, come accade, ad esempio, nel caso delle polizze vendute via internet o telefono. In tale contesto, è possibile avvalersi di sistemi di vendita diretta a distanza, con risparmi crescenti all'aumentare delle quantità vendute.

Viceversa, il ricorso alla rete agenziale o ai *brokers*, cui sono associati oneri di acquisizione più elevati, può trovare giustificazione soltanto quando il numero di contratti stipulati dall'impresa è ridotto, tanto da non raggiungere la dimensione minima necessaria alla vendita diretta. Tali canali possono inoltre risultare necessari all'impresa nel caso dei rischi diversi da quelli di massa, per i quali, non esistendo un numero adeguato di osservazioni, è generalmente necessaria una valutazione *ad hoc*, da effettuarsi, ad esempio, attraverso sopralluoghi dell'impianto industriale che si intende assicurare. In tali casi si rivela utile il ricorso ad intermediari specializzati, in grado di svolgere un'attività complessa come la valutazione di uno specifico rischio.

La distribuzione esclusiva

Ciò premesso, occorre valutare quali siano i vantaggi che inducono l'impresa, nei casi in cui decida di avvalersi di un intermediario, ad optare per il regime di esclusiva.

Gli accordi di distribuzione esclusiva sollecitano una valutazione antitrust che deve ponderare i possibili effetti positivi sull'efficienza del mercato derivanti da

89. Per una descrizione più approfondita delle modalità di calcolo del premio RCA si rimanda all'appendice A.

tali accordi rispetto agli effetti negativi sul benessere del consumatore e più in generale sullo sviluppo della concorrenza⁹⁰.

Per quanto riguarda i vantaggi di efficienza della distribuzione esclusiva, è sufficiente richiamare i risultati, peraltro non decisivi, dell'analisi economica per cui le imprese attive nell'industria assicurativa danni, potrebbero ritenere preferibile, in determinate condizioni, il ricorso alla vendita esclusiva rispetto alla distribuzione multimarca: questa opzione può rendersi opportuna, ad esempio, quando si tratta di prodotti che richiedono un elevato investimento per la formazione dei rivenditori e l'impresa preferisce internalizzare i benefici derivanti dall'investimento stesso invece di creare esternalità positive per le altre imprese che potrebbero avvalersi, senza costi, dell'operato di rivenditori qualificati. Vantaggi per l'impresa dalla distribuzione esclusiva potrebbero aversi anche quando la vendita di un prodotto importante per il consumatore consente all'impresa di legare a sé il cliente e di proporgli altre garanzie. In ogni caso, tale "effetto-traino" può essere realmente vantaggioso per le imprese soprattutto in caso di vendita diretta a distanza o tramite dipendenti, mentre quando l'impresa utilizza intermediari monomarca, è probabile che i benefici derivanti da tale fidelizzazione siano più che compensati dai maggiori costi della rete distributiva.

Per altro verso, si deve ribadire che quando la differenziazione del prodotto è una variabile strategica per le imprese, queste traggono vantaggi dalla distribuzione tramite intermediari multimarca.

Tale modalità distributiva, peraltro, si rivela particolarmente vantaggiosa per il consumatore e produce effetti positivi per la concorrenza, soprattutto nel caso dei prodotti di massa.

90. Tale impostazione è stata recentemente riconfermata dalla Commissione UE nella Comunicazione contenente le Linee direttrici sulle restrizioni verticali (Comunicazione del 13 ottobre 2000, n. C291/01). La Commissione elenca le motivazioni che possono giustificare l'applicazione di talune restrizioni verticali: 1) la necessità di risolvere problemi di *free-riding* tra distributori o tra produttori; 2) il desiderio di accedere in nuovi mercati; 3) l'esigenza di risolvere problemi di *free-riding* sulla qualità dei beni, soprattutto nel caso di beni esperienza o beni complessi che comportino una spesa significativa per il consumatore; 4) la presenza di un rischio di sotto-investimento qualora la relazione contrattuale da instaurare tra produttore e distributore richieda la realizzazione di investimenti specifici alla relazione stessa; 5) l'esistenza di un problema di rinuncia all'investimento in caso di trasferimento consistente di *know-how* che non può essere recuperato; 6) lo sfruttamento di economie di scala nella distribuzione; 7) la presenza di imperfezioni nel mercato dei capitali; 8) l'esigenza di mantenere determinati livelli standard di qualità (ad es. nel caso del *franchising*).

A riguardo si deve osservare che l'agente monomandatario rappresenta il canale distributivo meno idoneo ad individuare la migliore combinazione qualità/prezzo tra i prodotti offerti, mentre il ricorso ad altri canali di vendita consente un confronto immediato tra i vari prodotti, come è il caso degli agenti multimandatari o dei *brokers*, o, perlomeno, determina una riduzione nei costi di ricerca, come si verifica per la vendita diretta a distanza. Si deve precisare che, dal punto di vista del consumatore, la vendita diretta tramite dipendente, effettuata presso la sede dell'impresa, ha una valenza del tutto diversa rispetto al collocamento a distanza. Nel primo caso, per poter effettuare confronti tra prodotti offerti da imprese diverse il consumatore deve recarsi in più punti vendita; sotto questo profilo dipendente dell'impresa e agente monomandatario sono percepiti in modo analogo dai consumatori; nel caso della vendita a distanza il consumatore si avvale di tale canale proprio allo scopo di effettuare direttamente da casa, per via telefonica o telematica, una ricerca delle condizioni migliori.

Quando il prodotto assicurativo è complesso e vi è scarsa trasparenza dal lato della domanda, l'assenza di strumenti idonei a coadiuvare il consumatore nel proprio processo di scelta comporta che il confronto tra polizze diventi eccessivamente oneroso per i consumatori. Ciò consente alle imprese di operare in nicchie di mercato sfruttando le rendite di posizione ad esse connesse. In altri termini, anche se esistono numerose imprese, in presenza di costi di ricerca elevati, il consumatore può venire a conoscenza solo di alcune delle offerte proposte dalle imprese; al limite, se tali costi sono molto alti e l'esclusiva è molto diffusa, può conoscere l'offerta di una sola delle imprese attive sul mercato. In un tale contesto, l'esistenza di "oligopoli" o addirittura "monopoli locali", nel cui ambito ciascun consumatore effettua le proprie scelte, consente alle imprese di fissare prezzi più elevati di quello concorrenziale.

Inoltre, la valenza negativa delle intese di distribuzione esclusiva è accentuata qualora le stesse si collochino in un contesto caratterizzato dall'esistenza di più reti parallele di accordi analoghi. In tale circostanza, l'esclusiva, oltre a determinare la fissazione di prezzi superiori a quello concorrenziale, determina ulteriori effetti anticompetitivi rappresentati dalla costituzione di barriere all'entrata. Quando il sistema distributivo è dominato dalla tradizionale forma di vendita tramite agenti monomarca, per un potenziale nuovo entrante diventa importante poter disporre di un numero sufficiente di punti vendita (agenti) non

vincolati da rapporti di esclusiva per commercializzare i propri prodotti⁹¹. A riguardo si osserva che non tutti i punti vendita sono equivalenti per le imprese, in quanto ciò che rileva è la capacità di attrazione dei consumatori da parte del rivenditore.

Sotto un diverso profilo si deve rilevare come il tipo di relazioni verticali intercorrenti tra produttore e reti di vendita influenzi gli incentivi alla concorrenza su prezzo e qualità del servizio per i distributori.

Quando il rapporto esistente tra produttore e rivenditore è tale da impedire lo sviluppo di una concorrenza di prezzo a livello distributivo, come accade ad esempio nel caso di agenti monomandatari cui è concessa scarsa o nulla flessibilità tariffaria, viene meno anche la possibilità di farsi concorrenza sulla qualità e non vi sono quindi incentivi alla differenziazione dei servizi offerti dai singoli punti vendita. Viceversa, quando agli intermediari è concessa una certa flessibilità tariffaria, è incentivata la concorrenza di prezzo; tale concorrenza, a sua volta, induce gli intermediari ad una maggiore differenziazione del servizio al fine di limitare la riduzione nelle quantità vendute che può derivare dalla concorrenza di prezzo.

Infine, sono del tutto evidenti gli effetti positivi per la scelta dei consumatori derivanti dall'esistenza di reti distributive multimarca. In ogni caso, affinché i consumatori possano essere certi di beneficiare dei vantaggi associati al confronto tra prodotti, reso possibile dal multimarca, è necessario che siano i consumatori stessi a sostenere i costi di distribuzione (provvigioni, commissioni, ecc.) e non le imprese produttrici. Infatti, quando la remunerazione è corrisposta dal produttore, l'intermediario è incentivato a vendere la polizza dell'impresa che offre la commissione più elevata, piuttosto che quella maggiormente rispondente alle esigenze del consumatore.

Le peculiarità della distribuzione di polizze auto

La polizza RCA presenta due principali caratteristiche.

In primo luogo si tratta di un prodotto standardizzato per il distributore, nel senso che ciascuna compagnia propone ai clienti un contratto per adesione e

91. Nel caso della RCA tali condizioni non sono peraltro sufficienti, in quanto per poter operare le imprese hanno bisogno, tra l'altro, di fare affidamento anche su una rete diffusa per gestire la liquidazione dei sinistri.

l'unico compito del distributore consiste nell'indicare le garanzie sottoscritte ed il premio finale, calcolato sulla base di alcune caratteristiche della vettura e dell'assicurato facilmente osservabili, cui sono associati coefficienti predeterminati. Tale operazione, come già evidenziato, può essere svolta automaticamente da un software, senza l'ausilio di un intermediario.

In secondo luogo, poiché il grado di copertura offerto in termini di garanzie prestate varia da un'impresa all'altra, e ciascuna impresa determina il premio finale sulla base dei coefficienti associati a numerose variabili, il consumatore incontra difficoltà nel confrontare polizze differenti. Ad esempio, una data impresa potrebbe proporre ad un utente un prezzo leggermente inferiore rispetto a quello offerto da un altro operatore, offrendo però una copertura solo per i sinistri causati dal contraente la polizza e non per quelli provocati da conducenti diversi dallo stesso contraente. In altri termini, per poter valutare la convenienza dell'offerta rispetto alle altre sul mercato, il consumatore dovrebbe disporre di informazioni anche sulla copertura effettiva offerta dalle varie imprese. Il consumatore deve quindi sostenere costi molto elevati nella ricerca della migliore combinazione qualità/prezzo.

58

Date tali caratteristiche del contratto RCA, per quei consumatori per i quali l'unica variabile rilevante nella scelta è il prezzo, potrebbe essere preferibile rivolgersi a canali di vendita a distanza, svolgendo per proprio conto l'attività di ricerca e stipulando la polizza RCA con l'impresa che offre il prezzo più basso; vi saranno invece consumatori, più avversi al rischio, meno incentivati a fare ricerca autonomamente e più attenti al rapporto qualità/prezzo, che preferiranno acquistare i servizi di un intermediario multimarca che li assiste nell'attività di ricerca e selezione della polizza maggiormente rispondente alle proprie esigenze.

L'esame dell'esperienza internazionale conferma come la distribuzione di polizze auto da diversi anni sia affidata ad intermediari indipendenti o a sistemi di vendita diretta, soprattutto a distanza. Prevalgono in sostanza quei canali di vendita che consentono un confronto più immediato delle polizze offerte e/o un contenimento dei costi distributivi e di ricerca⁹².

92. Ciò pare confermare i risultati di un'analisi comparata condotta su dieci Paesi dell'area comunitaria, sugli effetti che il sistema distributivo scelto nel settore assicurativo ha sulla qualità dei prodotti, sull'offerta e sul grado di concorrenza. In tale studio emergeva come nei Paesi in cui "la concorrenza di prezzo può essere ridotta con lo scopo di rendere i fallimenti [delle compagnie di assicurazione] un evento poco probabile", ovvero dove "i prezzi sono regolamentati o, anche se meno comune, la collusione sui prezzi è permessa", prevale il sistema distributivo basato sull'esclusiva. Nei sistemi in cui prevale il regime di esclusiva i prezzi sono sensibilmente più elevati, i consumatori possono scegliere su una gamma ridotta di prodotti, il grado di concentrazione del mercato è maggiore e la posizione relativa delle imprese nel mercato tende a rimanere costante nel tempo. Cfr. Fisinger R. J. - Schmid F. A. (1994).

Nel Regno Unito il 93% dei premi auto sono raccolti dai rivenditori indipendenti (59%) e dalla vendita diretta, in particolare a distanza (34%).

In Canada, dove l'industria assicurativa è sviluppata e fortemente competitiva, il 70% delle polizze auto è collocato dai *brokers*, seguiti per importanza dalle imprese di vendita diretta.

Negli Stati Uniti poco meno del 40% delle polizze auto è distribuito da intermediari indipendenti, circa il 2% da *brokers*, il resto da rivenditori diretti⁹³.

3.3 La distribuzione assicurativa in Italia. I rami auto

Del tutto diversa è la situazione nel mercato italiano RCA, caratterizzato, come si vedrà, dall'assoluta prevalenza di agenti monomandatari.

Preliminarmente è opportuno richiamare l'evoluzione delle reti di vendita nell'industria assicurativa italiana.

Evoluzione del sistema distributivo

Fino alla seconda metà degli anni '80 la normativa italiana riconosceva, quali unici soggetti abilitati alla distribuzione di polizze assicurative, i dipendenti delle imprese di assicurazione (produttori), gli agenti⁹⁴ e i mediatori di assicurazione e riassicurazione (*brokers*)⁹⁵, sottoponendo ad una specifica disciplina l'attività di agenti e mediatori, tenuti ad iscriversi in appositi albi⁹⁶.

93. Il dato include vendita a distanza, vendita tramite dipendenti e agenti in esclusiva.

94. Agente di assicurazione è colui che assume stabilmente l'incarico di promuovere la conclusione di contratti per conto di un'impresa di assicurazione (ex articolo 1742 c.c.). In base all'articolo 1753 c.c., agli agenti di assicurazione si applica la disciplina generale del contratto di agenzia contenuta negli articoli 1742-1752 del Codice Civile, "in quanto non siano derogate dalle norme corporative o dagli usi e in quanto siano compatibili con la natura dell'attività assicurativa". Attualmente, a seguito di tale disposizione derogatoria, numerosi aspetti normativi del rapporto di agenzia nel settore assicurativo sono regolati da accordi collettivi di categoria stipulati tra i sindacati degli agenti di assicurazione e l'Ania.

95. Il *broker* è colui che esercita professionalmente un'attività rivolta a mettere in diretta relazione con imprese di assicurazione o riassicurazione, alle quali non sia vincolato da impegni di sorta, soggetti che intendano provvedere con la sua collaborazione alla copertura dei rischi, assistendoli nella determinazione del contenuto dei relativi contratti e collaborando eventualmente alla loro gestione ed esecuzione (articolo 1 l. 792/1984). La legge impone al *broker* di diversificare la sua attività operando con una pluralità di imprese di assicurazione, al fine di evitare legami occulti con singole compagnie di assicurazione o con un unico gruppo finanziario (cosiddetto *captive broker*); a tal fine il *broker* deve dimostrare periodicamente di essersi attenuto a tali prescrizioni (articolo 8 l. n.792/1984 come modificato dall'articolo 4 del d.lgs. n. 373/1998).

96. Cfr. la legge 7 febbraio 1979, n. 48 e la legge 28 novembre 1984, n. 792.

La maggior parte delle polizze era collocata da agenti, di regola legati all'impresa tramite accordi di esclusiva di marchio e di territorio, mentre gli agenti plurimandatari rappresentavano una parte estremamente ridotta del totale e in ogni caso difficilmente commercializzavano più prodotti. Quanto ai *brokers*, essi si limitavano ad operare a favore dei grandi clienti, soprattutto nei rami danni.

Successivamente, è stata riconosciuta la legittimità a svolgere attività di intermediazione anche da parte di altri soggetti, purché si trattasse di prodotti “standardizzati”, cioè non modificabili dal distributore, e purché sussistesse “a monte” un impegno contrattuale con un agente, un *broker* o una compagnia di assicurazione, che rispondesse dell'operato di tali canali “alternativi”⁹⁷. Hanno così potuto svilupparsi reti alternative a quelle tradizionali, costituite principalmente dagli sportelli bancari e dai promotori finanziari⁹⁸ e, in misura minore, da forme di collocamento a distanza (Internet, telefono).

Infine, Poste Italiane Spa ha recentemente iniziato a distribuire polizze vita, attraverso la diffusa rete di sportelli di cui dispone sull'intero territorio nazionale.

In realtà, lo sviluppo dei nuovi canali distributivi, ad eccezione del collocamento a distanza, ha interessato quasi esclusivamente il settore dell'assicurazione vita, dove l'importanza di tali canali è aumentata sensibilmente negli ultimi anni; in particolare, il principale canale distributivo di polizze vita, soprattutto di tipo “linked”, è diventato quello bancario, che attualmente raccoglie più del 70% della nuova produzione.

Viceversa, come emerge chiaramente dalla tabella 3.1, nel settore danni non si è avuta un'analogha evoluzione: la distribuzione continua infatti ad essere dominata da agenti operanti in esclusiva⁹⁹.

97. Cfr. Circolare del 3 febbraio 1986, n. 502 del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato e successiva nota del 15 giugno 1993, n. 921820.

98. I promotori finanziari, iscritti nell'apposito albo, sono stati autorizzati a distribuire anche polizze assicurative dalla delibera Consob del 2 luglio 1991, n. 5386, in attuazione della Legge 2 gennaio 1991, n.1, recante la disciplina dell'attività di intermediazione mobiliare. Sulle caratteristiche che dovrebbero avere i rapporti tra compagnie di assicurazione e banche nella distribuzione di polizze cfr. circolare Isvap del marzo 1995, n. 241.

99. La preponderanza della distribuzione esclusiva costituisce, secondo l'agenzia di rating Standard & Poor, uno dei tratti caratteristici del mercato assicurativo italiano: “*Many Italian policyholders are tied in a personal and longstanding relationship with a local insurance agent [...] distribution through tied agents or even brokers can still prove an unsustainable strategy in the long run unless those intermediaries' commissions are managed so as to ensure a fair margin of profitability to the insurers who underwrite the business that they introduce. The role of intermediaries in Italy helps to explain why so many foreign new entrants into the Italian insurance sector in the 1980's and early 1990's blithely chose to acquire existing and often troubled local insurance entities rather than start afresh. They saw themselves less as buying the company and more as gaining access to its tied agency force, its existing portfolio of multi-year contracts...*”. Cfr. Standard & Poor, Italy Insurance - Market Profile, 1999 Edition.

Tabella 3.1 – I canali distributivi nel settore assicurativo italiano - 3° trimestre 2002

	Totale settore vita)	Totale settore danni	Ramo RCA
Agenti*	22,6	89,3	94,4
Brokers	0,2	6,6	2,0
Vendita Diretta	0,1	3,1	2,6
Promotori finanziari/SIM	14,4	0,1	0,0
Sportelli bancari	62,7	0,9	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0

* Agenzie in economia e gerenze
Fonte: Isvap

I rami auto

Tale fenomeno è particolarmente evidente per il settore auto, dove alla fine del 2002 oltre il 94% dell'intera raccolta premi è stato effettuato dal canale agenziale. Tale dato è addirittura maggiore di quello, comunque elevato, registrato in media dal settore danni (89%). I *brokers* svolgono un ruolo assolutamente marginale nel ramo RCA, con una raccolta del 2%, decisamente inferiore a quella del settore danni (quasi il 7%)¹⁰⁰.

A riguardo si deve osservare che fino alla liberalizzazione tariffaria del 1994 la polizza RCA era un prodotto omogeneo e semplice da confrontare, poiché tutte le imprese attive sul mercato offrivano, per un dato profilo di rischio, la stessa copertura allo stesso prezzo. Non vi era quindi convenienza, né dal lato dell'offerta né da quello della domanda, nel ricorrere ad un canale distributivo come quello dei *brokers*, che si caratterizza proprio per il valore aggiunto rappresentato dal servizio di consulenza. In questo senso, si può comprendere per quale ragione nel mercato RCA prevalesse l'integrazione verticale con agenti monomarca.

La liberalizzazione avrebbe dovuto incentivare l'introduzione di innovazioni a livello distributivo, anche in considerazione del fatto che la libertà di

100. I premi raccolti dai *brokers* nel ramo RCA sono relativi a clientela *business* e non ad utenza privata: i *brokers*, di regola, gestiscono parchi auto di enti o imprese particolarmente importanti. Anche per tali clienti essi tendono comunque a ricorrere al cosiddetto *full-leasing*, demandando all'esterno l'intera gestione del parco auto. Soltanto i *brokers* di piccole dimensioni vendono direttamente polizze auto (Informazioni rilasciate in audizione dai rappresentanti dall'AIBA).

determinare prezzi e condizioni contrattuali consente alle imprese di differenziare il prodotto. In presenza di differenziazione, come già evidenziato, diventa preferibile un assetto distributivo più articolato, in particolare il ricorso ad intermediari multimarca.

In realtà, come emerso dall'analisi condotta, né le consistenti innovazioni introdotte nel quadro normativo che regola l'attività di intermediazione, né il processo di liberalizzazione del settore assicurativo avviato nel 1994 hanno indotto modifiche nella struttura del sistema distributivo nel settore dell'assicurazione auto. I dati illustrati nella tabella 3.1 e relativi alla fine del 2002, infatti, non si discostano da quelli osservati nel periodo immediatamente successivo alla liberalizzazione; vi è, semmai, una tendenza, seppur marginale, ad un incremento del ruolo del canale agenziale: nel 2002 gli agenti hanno effettuato oltre il 94% della raccolta premi RCA, percentuale superiore a quella registrata nel 1994, pari al 92,5%¹⁰¹. Non si è avuto invece alcuno sviluppo degli intermediari multimarca, il cui ruolo, dopo la liberalizzazione e la contestuale riduzione della trasparenza dal lato della domanda dovuta alla crescente personalizzazione tariffaria, avrebbe dovuto invece ampliarsi.

Peraltro, nel corso dell'indagine conoscitiva è stato possibile accertare che oltre il 90% degli agenti operano in regime di esclusiva (monomandatari)¹⁰². Tale risultato è confermato dall'analisi condotta sul campione di 25 imprese, da cui emerge come la quasi totalità degli agenti operanti per conto di tali imprese è legata da un rapporto di monomandato (cfr. tabella 3.2).

Ciò emerge con significativa evidenza nel caso delle maggiori imprese: come si osserva dalla tabella, SAI, RAS, Milano Assicurazioni¹⁰³ e Generali, che effettuano una raccolta premi superiore ai 500 miliardi di lire, raccolgono più del 93% dei premi RCA per mezzo di agenti operanti in esclusiva; diverse imprese con una raccolta premi compresa tra i 200 e i 500 miliardi di lire realizzano una frazione minore, seppure elevata, di tale raccolta mediante agenti monomarca; la

101. Fonte: Ania, L'Assicurazione italiana nel 1995.

102. Informazioni fornite dai rappresentanti dello SNA - Sindacato Nazionale Agenti, in data 10 luglio 2001. Secondo l'Isvap, a fine 2001 gli agenti con mandato erano circa 23.000. Di questi, l'84% era monomandatario (d'impresa o di gruppo). Considerato che di regola sono le imprese di minori dimensioni a ricorrere più frequentemente al plurimandato, è plausibile ritenere che la quota in valore intermediata dai monomandatari sia superiore al numero di agenti in esclusiva.

103. Milano Assicurazioni distribuisce, per ragioni connesse ad alcune vicende societarie, parte delle proprie polizze attraverso agenzie plurimandato, insieme a Nuova Maa. Entrambe le imprese fanno ora parte del medesimo gruppo assicurativo, per cui la quasi totalità della raccolta premi da queste effettuata avviene attraverso agenti monomandatari.

maggior parte delle imprese di dimensione media o piccola si avvale invece in modo significativamente meno rilevante degli agenti in esclusiva.

Tabella 3.2 – Premi raccolti dalle imprese nei diversi canali (valori %)

	Agenti monomand.	Agenti plurimand	Brokers	Vendita diretta	Sportelli	Altro(*)
Imprese con raccolta premi > 500 mld di lire						
SAI	93,69		4,25	2,06		
RAS	95,89		3,78	0,33		
Milano	94,43	5,17		0,11		
Generali	96,98		1,8	0,16	0,06	
Imprese con raccolta premi 200-500 mld di lire						
Levante Norditalia	84,92	15,08				
Zurigo	79,71	18,91		0,99		0,39
Allianz Subalpina	93,71	1,7		4,59		
UAP	91,69	6,63		1,68		
Cattolica	98,82	1,01		0,17		
Imprese con raccolta premi 50-200 mld di lire						
Bayerische	65,59	34,41				
Meie	99,11		0,14	0,76		
Augusta	61,57	35,35	2,06			1,02
Mediolanum	22,2	69,12		8,67		
Uniass	64,63	35,37				
BNC	87,54	0,58		11,88		
Nazionale	87	12,57	0,43			
Duomo	99,98	0,02				
Imprese con raccolta premi 0-50 mld di lire						
Assimoco	15,35	73,33			11,32	
Norwich Union	62,82					37,18
Genertel				100 (**)		
Mapfre Progress	99,92		0,08			
Padana	11,55		11,61		76,84	
Bavaria		98,39			1,61	
Ticino		91,42			8,58	
Linear				100 (**)		

* Promotori, agenzia in economia e gerenza.

** Via telefono o internet.

Fonte: elaborazione su dati forniti dal campione di 25 imprese.

L'assoluta prevalenza degli agenti in esclusiva nel ramo RCA costituisce un fenomeno tipico del mercato italiano RCA, non rinvenibile nei mercati assicurativi esteri, dove, coerentemente alle indicazioni dell'analisi economica, la distribuzione di polizze auto avviene in prevalenza attraverso forme di vendita diretta a distanza o intermediari/mediatori indipendenti.

Le ragioni alla base dell'inerzia mostrata dal sistema distributivo italiano sono molteplici.

È innegabile che la pesante eredità della regolamentazione abbia avuto un ruolo importante nel frenare l'innovazione a livello distributivo, ritardando l'apertura alla concorrenza del mercato italiano RCA: si ricorda a riguardo che prima del 1994 prezzi e condizioni contrattuali per la polizza RCA erano stabiliti dal regolatore e quindi per ogni profilo di rischio tutte le imprese offrivano la stessa copertura allo stesso prezzo. In assenza di differenziazione il ricorso a canali distributivi multimarca poteva non essere vantaggioso per le imprese ed è quindi comprensibile che sia sviluppato e consolidato un sistema distributivo caratterizzato dalla prevalenza assoluta di agenti monomandatari, difficile da modificare in tempi brevi.

Tale effetto di inerzia è stato poi rafforzato da una serie di fattori: innanzitutto, il fatto che i rapporti tra imprese ed agenti di assicurazione siano regolati dalla contrattazione collettiva può avere ridotto gli incentivi per le singole imprese ad introdurre nuove forme distributive, soprattutto multimarca, in un contesto in cui la regola è l'agente monomandatario; un importante freno all'innovazione delle reti distributive è poi rappresentato dall'assenza di incentivi per gli intermediari a sviluppare servizi informativi evoluti a favore dei consumatori. Ciò per almeno due ragioni: in primo luogo rileva la prassi delle imprese di assicurazione di remunerare gli agenti con provvigioni proporzionali ai premi raccolti. In secondo luogo si deve evidenziare la scarsa flessibilità tariffaria consentita agli agenti assicurativi, anche per effetto della circolare Isvap n. 260/95, solo recentemente modificata con la circolare del 25 marzo 2003, n. 502/D, secondo la quale le imprese sono tenute ad indicare alle agenzie l'importo massimo degli sconti praticabili ed il numero dei possibili beneficiari. In pratica, gli agenti non possono agire sulla leva del prezzo, anche rinunciando ad una parte dei loro compensi, al fine di acquisire nuovi clienti. Tutto ciò ha determinato l'instaurarsi di rapporti verticali strutturati in modo da non consentire la concorrenza di prezzo tra punti vendita, facendo venir meno anche gli

incentivi a competere sulla qualità e a differenziare il servizio e, di conseguenza, riducendo la concorrenza *interbrand*.

Il collocamento a distanza di polizze auto

La vendita diretta effettuata tramite il mezzo telefonico o Internet rappresenta per l'Italia, diversamente da quanto accade nei Paesi nei quali i mercati assicurativi sono caratterizzati da un maggior grado di concorrenza, un fenomeno relativamente nuovo.

Alla fine del 2002 risultano operare in Italia 7 imprese specializzate nel collocamento a distanza di polizze auto, a cui va aggiunta la società Crowe¹⁰⁴, impresa che attualmente risulta non attiva.

Si tratta - ad eccezione di Direct Line e di Crowe - di imprese appartenenti a gruppi assicurativi tradizionali già operanti sul territorio italiano, i quali hanno scelto di introdurre tale nuova modalità distributiva al fine di differenziare la loro attività; le imprese dirette costituite nell'ambito di tali gruppi si avvalgono in larga misura delle risorse a disposizione del gruppo di appartenenza (in particolare nella gestione dell'*asset management* e della liquidazione). Le ragioni che hanno indotto i gruppi assicurativi italiani a creare imprese specializzate nella vendita diretta sono riconducibili al desiderio di sfruttare gli spazi resi disponibili dalla possibilità di maggiore selezione del rischio offerti da un nuovo canale di vendita¹⁰⁵, nonché dalla volontà di anticipare l'ingresso di nuovi operatori esteri specializzati nella vendita telefonica o telematica.

Analogamente a quanto accade negli altri Paesi in cui il fenomeno è diffuso da tempo, le imprese telefoniche operanti in Italia sono specializzate quasi esclusivamente nel settore dell'assicurazione auto.

104. Quest'ultima in realtà non è una vera e propria impresa, bensì un sindacato dei Lloyds di Londra. Inoltre Crowe, accanto al telefono, utilizza una rete di "promoter" i quali non concludono i contratti in nome e per conto delle imprese, ma hanno solo la funzione di mettere in contatto i potenziali clienti con la compagnia, percependo una modesta percentuale sui contratti personalmente procurati (informazioni fornite dai rappresentanti della Crowe in audizione).

105. Al riguardo si deve sottolineare che un'impresa di nuova costituzione, che non dispone quindi di un portafoglio pregresso, incontra minore difficoltà ad effettuare una selezione spinta dei rischi. Infatti, la riduzione dei premi per i rischi migliori determina necessariamente un aumento di quelli relativi ai cattivi rischi. Un'impresa tradizionale, per non perdere i clienti caratterizzati da una maggiore sinistrosità per la RCA, i quali spesso sono assicurati anche per altre coperture, cerca di mantenere un certo grado di sussidiarietà al proprio interno; ciò determina una minore possibilità di esercitare la leva dei prezzi.

La prima impresa a fare il suo ingresso nel mercato italiano è stata Genertel, impresa avente come azionista unico la holding del gruppo Generali. Costituita già nel 1975 come “Trieste e Venezia Assicurazione”, la società, proprio il 1° luglio 1994 ha azzerato il suo portafoglio commerciale e ha iniziato ad operare nel settore della vendita diretta come “Genertel”.

Successivamente sono entrate nel mercato nel 1996 la Royal Insurance, del gruppo britannico Royal & Sunalliance, all’epoca presente nel settore auto in Italia con l’impresa Lloyd Italico e la Linear, del gruppo Unipol; nel 1997 la Lloyd 1885 (ora Genialloyd), del gruppo Ras, e la Sicurtà 1879 (Zuritel), del gruppo Zurigo Italia; nel 1998 la Crowe, “sindacato” dei Lloyds di Londra.

Allstate Diretto, impresa appartenente ad un importante gruppo assicurativo statunitense, è entrata nel 2001 ed rimasta pochi mesi sul mercato, essendo stata subito acquisita da Direct Line, una delle più importanti imprese di assicurazione auto nel Regno Unito, che ha iniziato ad operare in Italia solo recentemente e, nel febbraio 2002, ha acquisito il controllo dell’impresa Royal Insurance.

Infine, hanno fatto il loro ingresso sul mercato dell’assicurazione auto Cattolica On Line, società costituita ad hoc dal gruppo Cattolica e Dialogo Assicurazioni, del gruppo Fondiaria-Sai.

Complessivamente le imprese di vendita diretta, come emerge dalla tabella 3.3, detengono una quota di mercato non particolarmente elevata, che nel 2001 è stata di poco superiore al 2%. I dati presentati nella tabella si riferiscono sia alla vendita realizzata mediante telefono che alla vendita via Internet¹⁰⁶.

Quasi il 70% della raccolta premi delle imprese dirette è effettuata, peraltro, da operatori appartenenti ad alcuni tra i principali gruppi assicurativi italiani (Generali, Allianz-RAS e Unipol).

106. Internet rappresenta una quota del totale delle vendite variabile da impresa a impresa (ad esempio Lloyd 1885, su 53 miliardi di lire raccolti nel corso del 1999, ne ha raccolti 10 attraverso Internet; Genertel, dei 150 miliardi di lire raccolti nel 1999, ne ha realizzati 10 mediante Internet; informazioni fornite dai rappresentanti delle imprese in audizione).

Tabella 3.3 - Quota di mercato delle imprese di vendita diretta nel settore dell'assicurazione auto 1995-2001

		Genertel	Genialloyd	Linear	Royal (ora Direct Line)	Zuritel	Allstate (ora Direct Line)	Cattolica On line	Dialogo	Tot. telef. su tot. mercato
	Gruppo	Generali	RAS	Unipol	Royal &Sun	Zurigo	Allstate	Cattolica	Fondiar SAI	
1995	Rca	0,02	-	-	-	-	-	-	-	0,02
	Cvt	0,07	-	-	-	-	-	-	-	0,07
1996	Rca	0,07	-	-	-	-	-	-	-	0,07
	Cvt	0,12	-	-	0,01*	-	-	-	-	0,13
1997	Rca	0,18	0,02	0,03	0,01	-	-	-	-	0,24
	Cvt	0,25	0,02	0,02	0,04	-	-	-	-	0,33
1998	Rca	0,34	0,09	0,08	0,06	-	-	-	-	0,58
	Cvt	0,40	0,08	0,06	0,14	-	-	-	-	0,70
1999	Rca	0,48	0,17	0,14	n.d.	0,07	-	0,00	-	0,86
	Cvt	0,48	0,15	0,10	n.d.	0,11	-	-	-	0,84
2000	Rca	0,58	0,27	0,23	n.d.	0,12	0,02	0,00	-	1,22
	Cvt	0,54	0,23	0,15	n.d.	0,16	0,02	0,01	-	1,11
2001	Rca	0,64	0,37	0,36	0,44	0,17	0,14	0,01	0,01	2,04
	Cvt	0,57	0,31	0,22	0,69	0,22	0,12	0,04	0,01	2,18

* Dato relativo all'intero settore auto (RC+CVT), fornito dall'impresa in audizione
Fonte: Ania anni vari.

3.4 Conclusioni

Dall'analisi condotta nel presente capitolo emerge che, pur essendo trascorsi diversi anni dall'avvio della liberalizzazione, il mercato italiano RCA continua ad essere dominato da agenti operanti in esclusiva. Non si sono invece diffusi quei canali di vendita che nei Paesi esteri realizzano la maggior parte della raccolta premi auto: per quanto riguarda la vendita diretta a distanza, soprattutto a partire dal 1996 hanno fatto il loro ingresso diverse imprese specializzate nel collocamento a distanza, mentre svariate imprese esistenti hanno iniziato ad avvalersi anche di tale modalità distributiva. Tuttavia, a differenza di quanto si

verifica negli altri Paesi, ad esempio nel Regno Unito, dove un nuovo entrante specializzato nella vendita a distanza è diventato in pochi anni leader dell'assicurazione auto, le imprese di vendita a distanza attive in Italia detengono quote di mercato ancora molto contenute.

L'assenza di innovazioni a livello distributivo osservata nel mercato RCA è riconducibile a diversi fattori.

Innanzitutto alla pesante eredità della regolamentazione: poiché prezzi e condizioni tariffarie erano determinati dal regolatore, non era possibile alcuna differenziazione del prodotto. In un contesto siffatto le imprese non erano incentivate allo sviluppo di rivenditori multimarca e preferivano ricorrere agli agenti monomandatari. Ciò aveva prodotto un determinato assetto organizzativo delle reti di vendita, assetto difficile da modificare in tempi brevi.

Le riscontrate rigidità del sistema distributivo si spiegano poi con una serie di elementi che hanno ostacolato l'affermazione di reti distributive multimarca, tra cui: il fatto che i rapporti tra produttori e agenti siano regolati dalla contrattazione collettiva, per cui la singola impresa, in un contesto ove la regola è la distribuzione esclusiva, può non essere incentivata ad introdurre in modo autonomo un sistema di vendita multimarca; l'assenza di incentivi alla concorrenza su prezzo e servizio tra i vari punti vendita, prodotta dal tipo di remunerazione previsto per la rete agenziale nonché dai vincoli alla flessibilità tariffaria per gli agenti previsti dall'Isvap. Per favorire lo sviluppo di intermediari multimarca è opportuno modificare il sistema di remunerazione degli stessi, prevedendo che siano i consumatori a sostenere direttamente il costo del servizio offerto. In tal modo, svincolando gli intermediari dalle imprese e permettendo ai consumatori di valutare la qualità del servizio ricevuto, il rivenditore è incentivato a proporre la polizza che maggiormente risponde alle esigenze dei clienti.

Un tale assetto organizzativo delle reti di vendita, oltre ad impedire lo sviluppo di adeguate condizioni di concorrenza a livello distributivo, ha condizionato negativamente l'intero assetto concorrenziale dell'industria RCA: nel momento in cui, a seguito della liberalizzazione di prezzi e condizioni contrattuali, diventa sempre più difficile il confronto tra i prodotti offerti dalle diverse imprese, è necessario che si sviluppino canali distributivi idonei a facilitare i confronti o a ridurre i costi di ricerca, aumentando la trasparenza per i consumatori e quindi la loro mobilità, alla ricerca della combinazione qualità/prezzo più conveniente. I rapporti verticali che continuano a caratterizzare il mercato RCA, in un contesto

di scarsa trasparenza dal lato della domanda, hanno prodotto costi di ricerca eccessivamente elevati per i consumatori rispetto ai possibili benefici, limitando fortemente la mobilità della domanda. In un contesto in cui la domanda di mercato è rigida, a causa della natura obbligatoria della copertura RCA, ciò ha irrigidito la domanda per le singole imprese, indebolendo gli incentivi delle stesse a competere. Per questa ragione, come si vedrà, il permanere del sistema distributivo tradizionale ha consentito alle imprese di traslare interamente sui premi finali i crescenti aumenti di costo osservati nel periodo in esame, con evidenti effetti negativi sull'efficienza e sulla concorrenza del mercato RCA¹⁰⁷.

107. Non si può inoltre trascurare, come si vedrà nel capitolo relativo alla dinamica dei costi, che a detti aumenti ha contribuito in modo significativo proprio l'andamento dei costi distributivi, che le imprese, anche per le ragioni suddette, non sono incentivate a tenere sotto controllo.

Le tariffe

70

4. La costruzione della tariffa. Profili teorici

4.1 Il ruolo strategico dell'informazione nel settore assicurativo

L'analisi condotta nel capitolo precedente ha mostrato come in Italia le caratteristiche del sistema distributivo siano tali da ostacolare lo sviluppo di corrette dinamiche concorrenziali nel mercato RCA. Le rigidità esistenti a livello distributivo hanno condizionato l'intero assetto organizzativo del mercato RCA a causa dell'esistenza di rilevanti problemi informativi che possono rendere la valutazione del prodotto assicurativo particolarmente difficoltosa al consumatore. Il sistema di distribuzione in esclusiva, realizzato tramite agenti monomandatari, in un contesto caratterizzato da problemi informativi, riduce la trasparenza per i consumatori e aumenta i costi di ricerca del prodotto maggiormente rispondente alle loro esigenze.

D'altra parte, nel mercato assicurativo problemi informativi esistono anche dal lato dell'offerta, dal momento che le imprese devono fissare un prezzo per assicurare un soggetto di cui non conoscono tutte le caratteristiche rilevanti e non possono prevedere i comportamenti futuri.

In generale, nel mercato assicurativo l'informazione ha rilevanza fondamentale sotto un duplice profilo: in primo luogo, dal lato dell'offerta, l'esistenza di asimmetrie informative connesse all'impossibilità per le imprese di conoscere le

caratteristiche di ciascun assicurato che ne determinano la rischiosità, note invece a quest'ultimo (*adverse selection*), nonché di osservare il comportamento dell'assicurato riguardo alla possibilità di incidere sulla probabilità di evitare il sinistro (*moral hazard*), ha effetti sulle allocazioni di equilibrio e influenza i comportamenti delle imprese; in secondo luogo, dal lato della domanda, considerata la particolare natura del prodotto assicurativo, complesso e legato al verificarsi di eventi futuri, il consumatore non dispone di tutte le informazioni necessarie per effettuare una scelta ottimale.

In sostanza, in considerazione dell'esistenza di problemi informativi idonei a generare fallimenti del mercato, il modello tradizionale di concorrenza perfetta e le sue implicazioni in termini di analisi antitrust non sono immediatamente applicabili all'analisi del mercato assicurativo.

4.2 Le asimmetrie informative in un generico mercato assicurativo

Definizione di mercato assicurativo e condizioni (ipotetiche) per un equilibrio ottimale

Da un punto di vista economico, il mercato assicurativo può essere definito come un mercato in cui vengono scambiati beni condizionati ai diversi possibili stati di natura futuri (ad esempio, presenza o assenza di sinistri).

In un mercato concorrenziale, caratterizzato da informazione non asimmetrica¹⁰⁸, avversione al rischio di tutti gli agenti¹⁰⁹, stesso grado di avversione assoluta al rischio¹¹⁰ e assenza di costi di transazione, si può dimostrare che ogni agente ottiene una piena copertura assicurativa,¹¹¹ determinando così una situazione in cui la ricchezza di ognuno non dipende più dallo stato di natura, in quanto qualunque sia lo stato di natura che si verifica (c'è il sinistro/non c'è il sinistro) gli assicurati pagano sempre e solamente un medesimo ammontare, pari al premio.

108. Vale a dire entrambe le parti del contratto (assicuratore ed assicurato) dispongono dello stesso set informativo.

109. Un agente è avverso al rischio quando preferisce un reddito certo di ammontare X ad un reddito incerto che può essere maggiore, minore o uguale ad X. In questo contesto, in realtà, non è necessario specificare che gli individui sono avversi al rischio, in quanto è proprio la presenza di avversione al rischio e quindi il desiderio di rendere il proprio reddito indipendente dai possibili stati di natura che determina l'esistenza dei mercati assicurativi.

110. L'avversione assoluta al rischio si distingue da quella relativa in quanto quest'ultima è funzione del livello di ricchezza dei vari individui.

111. Si ha piena copertura quando l'assicurato è certo di ricevere un indennizzo pari all'ammontare del danno subito, indipendentemente dall'entità di tale danno.

In equilibrio tale premio (al netto dei costi per la prestazione del servizio di assicurazione) è uguale al prodotto tra probabilità che si verifichi un sinistro e livello previsto del risarcimento¹¹².

In realtà, nel mercato assicurativo non è possibile raggiungere allocazioni ottimali nel senso appena descritto, a causa della presenza di asimmetrie informative e di costi di transazione. Inoltre, di regola gli individui non mostrano lo stesso grado di avversione al rischio e ciò rende eterogeneo il comportamento dei singoli agenti, pur caratterizzati da livelli di rischiosità simili.

Asimmetrie informative (moral hazard, adverse selection) e avversione al rischio

L'esistenza di asimmetrie informative, come è noto, è riconducibile a due ordini di fattori: l'assicuratore può non essere in grado, in primo luogo, di osservare il comportamento tenuto dall'assicurato riguardo alla possibilità di evitare il sinistro (*moral hazard*), in secondo luogo, di conoscere, a differenza del contraente, la sua rischiosità intrinseca (*adverse selection*). Si tratta di informazioni private che l'assicurato non è in genere incentivato a svelare all'assicuratore¹¹³.

Tali asimmetrie fanno sì che l'impresa basi la propria politica tariffaria con riferimento ad una popolazione teorica diversa da quella effettiva, e ciò conduce a risultati subottimali.

Situazioni di *moral hazard* possono manifestarsi o perché l'assicuratore è in grado di osservare il sinistro, ma non le azioni dell'assicurato che influenzano la probabilità del sinistro, ovvero perché l'assicuratore è in grado di conoscere l'effettiva natura del sinistro solo sostenendo un costo. In entrambi i casi, l'incentivo a prestare attenzione e a tenere un comportamento corretto da parte dell'assicurato si riduce a causa del vantaggio informativo di cui egli dispone nei confronti dell'assicuratore.

In sostanza, sorgono problemi di *moral hazard* quando il comportamento degli assicurati è in grado di influenzare la probabilità che si verifichi un sinistro, facendola aumentare rispetto a quella che si avrebbe in assenza di copertura assi-

112. In termini attuariali, il costo sostenuto dall'assicurato è pari al costo medio dei sinistri più il caricamento necessario a coprire i costi amministrativi.

113. Un consumatore non ha interesse a fornire informazioni che possano indurre l'impresa ad inserirlo in una classe di rischio cui corrisponde un premio più elevato.

curativa¹¹⁴. Fenomeni di *moral hazard* possono manifestarsi anche come atti di dolo compiuti da un individuo, assicurato contro il verificarsi di un certo evento, che provochi volontariamente tale evento al fine di ottenere l'indennizzo previsto. Dal punto di vista degli effetti sull'impresa di assicurazione, al dolo possono assimilarsi le frodi, perpetrate dagli utenti quando simulano il verificarsi di un sinistro, al fine di ottenere il risarcimento per i danni dello stesso. Infatti, l'impresa è tenuta a tale risarcimento nella misura in cui non riesce a provare che si tratta di una frode¹¹⁵.

Il *moral hazard* può manifestarsi anche quando l'assicuratore è in grado di conoscere l'effettiva natura del sinistro solo sostenendo un costo. In sostanza, l'assicuratore deve affidarsi alle dichiarazioni dell'assicurato circa l'esistenza e l'entità di un sinistro, non essendo in grado di osservarle direttamente¹¹⁶.

Per quanto riguarda l'*adverse selection*, il fenomeno è legato al fatto che la probabilità che si verifichi un sinistro non è distribuita uniformemente all'interno della popolazione e l'assicuratore, in genere, non è in grado di osservare la "rischiosità" intrinseca dell'individuo a cui sta offrendo una copertura assicurativa, rischiosità che è invece nota all'assicurato.

A parità di avversione al rischio, maggiore è il grado di rischiosità di un individuo, più forte è l'incentivo ad assicurarsi; in particolare, saranno maggiormente interessati gli individui caratterizzati da una rischiosità maggiore rispetto a quella media della popolazione. In sostanza, fissando, sulla base della probabilità media che si verifichi un sinistro, un premio unico per tutti gli individui, i soggetti a basso rischio avranno un'utilità attesa minore rispetto al premio, mentre quelli ad alto rischio avranno un'utilità attesa superiore¹¹⁷. Tenderanno, quindi, ad assicurarsi soltanto gli individui ad alto rischio¹¹⁸. In un siffatto contesto, gli

114. Ad esempio, ciò può verificarsi nel caso in cui un individuo che abbia stipulato una polizza che garantisce una copertura completa contro il rischio di furto, modifichi il proprio comportamento rispetto a quello che avrebbe avuto in assenza di copertura (mancato acquisto di un antifurto, riduzione dell'attenzione, ecc.).

115. Quando l'assicuratore non è in grado di osservare le azioni dell'assicurato che influenzano la probabilità del sinistro, si può dimostrare, utilizzando un semplice modello basato su due possibili stati di natura (il sinistro si verifica oppure no), che in un mercato concorrenziale la polizza ottimale implica una copertura parziale del danno e che il grado di copertura aumenta al diminuire del costo che l'assicurato deve sostenere per prestare il livello di prudenza "adeguato": minore è tale costo, maggiore è l'incentivo dell'assicurato a prestare il grado di attenzione necessario al diminuire della copertura.

116. Ad esempio, nel caso in cui venga dichiarato il furto di parti di un veicolo (ad esempio, della ruota di scorta), l'assicuratore non può essere certo che il furto sia avvenuto effettivamente né che le parti denunciate siano state realmente asportate.

117. L'utilità attesa è data dal prodotto tra probabilità che si verifichi un sinistro e ammontare dell'indennizzo. Assumendo un medesimo indennizzo per le due categorie di assicurati, è evidente che gli assicurati a basso rischio (cui corrisponde una frequenza sinistri minore) avranno un'utilità attesa inferiore.

assicuratori, al fine di evitare profitti negativi, potranno decidere di non assicurare certi rischi; inoltre, aumenterà il livello medio di rischiosità degli individui che riescono ad ottenere una copertura assicurativa. Portando alle estreme conseguenze il suddetto ragionamento, si potrebbe addirittura ipotizzare la scomparsa del mercato assicurativo.

Invero, i modelli standard sulle asimmetrie informative, sono basati sull'ipotesi, molto forte, di avversione al rischio identica per tutti gli assicurati. In realtà, il comportamento di ciascun individuo dipende in modo rilevante dal proprio grado di avversione al rischio. Un individuo prudente adotterà misure per prevenire i sinistri a prescindere dal possesso di una polizza assicurativa, e ciò incide sul *moral hazard*. Inoltre, è probabile che questi tenderà ad acquistare coperture in eccesso rispetto alla propria rischiosità effettiva, adottando quindi un comportamento opposto a quello previsto dalla teoria sull'*adverse selection*.

Soluzioni alle asimmetrie informative

In definitiva, un'impresa che deve fornire una copertura per un dato rischio non è in grado di prevedere, al momento della stipula del contratto, di quanto lo specifico rischio si discosti dal rischio medio del sistema, calcolabile sulla base della frequenza dei sinistri. Per questo l'impresa deve acquisire informazioni specifiche che le consentano di fissare, per ogni utente, un prezzo il più possibile corrispondente al rischio effettivo. Considerato che una parte delle informazioni necessarie sono note solo agli assicurandi, l'impresa deve dotarsi di strumenti in grado di incentivare i propri clienti a svelare correttamente tali informazioni.

Di fatto, il processo di acquisizione di informazioni rappresenta l'elemento essenziale dell'attività assicurativa. In un contesto competitivo, dunque, l'abilità nel raccogliere informazioni costituisce una variabile fondamentale su cui si esplica il gioco della concorrenza.

Tale processo può essere svolto dalle imprese in modo collettivo, mediante la costituzione di banche dati e/o veri e propri scambi di informazioni, o individualmente, attraverso l'adozione di una serie di strumenti che saranno analizzati nei paragrafi seguenti.

118. Il seminal paper sull'*adverse selection* è un noto lavoro di Akerlof J. A. (1970). Per quanto riguarda specificamente il mercato assicurativo, il lavoro di riferimento è Rothschild M. - Stiglitz J. E. (1976), i quali introducono due ipotesi basilari: la presenza di agenti sufficientemente eterogenei rispetto alla probabilità di un sinistro e dotati di un grado di avversione al rischio non particolarmente elevato.

Soluzioni collettive: scambi di informazioni e banche dati

Sotto il profilo di tutela della concorrenza, è di regola preferibile che l'acquisizione di informazioni sia realizzata dalle singole imprese e non attraverso forme di cooperazione, che possono realizzarsi attraverso la raccolta comune di informazioni (banche dati) ovvero mediante veri e propri scambi di informazione.

Lo scambio di informazioni, in genere, può avere rilevanti effetti anticompetitivi, tanto più significativi quanto maggiore è il numero di imprese coinvolte, in quanto esso aumenta artificialmente il grado di trasparenza del mercato dal lato dell'offerta, incentivando le imprese ad uniformare i propri comportamenti.

Le banche dati, viceversa, in presenza di determinate condizioni, possono risultare necessarie a garantire un funzionamento efficiente del mercato. Con specifico riferimento all'industria assicurativa, ciò può verificarsi soprattutto in due casi particolari: i) quando le imprese, considerate singolarmente, non dispongono di un numero di osservazioni sufficienti a stimare correttamente il rischio; ii) quando esistono esternalità tali per cui l'impresa che effettua un investimento in informazione, non riesce ad appropriarsi interamente dei benefici ad esso associati.

Il primo caso, che riguarda soprattutto i rischi non di massa e/o i nuovi entranti, è alla base del regolamento comunitario di esenzione settoriale. Il secondo caso si presenta, ad esempio, in relazione al fenomeno delle truffe: in primo luogo, per i noti problemi di esternalità, l'investimento in informazione realizzato dalla singola impresa risulta subottimale; in secondo luogo, per combattere efficacemente le frodi, ciascuna impresa deve comunque poter disporre di informazioni possedute dalle altre imprese (ad esempio, l'esistenza di più richieste di risarcimento per uno stesso sinistro).

Soluzioni individuali: screening, experience rating, personalizzazione

Per fronteggiare i problemi di *moral hazard*, l'impresa deve poter verificare la veridicità delle informazioni fornite dagli assicurati e deve riuscire ad influenzare il comportamento degli stessi, inducendoli ad adottare tutte le misure idonee a ridurre la probabilità di un sinistro.

Gli strumenti a disposizione dell'impresa sono numerosi:

- i) far partecipare l'assicurato alle conseguenze di un sinistro, prevedendo una franchigia;

ii) per i contratti multiperiodali, legare il prezzo richiesto ad ogni rinnovo al numero di sinistri verificatisi in passato (*experience rating*);

iii) prevedere sconti legati all'adozione di specifiche misure (ad esempio, uso di antifurti).

In sostanza, mentre le prime due misure sono efficaci in quanto fanno contribuire gli assicurati al danno economico provocato da un sinistro (mediante franchigia o premi futuri più elevati), la terza misura cerca di ridurre la probabilità del sinistro inducendo l'assicurato a comportamenti virtuosi nel periodo di validità del contratto. Quest'ultima misura, per funzionare, richiede che gli sconti siano legati a variabili su cui l'impresa può effettuare controlli *ex post* ed eventualmente sanzionare l'assicurato che non ha rispettato il contratto. A tale proposito si ricorda che esistono specifiche disposizioni nel codice civile, che prevedono la possibilità per gli assicuratori di non pagare o ridurre l'ammontare del risarcimento in presenza di dichiarazioni false o reticenti da parte degli assicurati (artt. 1892 e ss. c.c.).

Quando il *moral hazard* si presenta sotto forma di comportamento fraudolento, le imprese possono ricorrere anche a soluzioni collettive del tipo sopra evidenziato.

Per superare i problemi di *adverse selection* l'impresa deve ricorrere a contratti differenziati in base alla tipologia di utente, avvalendosi di meccanismi che consentano di svelare, almeno in parte, le informazioni private a disposizione dei contraenti. Esistono diversi strumenti idonei allo scopo:

i) offrire polizze caratterizzate da prezzi che aumentano con il grado di copertura. In tal modo ogni individuo rivelerebbe la propria rischiosità acquistando quel contratto che contiene la quantità di copertura corrispondente all'equilibrio tra il costo marginale e la propria utilità marginale, la quale è appunto funzione del grado di rischiosità (*screening*)¹¹⁹;

119. Con riferimento allo *screening*, Rothschild M. - Stiglitz J. E. (1976), hanno dimostrato, assumendo per semplicità l'esistenza di due sole tipologie di assicurati (a basso rischio e ad alto rischio) e di un mercato concorrenziale, che si può raggiungere un equilibrio caratterizzato da una copertura parziale del danno per il tipo a basso rischio e da una copertura totale per il tipo ad alto rischio (equilibrio di separazione). Rothschild e Stiglitz dimostrano inoltre che la distribuzione degli individui tra le due tipologie ha conseguenze importanti per l'esistenza di un equilibrio competitivo: in presenza di pochi individui ad alta rischiosità, un equilibrio competitivo può non esistere, in quanto per ogni possibile equilibrio di separazione sarà possibile trovare una polizza unica per i due tipi, più attraente di quelle dell'equilibrio di separazione e profittevole per l'assicuratore a causa della bassa proporzione di cattivi rischi nella popolazione. Adottando un concetto di equilibrio diverso da quello di Nash, in cui ciascuna impresa pensa che i concorrenti ritireranno le polizze che diventano non profittevoli a seguito di nuove offerte da parte propria, Wilson C. (1977), Miyazaki H. (1977) e Spence M. (1978) hanno mostrato che un equilibrio di *second-best* esiste sempre, a prescindere dal numero di rischi tarati; tale equilibrio è caratterizzato da contratti diversi per ogni tipologia di utente, tali da consentire di compensare le perdite derivanti dalle polizze stipulate agli assicurati ad alto rischio con i profitti sui contratti per gli agenti a basso rischio. Sulle proprietà dell'equilibrio nel caso di mercati monopolistici si veda Stiglitz J. E. (1977).

ii) personalizzare i rischi (*monitoring*), ovvero suddividere gli assicurati in classi di rischio il più possibile omogenee, costruite utilizzando parametri osservabili, correlati statisticamente con la dimensione del rischio (probabilità del sinistro e dimensione del danno). Ogni assicurato dovrà pagare un premio di polizza proporzionale alla rischiosità media della classe cui appartiene¹²⁰. Vale sottolineare che l'efficacia della personalizzazione dipende dalle variabili scelte e dai costi di osservazione delle stesse, potendo, in talune circostanze, verificarsi situazioni in cui i costi della personalizzazione sono superiori ai benefici che se ricavano;

iii) adottare i meccanismi di *experience rating* esaminati in relazione al *moral hazard*; tali meccanismi consentono alle imprese di adeguare il prezzo alla rischiosità effettiva dell'assicurato.

4.3 Le asimmetrie informative nel mercato RCA

Nel mercato RCA, considerata la natura obbligatoria della copertura, i fenomeni di *adverse selection* e di *moral hazard* si manifestano con modalità differenti rispetto a quanto osservato in relazione a un generico mercato assicurativo.

In merito all'*adverse selection*, si ricorda che il fenomeno è collegato, tipicamente, alla possibilità che si assicurino solo gli individui ad alto rischio. Poiché la polizza RCA è obbligatoria (per cui i proprietari di un veicolo a motore sono vincolati ad acquistare un livello totale - o quantomeno ragionevolmente elevato - di copertura), nel mercato RCA l'*adverse selection* non può manifestarsi nelle forme osservate in un generico mercato assicurativo.

La natura obbligatoria della polizza RCA può, in ogni caso, modificare le scelte di consumo nel mercato degli autoveicoli: se la domanda di autoveicoli non è rigida, qualora il prezzo della polizza RCA risultasse troppo elevato, l'utente potrebbe decidere di non acquistare alcun veicolo¹²¹; inoltre, la scelta del tipo di veicolo da acquistare potrebbe essere influenzata dal prezzo richiesto per la relativa copertura RCA.

120. In questo modo il fenomeno di *adverse selection* può verificarsi solamente all'interno di ogni classe; poiché il grado di rischiosità è più omogeneo all'interno di ogni classe di quanto non sia per l'intera popolazione, gli effetti di *adverse selection* sono certamente minori di quelli che si avrebbero in assenza di discriminazione.

121. L'esistenza di tale fenomeno nel mercato italiano RCA è stata segnalata all'Autorità, in data 26 febbraio 2002, dall'ANCMA - Associazione Nazionale Ciclo Motociclo Accessori, che denuncia come il "caro-polizza" abbia determinato una sensibile contrazione delle vendite di motocicli e ciclomotori.

Sempre l'obbligatorietà della copertura, inoltre, fa sì che ciascuna impresa stipuli moltissimi contratti RCA e quindi disponga di un numero elevato di informazioni sulle caratteristiche dei conducenti e dei veicoli assicurati. L'impresa è pertanto in grado di valutare qual è il legame tra tali caratteristiche e la dimensione del rischio (costo medio e probabilità di un sinistro) e utilizzare tali informazioni per la selezione del rischio nei contratti futuri. In tal modo le imprese possono limitare l'*adverse selection*, che, al più, si può manifestare all'interno di ciascuna classe¹²².

La letteratura empirica più recente mostra che nel mercato RCA l'*adverse selection* costituisce un fenomeno marginale¹²³. In particolare, Chiappori P. A. – Salanié B. (2000) per il mercato francese e Dionne-Gouriéroux-Vanasse (2001) per il Quebec evidenziano che le imprese riescono a suddividere la popolazione di assicurati in classi di rischio molto omogenee, utilizzando variabili facilmente osservabili (quali cilindrata dell'autovettura, provincia di residenza, e soprattutto storia assicurativa); la variabilità che residua risulta estremamente ridotta e non è attribuibile alla presenza di asimmetrie informative, bensì ad altri elementi.

Più esattamente, questa letteratura mette in risalto che nel mercato RCA i soggetti di regola non manifestano la stessa avversione al rischio e che gli individui finanziariamente più prudenti tendono ad acquistare un maggior grado di copertura assicurativa¹²⁴. Assumendo, verosimilmente, che prudenza assicurativa e prudenza alla guida siano tra loro correlate possono aversi conseguenze rilevanti¹²⁵. I modelli che fanno riferimento all'*adverse selection* o al *moral hazard* giungono alla conclusione che per effetto di tali asimmetrie informative sono gli assicurati più rischiosi che acquistano maggiore copertura assicurativa, mentre nel caso di avversione al rischio diversa tra individui la correlazione tra copertura assicurativa e grado di rischiosità risulta totalmente ribaltata: saranno gli individui più prudenti, e quindi meno rischiosi, ad acquistare la copertura assicurativa

122. A riguardo si osserva che i modelli tradizionali di asimmetrie informative sono modelli statici e non tengono quindi conto del processo di apprendimento delle imprese, grazie al quale col passare del tempo migliora la capacità di decodifica delle informazioni da parte delle imprese stesse. In una prospettiva dinamica, un modello che incorpori il processo di produzione delle informazioni e di apprendimento delle imprese dovrebbe produrre configurazioni di equilibrio differenti rispetto alla soluzione statica, in particolare caratterizzate da una progressiva riduzione delle asimmetrie informative legate all'*adverse selection*, fino alla sua scomparsa. Al limite si potrebbe addirittura pervenire ad un rovesciamento dell'asimmetria, per cui sarà il soggetto attivo dal lato dell'offerta ad avere vantaggi informativi rispetto a quanti agiscono dal lato della domanda.

123. Cfr. Richaudeau (1999), Chiappori P. A. – Salanié B. (2000). Risultati diversi erano stati ottenuti in passato da Puelz R. - Snow A. (1994).

124. Si vedano ad esempio, Jullien B. - Salanié B. - Salanié F. (1999), e de Meza D. - Webb D. (1999).

125. Sull'esistenza di tale correlazione si veda Jullien B. - Salanié B. - Salanié F. (1999).

più elevata¹²⁶. In quest'ultimo caso, ad una maggiore copertura assicurativa per un dato rischio dovrebbero corrispondere prezzi inferiori, in quanto la rischiosità degli assicurati è minore, ma ciò non è ovviamente possibile¹²⁷.

In definitiva, si può affermare che nel mercato RCA ogni individuo è caratterizzato da una diversa rischiosità, che l'impresa deve poter conoscere al fine di attribuire a ciascun assicurato il premio "corretto". Per altro verso, poiché le imprese riescono ad ottenere le informazioni necessarie a selezionare il rischio, non vi sono informazioni private a disposizione dei contraenti che possano distorcere la politica di *pricing* delle imprese. In sostanza, l'*adverse selection* costituisce un fenomeno trascurabile nel mercato obbligatorio RCA. Anzi, in un contesto dinamico, dove le imprese acquisiscono informazioni sulla effettiva rischiosità degli assicurati, è possibile che si determinino fenomeni di "asimmetria informativa inversa", ovvero che le singole imprese di assicurazione siano in grado di valutare il rischio meglio del singolo assicurato¹²⁸. A tale proposito si consideri che difficilmente un soggetto si considera più pericoloso alla guida rispetto agli altri conducenti. Ciò determina una percezione distorta della propria rischiosità da parte del singolo, che invece non è presente nel caso di un osservatore esterno, quale l'impresa di assicurazione, la cui attività consiste, tra l'altro, proprio nella raccolta e nell'osservazione di statistiche sulla rischiosità dei conducenti.

Per quanto riguarda il *moral hazard*, appare poco plausibile che il possesso di una copertura RCA induca gli assicurati ad adottare comportamenti in grado di aumentare la probabilità che si verifichi un sinistro: in primo luogo, un sinistro stradale può avere effetti anche rilevanti sull'incolumità dello stesso

126. A conferma della validità di ciò si consideri quanto si è verificato in Italia successivamente all'estensione dell'obbligo di copertura RCA a motocicli e ciclomotori, intervenuta nel 1993. Sulla base dei tradizionali modelli di asimmetrie informative, alla vigilia dell'introduzione di tale obbligo la stessa Commissione preposta alla determinazione delle tariffe RCA, come si legge nella relazione annuale da questa predisposta, prevedeva una riduzione dei problemi di *adverse selection*, in quanto si riteneva che da quel momento la copertura RCA sarebbe stata posseduta non solo dagli individui con una rischiosità più elevata, ma da tutti i possessori di un ciclomotore o motociclo, appartenenti a varie classi di rischio. In realtà, quanto si è verificato dal 1993 in poi, in particolare l'aumento nella frequenza dei sinistri subiti da tali categorie di veicoli e l'incremento sostanziale dei premi, induce a ritenere che prima dell'introduzione dell'obbligatorietà fossero assicurati non gli individui a maggiore rischiosità, bensì quelli caratterizzati da una maggiore avversione al rischio.

127. Va comunque rilevato che è possibile tener conto della diversa avversione al rischio degli individui quando si considera la copertura congiunta di più rischi. Ad esempio, Schmitt (2000) rileva come in Gran Bretagna le imprese abbiano un meccanismo di determinazione del prezzo diverso per le polizze solo responsabilità civile (obbligatoria) e per quelle c.d. *comprehensive*, vale a dire polizze che, oltre alla responsabilità civile obbligatoria, comprendono la quasi totalità delle coperture auto ed, in particolare, quella kasko, e che tipicamente sono acquistate da utenti con un grado più elevato di avversione al rischio.

128. Si veda, ad esempio, Villeneuve B. (1998). Cfr. anche nota 126.

conducente, il quale non guiderà in modo meno prudente per il solo fatto di possedere una copertura e, comunque, anche quando il rischio di danni alla persona è ridotto (ad esempio nel traffico cittadino) il conducente ha comunque un incentivo ad una guida attenta per evitare le conseguenze del sinistro (denuncia all'assicurazione, eventuale contenzioso, riparazione del proprio veicolo, ecc.); in secondo luogo, la polizza RCA copre soltanto i danni che l'assicurato provoca a terzi; il responsabile di un sinistro non ottiene, quindi, alcun risarcimento per i danni alla propria persona o al proprio veicolo. In sostanza la presenza di una copertura assicurativa RCA non introduce forti incentivi a comportamenti di *moral hazard* del tipo indicato tradizionalmente dalla letteratura.

Più concreta è, invece, la possibilità di comportamenti fraudolenti da parte degli assicurati RCA che possono fingere di avere subito un sinistro per ottenere il risarcimento dei danni ovvero possono alterare le conseguenze di un sinistro realmente accaduto per avere risarcimenti più elevati.

Soluzioni alle asimmetrie informative

Sulla base delle considerazioni predette, i problemi informativi delle imprese RCA sono riconducibili essenzialmente al fenomeno delle frodi e alla necessità di selezionare il rischio in modo efficiente.

Per quanto riguarda le frodi, valgono le considerazioni effettuate per un generico mercato assicurativo: la presenza di esternalità positive legate agli investimenti in informazione e la necessità per ciascuna impresa di disporre di informazioni private di altre imprese possono rendere efficiente il ricorso ad una soluzione collettiva, quale la costituzione di una banca dati comune.

A riguardo si consideri che, per un'impresa cui viene denunciato un sinistro, può risultare necessario, volendo verificare l'esistenza di possibili comportamenti fraudolenti, conoscere se quel sinistro è stato già denunciato presso un'altra impresa, se un dato veicolo risulta frequentemente coinvolto in sinistri, se gli eventuali testimoni sono spesso presenti in altre cause assicurative, ecc.

Una banca dati contenente informazioni di questo tipo può risultare utile per l'intero mercato RCA, a condizione però che il flusso di informazioni in uscita sia costituito dai soli dati strettamente necessari ad impedire comportamenti fraudolenti degli assicurati.

Si deve, peraltro, sottolineare che la banca dati rappresenta uno strumento efficace per le frodi ripetute da parte dei medesimi soggetti, mentre è poco adatta a combattere il fenomeno, pure presente, dei “sinistri gonfiati”.

Con riferimento alla selezione del rischio, le soluzioni di tipo collettivo sono quelle già previste dal Regolamento di esenzione settoriale, il quale autorizza le imprese di assicurazione alla raccolta in comune delle informazioni statistiche necessarie a determinare il costo medio¹²⁹. Nel ramo RCA sono essenzialmente le imprese nuove entranti ad aver bisogno di tali statistiche, in quanto la generalità delle imprese operanti nel ramo RCA dispone di un numero di osservazioni sufficienti a calcolare autonomamente il costo medio del sinistro¹³⁰.

La selezione del rischio da parte delle singole imprese RCA viene sostanzialmente effettuata attraverso due strumenti: i) specifici meccanismi di *experience rating*, noti come bonus/malus e franchigia, che, come già evidenziato in relazione ad un generico mercato assicurativo, da un lato disincentivano i comportamenti di *moral hazard*, dall’altro sono di ausilio nel processo di selezione del rischio; ii) sistemi di personalizzazione delle polizze.

L’experience rating nel ramo RCA: bonus/malus e franchigia

Il sistema bonus/malus consente alle imprese di concedere sconti o maggiorazioni di premio secondo regole legate alla sinistrosità pregressa di ciascun contraente¹³¹.

Una variante del bonus/malus, di più semplice applicazione, è costituita dal cosiddetto meccanismo “*no-claims discount*”: in pratica, all’utente che abbia

129. Nella vecchia versione del Regolamento, in vigore fino al 30 marzo 2003, si faceva riferimento ad una grandezza denominata premio puro. Nella nuova versione si è passati ad una definizione tecnicamente più corretta, limitando l’esenzione ai soli “*calcoli del costo medio della copertura di un determinato rischio in passato*”.

130. A riguardo i rappresentanti della società di consulenza Tillinghast, nell’audizione del 29 febbraio 2000, hanno affermato che sono sufficienti allo scopo 50.000 osservazioni-anno, ottenibili ad esempio attraverso 10.000 osservazioni per cinque anni.

131. Un sistema bonus/malus è articolato in un certo numero di classi, a ciascuna delle quali corrisponde un premio o un coefficiente (in alcuni casi, un punteggio) da moltiplicare per un premio base; in un determinato istante di tempo un individuo è assegnato ad una certa classe sulla base della sua storia passata di sinistri. Parte integrante del sistema sono le “regole evolutive”, cioè le regole che stabiliscono a quale classe risulterà assegnato nel periodo T+1 un individuo che nel periodo T era assegnato alla classe x, a seconda del numero di sinistri causati nel periodo T ed eventualmente della sua storia passata.

subito uno o più sinistri nei 2-3 esercizi precedenti la stipula o il rinnovo di una polizza, viene applicata una maggiorazione di premio¹³².

In linea teorica, un sistema bonus/malus ottimale¹³³ permette una determinazione accurata della rischiosità individuale e consente che nel lungo periodo ciascun assicurato paghi un premio commisurato alla propria frequenza dei sinistri. Inoltre, attraverso appropriate “regole evolutive”, esso dovrebbe incentivare gli utenti ad adottare uno stile di guida più prudente.

In realtà, da uno studio comparativo condotto su 22 Paesi¹³⁴ è emerso che i sistemi di bonus/malus effettivamente realizzati sono sensibilmente meno severi rispetto al sistema ottimale e quindi meno efficienti nel selezionare il rischio¹³⁵. Ciò dipende essenzialmente dal fatto che, volendo applicare regole evolutive severe, alcune classi di assicurati dovrebbero pagare premi particolarmente elevati, che non sono proponibili da un punto di vista commerciale. Inoltre, il tempo necessario affinché ogni assicurato possa raggiungere il livello corrispondente alla propria rischiosità è così lungo che i sistemi di *bonus/malus* non riescono a raggiungere l'equilibrio teorico cui dovrebbero tendere¹³⁶.

132. Talvolta sia il sistema basato sulle classi di merito che il *no-claims discount* sono presenti simultaneamente in un contratto.

133. Un sistema ottimale dovrebbe avere le seguenti proprietà: ogni assicurato deve pagare, ad ogni rinnovo, un premio proporzionale alla stima della sua frequenza dei sinistri data la storia passata; l'ammontare di premi raccolti da un'impresa con un portafoglio chiuso è stazionario.

134. Si tratta di: Italia, Svizzera, Finlandia, Norvegia, Germania, Giappone, Belgio, Lussemburgo, in relazione ai quali sono stati esaminati il sistema più recente e quello immediatamente precedente, che per l'Italia è rappresentato da quello descritto nel provvedimento CIP del 5 maggio 1993, Regno Unito, Kenya, Svezia, Taiwan, Paesi Bassi, Malaysia, Danimarca, Honk Kong, Spagna, Portogallo, Francia, Thailandia, Corea, Brasile. Cfr. Lemaire (1995).

135. Sotto un diverso profilo deve sottolinearsi che l'applicazione di un sistema bonus/malus nella selezione dei rischi riduce la sussidiarietà, nonché la stabilità economica garantita dalla presenza di una copertura assicurativa: infatti, il principio di base dell'assicurazione, che consiste nel sostituire una variabile casuale (l'ammontare complessivo dei risarcimenti per sinistri) con una costante (il premio) è fortemente indebolito dalla presenza di un sistema bonus/malus, poiché ora la variabile casuale è sostituita con un'altra variabile casuale (il premio legato alla storia personale dei sinistri), anche se quest'ultima presenta una minore dispersione rispetto alla prima.

136. Lo studio citato mette infatti in evidenza la durata eccessiva del processo di convergenza verso lo steady state dei sistemi di bonus/malus esistenti (in media 30 anni). Ciò costituisce un serio limite in quanto si è visto che obiettivo principale di un sistema del genere è correggere le inadeguatezze della personalizzazione effettuata su variabili osservate a priori, separando *ex-post* i buoni dai cattivi conducenti. Un processo di separazione che dura 30 anni è eccessivo: innanzitutto, ciò significa che un individuo trascorre più della metà del periodo della sua vita in cui è assicurato in una classe di merito diversa da quella di equilibrio; inoltre, l'ambiente circostante muta nel tempo (si pensi ad esempio all'aumento del traffico negli ultimi 30 anni). Per questo, tutti i Paesi hanno modificato il loro sistema di bonus/malus molto prima che questi giungesse allo stato stazionario. Il tasso di convergenza di un sistema di bonus/malus dipende da diversi fattori. I principali sono: la semplicità del sistema e la classe di ingresso; più quest'ultima è lontana dalla classe media di equilibrio, minore è il tasso di convergenza. Le regole evolutive hanno invece scarso effetto sul tasso di convergenza.

Secondo alcuni autori, la franchigia costituisce un meccanismo di *experience rating* ugualmente efficace, se non superiore, rispetto al bonus/malus. In presenza di franchigia gli assicurati sono tenuti a pagare parte dei risarcimenti dovuti a seguito di un sinistro e ciò costituisce un incentivo ad una condotta di guida prudente nonché ad effettuare dichiarazioni veritiere sulle conseguenze di un sinistro¹³⁷; inoltre, i cattivi conducenti sono penalizzati, perché nel corso del tempo essi risarciranno un ammontare più elevato rispetto agli assicurati responsabili di un numero minore di sinistri¹³⁸.

In generale, l'efficacia della franchigia come strumento di selezione del rischio *ex-post* dipende sensibilmente dal livello scelto¹³⁹: valori poco significativi rendono il meccanismo non idoneo a perseguire entrambe le finalità di separazione degli assicurati in base alla loro rischiosità effettiva e di incentivo ad una condotta di guida prudente, laddove livelli eccessivamente elevati vanificano in parte l'obiettivo primario di una copertura assicurativa, in quanto trasferiscono sull'assicurato una parte troppo ampia del costo del sinistro e incentivano l'utente a non denunciare sinistri il cui ammontare dei risarcimenti sia inferiore alla franchigia¹⁴⁰.

Uno studio empirico condotto sul mercato belga da Lemaire (1995) ha mostrato che la franchigia ottimale dal punto di vista dell'assicurato, indipendentemente dalle ipotesi sottostanti il modello stimato¹⁴¹, risulta sensibilmente più elevata di quella osservata nella realtà¹⁴².

137. Per comprendere quest'ultimo aspetto si deve evidenziare che il meccanismo di *bonus/malus* prevalente in Italia prevede, per l'assicurato responsabile di un sinistro, il passaggio di due classi a prescindere dall'entità del danno provocato e non vi è quindi alcun incentivo, una volta denunciato il sinistro, a fornire una stima corretta del danno.

138. Vanderbroek M. (1993), usando un modello di programmazione dinamica, ha dimostrato che la franchigia è più efficace del sistema bonus/malus nel realizzare il secondo di questi obiettivi, vale a dire nell'indurre un adeguato livello di attenzione da parte degli assicurati.

139. Holtan J. (1994), ritiene che l'introduzione di una franchigia elevata (pari a circa 3.000\$), finanziata da un prestito concesso dall'impresa di assicurazione agli assicurati che non sono in grado di pagare questo ammontare, sia preferibile ad un sistema bonus/malus in quanto eliminerebbe alcuni limiti essenziali insiti nel sistema. Una tale franchigia creerebbe tuttavia altri problemi, il principale dei quali è forse rappresentato dalla possibilità che si rafforzi la selezione avversa, in quanto mentre gli assicurati che non provocano sinistri potrebbero decidere di stipulare la polizza RCA con un'altra impresa, quelli con sinistri non potrebbero essere eliminati dal portafoglio di una compagnia fino all'estinzione del debito contratto.

140. Sono state condotte alcune analisi sia a livello teorico (Arrow K. (1971), Raviv A. (1979), Schlesinger H. (1981)) che empirico (Murray M. L. (1971), Stuart C. (1983), Lemaire J. - Siraux P. (1988) sulle condizioni sotto le quali la scelta di una piena copertura basata su un meccanismo di franchigia costituisce un comportamento ottimale dal punto di vista dell'assicurato, nonché sulle modalità per il calcolo di un livello ottimo di franchigia nell'assicurazione auto.

141. In sostanza con diverse specificazioni della funzione d'utilità e della distribuzione dei sinistri.

142. Tale franchigia ottimale, naturalmente, è molto sensibile al grado di avversione al rischio (all'aumentare di quest'ultimo, diminuisce il valore ottimo della franchigia). La franchigia ottima per il mercato belga, compresa tra 1.000 e 2.500 dollari, risulterebbe 12 volte superiore a quella effettivamente praticata dalle imprese operanti in quel mercato. Dall'analisi delle condizioni di contratto praticate dalle imprese di assicurazione nel mercato italiano della RCA si evince come anche nel nostro Paese il livello di franchigia previsto dagli operatori sia effettivamente poco elevato: la generalità delle compagnie, con alcune eccezioni, prevede livelli di franchigia non superiori a L. 500.000 (tariffari vigenti nel 1998).

L'adozione di formule tariffarie con franchigia, richiede ovviamente la predisposizione di meccanismi che consentano alle imprese di recuperare la stessa in caso di sinistro. Secondo le imprese italiane il problema della garanzia per la franchigia avrebbe impedito lo sviluppo in Italia di tale formula tariffaria; solo recentemente il legislatore avrebbe posto rimedio a tale situazione. A ben vedere, tuttavia, si tratta di un problema analogo a quello sperimentato dalle imprese che affittano auto, le quali hanno già trovato soluzioni adeguate, richiedendo, ad esempio, al momento della stipula del contratto, l'autorizzazione al prelievo dalla carta di credito del contraente.

Si evidenzia infine che l'uso congiunto di bonus/malus e franchigia per incentivare condotte di guida più prudenti nonché ridurre il numero di sinistri denunciati e le frodi risulta, in teoria, preferibile rispetto ad un utilizzo alternativo delle due formule tariffarie.

Infatti, applicando la sola franchigia, quanti subiscono un sinistro provocato da un conducente assicurato con franchigia, possono, d'accordo con quest'ultimo, essere indotti a dichiarare danni più elevati di quelli effettivi, per consentire all'assicurato di ridurre l'onere a suo carico. In sostanza, la franchigia può addirittura indurre un aumento delle frodi. Quando alla franchigia è associato un meccanismo di bonus/malus, sono minori gli incentivi a denunciare i sinistri, veri o presunti, perché in presenza del bonus/malus ogni volta che un assicurato denuncia un sinistro egli viene retrocesso in una classe di merito inferiore, cui corrisponde un premio più elevato.

Per altro verso, utilizzando il solo bonus/malus, il costo che l'assicurato sopporta per aver denunciato un sinistro è minore rispetto a quello subito se, accanto al bonus/malus, è prevista una franchigia: infatti, in entrambi i casi l'assicurato sarà retrocesso ad una classe inferiore, ma applicando solo il bonus/malus otterrà un risarcimento totale del danno, mentre usando anche una franchigia avrà un risarcimento solo parziale.

In pratica, l'efficacia della soluzione adottata (solo bonus/malus, solo franchigia, combinazione dei due sistemi), dipende dalla struttura del meccanismo bonus/malus (regole evolutive, numero di classi) e dall'ammontare della franchigia.

La personalizzazione nel mercato RCA

In un mercato regolamentato, l'unica selezione del rischio possibile è quella effettuata dal regolatore, che stabilisce, per l'intero mercato, le variabili da utilizzare per la selezione del rischio ed il relativo peso.

In un contesto liberalizzato, ciascuna impresa può scegliere la propria politica di selezione del rischio, utilizzando i pesi e le variabili che ritiene preferibili. Maggiore è la capacità di selezionare il rischio, vale a dire più risultano omogenee le classi di rischio nelle quali un'impresa suddivide i propri assicurati, più i premi individuali fissati dall'impresa saranno commisurati alla rischiosità effettiva di ciascun assicurato.

Invero, la selezione del rischio comporta dei costi, sia di natura gestionale che legati alla necessità di osservare il valore delle variabili di personalizzazione utilizzate per selezionare il rischio. In merito a quest'ultimo aspetto, si evidenzia che spesso le variabili maggiormente correlate con costo e frequenza dei sinistri (ad esempio, numero di chilometri percorsi)¹⁴³ sono particolarmente difficili da osservare.

Per questo, in genere la personalizzazione viene effettuata su variabili facilmente osservabili, relative sia al veicolo (ad esempio cilindrata) che all'assicurato (ad esempio età, sesso, provincia di residenza)¹⁴⁴. Nei Paesi, come l'Italia, dove l'obbligo di assicurarsi grava sul proprietario del veicolo, queste ultime variabili sono in genere riferite al proprietario stesso, che non sempre coincide con il conducente abituale del mezzo, rendendo quindi meno efficace la selezione del rischio.

143. Edlin A. S. (1999) ha stimato la riduzione nel costo dei sinistri che deriverebbe dall'applicazione di un sistema di determinazione del premio proporzionale ai chilometri effettivamente percorsi. La riduzione nel costo dei sinistri sarebbe di circa 9,8-10 bilioni di dollari per gli Stati Uniti, pari ad un risparmio di 58-75 dollari per veicolo assicurato. La ragione per cui la maggior parte delle imprese non adotta tale sistema va ricercata, secondo l'autore, nel fatto che i benefici derivanti dall'applicazione dello stesso sono rappresentati in prevalenza da esternalità; infatti, la riduzione nei costi dei sinistri costituisce un beneficio di cui si appropriano in prevalenza le imprese diverse da quella che ha applicato il meccanismo. Pertanto, i costi di monitoring connessi alla verifica del numero di chilometri effettivamente percorsi potrebbero risultare superiori ai benefici privati derivanti dall'introduzione del sistema. In alcuni stati federali (ad esempio il Massachusetts) la realizzazione di un sistema di controllo appare più semplice, in considerazione del fatto che esso potrebbe essere aggiunto ai controlli anti-inquinamento cui le autovetture sono regolarmente soggette. Naturalmente, il problema delle frodi connesso alla manomissione del contachilometri non è di facile soluzione.

144. La letteratura economica distingue le variabili di personalizzazione in base alla loro natura perfetta o imperfetta, influenzabile o non influenzabile. Una variabile imperfetta è correlata solo statisticamente con la frequenza dei sinistri, senza che vi sia una relazione causale (ad esempio il sesso del guidatore); una variabile è influenzabile quando il suo valore può essere modificato dal comportamento degli assicurati in modo positivo (ad esempio scegliendo un veicolo di minore cilindrata, cui sono associati una minore frequenza ed un costo minore dei sinistri) o negativo (ad esempio manomettendo il contachilometri). Hoy M. (1982) ha mostrato come nel caso di un meccanismo di classificazione imperfetta, non influenzabile dal comportamento degli assicurati e senza costi, la personalizzazione potrebbe avere come effetto anche una riduzione del surplus aggregato, riduzione tanto più probabile quanto più è imperfetta la classificazione. Crocker K. J. - Snow A. (1986) hanno mostrato invece che se le informazioni utilizzate sono acquisibili senza costo, anche una personalizzazione imperfetta aumenta l'efficienza. Si è in presenza in questo caso di un ottimo di *second-best* con vincoli di autoselezione per gli assicurati dovuti alla *adverse selection*.

In sostanza, l'effetto netto dell'introduzione di meccanismi di personalizzazione dipende da due ordini di fattori: la natura delle variabili di personalizzazione utilizzate ed il costo della personalizzazione¹⁴⁵.

Un'impresa può, sotto certe condizioni, migliorare la propria capacità di selezionare il rischio aumentando il numero di variabili di personalizzazione¹⁴⁶. Tuttavia, l'incremento marginale (guadagno di efficienza) si riduce all'aumentare del numero di variabili utilizzate. Viceversa, i costi della personalizzazione aumentano a tassi costanti o addirittura crescenti, poiché plausibilmente le imprese utilizzeranno prima le variabili più facili da osservare, e solo in un secondo momento quelle di più difficile misurazione. Pertanto, esiste un livello di personalizzazione al di sopra del quale i benefici che l'impresa ne trae risultano inferiori ai costi che sostiene¹⁴⁷.

A livello di mercato, la presenza di un grado significativo di personalizzazione può, *ceteris paribus*, indurre un aumento del livello dei premi per tutti i profili di rischio¹⁴⁸.

Nella valutazione complessiva degli effetti della personalizzazione deve peraltro evidenziarsi il trade off esistente tra personalizzazione e sussidiarietà¹⁴⁹. Un livello elevato di personalizzazione consente alle imprese di selezionare meglio il rischio, ma al tempo stesso riduce il grado di sussidiarietà del sistema¹⁵⁰. Ciò è

145. Alcune analisi empiriche (Dhalby B. G. (1983) per il mercato canadese e Porrini D. (1998) per il mercato italiano) riguardanti il mercato delle garanzie auto non obbligatorie hanno messo in dubbio l'efficacia della personalizzazione per risolvere i problemi di *adverse selection*, in quanto questa sembra persistere nel tempo, nonostante la classificazione.

146. All'aumento nel numero di variabili di personalizzazione corrisponde una migliore selezione del rischio solo se le variabili introdotte sono effettivamente correlate con il rischio e se il peso di tali variabili nella determinazione del premio è sufficientemente significativo.

147. Secondo alcuni studi, a causa della natura obbligatoria della polizza RCA, quando i costi di *monitoring* sono significativi, la personalizzazione, a differenza di quanto si verifica in un mercato in cui l'assicurazione è volontaria, determina sempre un aumento dell'inefficienza, a prescindere dalle variabili utilizzate; si veda, ad es., Buzzacchi (1998).

148. L'analisi economica ha posto in risalto come i costi di *monitoring* delle variabili di personalizzazione vengano sempre sopportati dagli individui a basso rischio; infatti, se agli assicurati ad alto rischio fosse proposto un premio più elevato per coprire i costi di classificazione, costoro potrebbero trovare imprese che offrono polizze analoghe senza classificazione e senza i relativi costi, e quindi a prezzi minori. Questo significa che una maggiore personalizzazione, compiuta attraverso variabili con un costo di raccolta e controllo significativo, potrebbe portare ad una riduzione dei premi per i "buoni rischi" inferiore a quella attesa, in quanto essi dovranno sopportare i costi della personalizzazione stessa.

149. La sussidiarietà consiste nella possibilità di sussidi incrociati, in virtù dei quali gli individui meno rischiosi pagano un premio più elevato di quello corrispondente alla loro rischiosità effettiva, sopportando in parte il costo della copertura assicurativa fornita agli individui più a rischio, i quali, a loro volta, pagano un premio inferiore. Un certo grado di sussidiarietà è di regola presente in qualunque mercato assicurativo.

150. Tali effetti possono essere mitigati dagli uffici di marketing, i quali generalmente provvedono a rimodulare la struttura tariffaria predisposta sulla base degli andamenti tecnici per tener conto delle condizioni di mercato e delle specifiche esigenze della clientela. In questo senso, parte del livello di personalizzazione dipende dalle scelte commerciali delle imprese.

particolarmente rilevante in un mercato obbligatorio, laddove si consideri necessario garantire a tutti la possibilità di acquistare una copertura assicurativa a prezzi ragionevoli. In ogni caso si osserva che gli effetti sull'equità che derivano dalla personalizzazione tariffaria costituiscono problematiche di interesse sotto il profilo della distribuzione del reddito e prescindono, quindi, da valutazioni di tipo *antitrust*.

In generale, la personalizzazione, attraverso cui gli assicurati vengono suddivisi in classi di rischio, consente alle imprese di ottenere maggiori guadagni per determinati profili tariffari. Per questo, tutte le imprese sono incentivate ad adottare forme di personalizzazione. Ciò innesca un meccanismo imitativo che porta inevitabilmente ad un aumento del livello di personalizzazione¹⁵¹.

In un contesto competitivo, i vantaggi per le imprese ottenuti dall'introduzione di una nuova variabile hanno breve durata, in quanto se la scelta di una nuova variabile si rivela efficace tutte le altre imprese tenderanno a replicarla. Le imprese sono, quindi, spinte a ricercare continuamente nuove variabili.

Tuttavia, questa tendenza alla proliferazione di variabili dovrebbe essere controbilanciata dal *trade off* esistente tra numero di variabili ed efficienza della personalizzazione. In tale contesto, è plausibile che le imprese, al momento di scegliere la combinazione di variabili di personalizzazione che consente di massimizzare il profitto, prendano in considerazione il citato *trade off* e quindi effettuino le proprie scelte in relazione ad un orizzonte temporale più ampio. Se dunque è vero che la concorrenza può indurre un aumento nel grado di personalizzazione, non necessariamente essa conduce ad un eccesso di personalizzazione.

L'evidenza empirica ha al riguardo evidenziato che non esiste una relazione univoca tra livello di personalizzazione e grado di concorrenza, ben potendo osservarsi mercati concorrenziali caratterizzati dalla presenza di un livello di personalizzazione non elevato.

Sempre nell'ambito del processo di personalizzazione, la concorrenza indurrà le imprese a convergere verso le medesime variabili, purché si sviluppino strumenti che consentono al consumatore di confrontare le diverse offerte e quindi di premiare le soluzioni più efficienti.

151. Cfr. Buzzacchi-Schena (1997), che affermano: “la concorrenza tende ad introdurre tutte le possibili variabili di classificazione e i costi dell'assicurazione, se l'attività di monitoring è costosa, crescono indefinitamente, presumibilmente fino ad un livello di palese overinvestment.”

In un contesto non competitivo, la diminuzione della trasparenza nel mercato indotta dalla personalizzazione non è controbilanciata dallo sviluppo di tali strumenti; ciò riduce la possibilità di arbitraggio dei consumatori tra i prodotti offerti dalle diverse imprese e consente a queste ultime di acquisire un significativo potere di mercato.

Quando, come si verifica nel mercato italiano RCA, le imprese hanno una scarsa propensione alla *disclosure* (poca pubblicità dei dati, reti distributive in esclusiva), l'esistenza di un livello significativo di personalizzazione produce esiti analoghi a quelli derivanti dalla differenziazione strategica, ovvero dall'aumento della varietà di offerte proprio al fine di fissare prezzi più elevati, con effetti dannosi per i consumatori.

4.4 I problemi informativi per il consumatore

Come è noto, la qualità e la quantità di informazioni di cui il consumatore dispone al momento di effettuare le proprie scelte hanno importanti implicazioni sulle allocazioni di equilibrio.

La letteratura ha mostrato che in un mercato con informazione imperfetta sui prezzi dal lato del consumatore non vale la legge del prezzo unico: in un mercato siffatto possono aversi equilibri in cui anche imprese di piccole dimensioni sono in grado di fissare prezzi sopra al costo marginale, o equilibri caratterizzati da una varietà di prezzi per un bene omogeneo (dispersione dei prezzi)¹⁵².

L'esistenza di problemi informativi dal lato del consumatore è particolarmente evidente nel mercato assicurativo.

La polizza assicurativa, infatti, è un prodotto particolarmente complesso, trattandosi di un contratto che prevede il pagamento certo di un premio in cambio di una prestazione futura incerta, per cui è inevitabile che il consumatore effettui le sue decisioni di acquisto in condizioni di incertezza.

Le difficoltà che il consumatore incontra nella scelta di un prodotto assicurativo sono acute in presenza di personalizzazione. Infatti, per effetto della personalizzazione gli assicurati sono suddivisi in diverse classi di rischio, sulla base di una serie di variabili. Ad ogni possibile combinazione delle variabili utilizzate (ad esempio maschio/20 anni/residente a Milano/con vettura 1300 cc) corrisponde un profilo tariffario e quindi un premio diverso. Si determina così una dispersione dei prezzi,

152. Cfr. Diamond (1971), Stiglitz (1990), Salop (1976).

tanto maggiore quanto più numerose sono le variabili di personalizzazione utilizzate; se esistono milioni di profili tariffari, esisteranno milioni di possibili prezzi, e non sarà facile per il consumatore confrontare le offerte delle varie imprese.

Per tale ragione è essenziale che, affinché vi sia una competizione effettiva tra le imprese, si sviluppino strumenti (ad esempio operatori specializzati o intermediari in grado di agevolare il confronto tra polizze offerte) atti a ridurre il gap informativo del consumatore, consentendo a quest'ultimo di scegliere l'offerta maggiormente corrispondente alle proprie preferenze.

Pertanto, nel lungo periodo, se si sviluppano gli strumenti suddetti, la dispersione dei prezzi tende ad essere eliminata.

L'eventuale permanenza di dispersione dei prezzi nel lungo periodo è riconducibile ad un ridotto grado di concorrenza, il quale può essere spiegato con l'esistenza di costi di ricerca persistenti per i consumatori, che risultano talmente elevati da superare i benefici attesi dalla stessa. Il consumatore non sarà quindi incentivato a svolgere attività di ricerca al fine di individuare il prodotto maggiormente rispondente alle proprie esigenze.

Peraltro, come già anticipato nel paragrafo precedente, la differenziazione strategica del prodotto aumenta il costo di ricerca dei consumatori, consentendo alle imprese di ottenere potere di mercato: ad esempio, le imprese possono chiedere prezzi diversi per lo stesso bene venduto in diverse "locations", o con diversi marchi, in modo da rendere difficile per il consumatore la ricerca del marchio venduto al prezzo più basso¹⁵³. Con specifico riferimento all'assicurazione RCA obbligatoria, Carlson J. A. – McAfee P. R. (1983) hanno elaborato un modello di *search* che spiega la dispersione dei prezzi osservata in tale mercato con la presenza di elevati costi di ricerca¹⁵⁴. Il modello è stato testato empiricamente da Dhalby B. - West D. (1986) e da Kroner K. - West D. (1995). Il primo dei lavori citati mostra che la dispersione dei prezzi nel mercato dell'assicurazione RCA obbligatoria nella provincia canadese di Alberta può essere spiegata con la presenza di costi di ricerca sostenuti dai consumatori¹⁵⁵, confermando così le previsioni della teoria.

153. Cfr. Carlton D. W. – Perloff J. M. (2000).

154. Per costi di ricerca si intendono i costi, non solo monetari, che il consumatore deve sostenere al fine di ottenere informazioni circa i prezzi offerti dalle diverse imprese per la polizza RCA.

155. Le altre spiegazioni possibili vengono infatti rigettate dagli autori: (i) le differenze di tipo qualitativo non paiono importanti nella RCA obbligatoria, e quindi le differenze nei premi non possono essere attribuite alla diversa qualità dei servizi offerti dalle varie imprese; (ii) il tentativo, da parte delle imprese, di selezionare all'interno di ciascuna classe di guidatori quelli a minore rischiosità è in contrasto con i risultati empirici, in quanto se le imprese praticassero una politica di *screening* prolungata nel tempo, la correlazione intertemporale dei premi dovrebbe essere elevata, mentre essa risulta non significativa per intervalli temporali pari o superiori a 5 anni. Kroner K. – West D. (1995) introducono esplicitamente nel modello la possibilità di *screening*, senza ottenere risultati contrastanti con i precedenti.

Tale conclusione si applica in modo ancor più evidente nel caso italiano dell'assicurazione RCA. Esistono infatti numerosi studi che testimoniano come la mobilità dei consumatori sia particolarmente ridotta, nonostante l'esistenza di una certa dispersione dei prezzi, accertata pure nel corso della presente indagine¹⁵⁶. Tale circostanza conferma l'esistenza di costi di ricerca, ritenuti dai consumatori eccessivamente elevati rispetto ai benefici monetari ottenibili.

4.5 Conclusioni

Le riflessioni teoriche presentate evidenziano come i mercati assicurativi siano caratterizzati da rilevanti problemi informativi sia dal lato dell'offerta (*moral hazard*, *adverse selection*, diversa avversione al rischio degli utenti) che dal lato della domanda. Ciò può alterare le normali dinamiche del mercato e richiedere valutazioni specifiche sotto il profilo antitrust.

Tali problemi informativi si manifestano in modo del tutto peculiare nel mercato RCA.

In particolare, dal lato dell'offerta, il rischio di *moral hazard* è legato soprattutto alla possibilità di comportamenti fraudolenti da parte degli assicurati, mentre l'*adverse selection*, intesa come maggiore propensione degli utenti più rischiosi ad acquistare una copertura assicurativa, non può manifestarsi in ragione della natura obbligatoria della polizza RCA. Analisi empiriche recenti confermano che l'*adverse selection* ha un ruolo del tutto marginale in tale mercato, mentre assume rilievo la relazione tra avversione al rischio e prudenza alla guida, per cui sono gli assicurati a basso rischio che tenderanno ad acquistare livelli di copertura RCA maggiori. La letteratura economica evidenzia come nel mercato RCA potrebbero addirittura aversi fenomeni di "*adverse selection inversa*" nel senso che sarebbero le imprese e non i consumatori a disporre di maggiori informazioni sulla rischiosità di ciascun contraente.

Sotto un diverso profilo, i peculiari problemi informativi delle imprese RCA possono essere fronteggiati, in analogia a quanto si verifica in un generico mercato assicurativo, attraverso soluzioni collettive o strategie individuali.

156. Nel corso del procedimento I/377 sono stati acquisiti alcuni studi della società RC Log dai quali risulta che, nel 1999, solo il 4% degli assicurati ha cambiato impresa di assicurazione. Un recente studio di Prometeia, i cui risultati sono riportati nel numero di ottobre 2002 del Giornale delle Assicurazioni, indica un tasso di turnover pari al 7,5%. Tra l'altro, non è chiaro se tali tassi comprendono anche assicurati che hanno ricevuto disdetta del proprio contratto e sono quindi costretti a cercare un nuovo assicuratore. Sul grado di dispersione dei prezzi esistente in Italia cfr. capitolo VI.

Con riferimento a queste ultime, l'analisi teorica evidenzia l'importanza dei meccanismi di personalizzazione e di *experience rating* (bonus/malus e/o franchigia) tipici del ramo RCA, i quali sono efficaci strumenti di selezione del rischio e di riduzione degli incentivi alle frodi. In ogni caso, poiché i meccanismi teoricamente ottimali prevedono penalizzazioni eccessive per gli utenti, e quindi non sono commercialmente proponibili, i sistemi effettivamente adottati dalle imprese sono meno severi e, di conseguenza, meno efficaci.

In merito al consumatore, l'analisi condotta ha evidenziato che i rilevanti problemi informativi esistenti dal lato della domanda, riconducibili alla complessità del prodotto assicurativo ed alla presenza stessa di personalizzazione, richiedono lo sviluppo di strumenti idonei a coadiuvare il consumatore nel suo processo di ricerca e di scelta.

In un contesto siffatto, la dispersione dei prezzi non necessariamente rappresenta un indicatore di concorrenzialità del mercato, ma può costituire il segnale dell'esistenza di nicchie che consentono alle imprese di godere di rendite di posizione, soprattutto quando tale dispersione risulta persistente nel tempo.

Tali risultati dell'analisi economica trovano immediato riscontro nel caso italiano, dove la mancanza di strumenti che consentono al consumatore di fare confronti – mancanza riconducibile alle caratteristiche del sistema distributivo – ha prodotto costi di ricerca così elevati da scoraggiare le azioni di ricerca, con effetti negativi sulla concorrenza tra le imprese.

5. Struttura tariffaria e condizioni di contratto

5.1 La struttura tariffaria prima della liberalizzazione

Prima della liberalizzazione era il regolatore a determinare la struttura ed il livello delle tariffe, provvedendo inoltre all'autorizzazione preventiva delle condizioni generali di polizza praticate dalle singole imprese.

Più esattamente, la tariffa era stabilita dal Comitato Interministeriale dei Prezzi ("CIP"), su proposta dell'allora Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato. La proposta del Ministero dell'Industria era basata sul parere di una Commissione di esperti (Commissione Filippi) costituita presso il Ministero stesso¹⁵⁷.

Con frequenza annuale la Commissione indicava il premio puro ritenuto adeguato per l'anno successivo¹⁵⁸, le percentuali minime e massime dei caricamenti ammessi e gli eventuali adeguamenti ritenuti necessari nella struttura della tariffa. Tale struttura era basata su due variabili di personalizzazione: i) provincia di residenza del proprietario del veicolo assicurato, ii) potenza fiscale del veicolo stesso. Ogni variabile era suddivisa in più classi, a ciascuna delle quali era associato un coefficiente prestabilito.

Le proposte della Commissione erano generalmente recepite, senza variazioni di rilievo, nella delibera CIP e formavano la base della politica tariffaria delle compagnie assicuratrici che stabilivano i premi commerciali aggiungendo al premio puro indicato dalla Commissione una percentuale di caricamento (per spese di gestione, agenziali e di liquidazione), scelta all'interno dell'intervallo indicato dalla Commissione stessa.

In base alla struttura tariffaria così determinata i singoli assicurati pagavano premi differenziati sulla base delle due variabili di personalizzazione e del sistema bonus/malus esistente¹⁵⁹. Tale sistema, la cui ultima versione risale al 1991,

157. Istituita dall'articolo 1, quarto comma, della legge n. 39/77, la Commissione era formata da cinque esperti nominati dal Ministro per l'Industria, da un rappresentante della Direzione generale delle Assicurazioni private e di interesse collettivo e da un rappresentante dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni (INA), ente gestore del Conto Consortile, cui le imprese assicuratrici erano tenute ad inviare dati ed informazioni relativi alla gestione dell'RCA obbligatoria, utili per la determinazione del premio puro.

158. Il premio puro era determinato dalla Commissione attraverso una particolare metodologia di calcolo, volta a stimare un valore del premio medio che garantisse l'equilibrio finanziario della gestione delle imprese assicuratrici. Gli elementi fondamentali per il calcolo di tale premio sono due: il costo medio e la frequenza dei sinistri. Tale metodologia attualmente continua ad essere utilizzata dalla maggior parte delle imprese del ramo RCA.

159. In pratica la determinazione del premio finale veniva effettuata moltiplicando il premio base per due coefficienti che variavano a seconda della potenza dell'autovettura e della provincia di residenza del contraente. Entrambe le variabili potevano assumere otto valori differenti.

prevedeva 18 classi di merito. A coloro che si assicuravano per la prima volta era assegnata la 14esima classe (“classe di ingresso”)¹⁶⁰. L’unica altra forma tariffaria possibile, in alternativa al bonus/malus, era quella con clausola di franchigia; un decreto del Ministero dell’Industria stabiliva ogni anno i livelli minimo e massimo della stessa. Nell’ultimo esercizio precedente la liberalizzazione, tali valori erano pari a L. 100.000 ed a L. 1.500.000.

Infine, il premio variava in funzione del massimale scelto dall’assicurato.

5.2 La struttura tariffaria dopo la liberalizzazione

Con la liberalizzazione è venuto meno ogni controllo sulla struttura tariffaria, pertanto le imprese sono attualmente libere di scegliere il numero e la tipologia di variabili di personalizzazione.

Inoltre, le compagnie di assicurazione possono ora determinare il numero di classi e le regole evolutive del sistema bonus/malus, oppure adottare altri meccanismi di *experience rating* (ad esempio, un sistema del tipo *no claims discount*, che prevede ugualmente il pagamento di sovrappremi o sconti, in base ai sinistri passati, ma con molte meno classi del bonus/malus; ovvero una combinazione di franchigia e bonus/malus).

L’ampliamento della personalizzazione

a) Proliferazione dei profili tariffari

Dopo la liberalizzazione si è assistito ad un significativo incremento del numero di variabili di personalizzazione, mentre la maggior parte delle imprese ha apportato variazioni minori al sistema bonus/malus.

Dall’esame dei tariffari di 75 imprese operanti nel ramo RCA, rappresentanti la quasi totalità del mercato, è emerso come le variabili di personalizzazione più frequentemente utilizzate siano le seguenti¹⁶¹:

160. Si veda a riguardo la delibera CIP del 5 maggio 1993.

161. La maggior parte delle imprese esaminate esprime l’impatto delle variabili di personalizzazioni sul premio finale attraverso dei coefficienti moltiplicativi che vengono applicati ad un premio di riferimento riportato nel tariffario. Una parte significativa di imprese ha abbandonato il sistema a coefficienti in uso prima della liberalizzazione per passare ad un sistema a punti, per cui alle diverse realizzazioni delle variabili di personalizzazione corrispondono dei punteggi che vengono sommati e poi convertiti, sulla base di un’apposita tabella, in un certo premio finale.

i) residenza del contraente la polizza, variabile utilizzata dalla totalità delle imprese. Mentre nel periodo della regolamentazione il territorio nazionale era suddiviso in sole 8 classi, costituite in modo da raggruppare province con analogo grado di rischiosità, il numero di classi attualmente è aumentato, variando da un minimo di 8 ad un massimo anche superiore a 150¹⁶²;

ii) caratteristiche personali del contraente. Quasi tutte le imprese adottano la variabile *età del contraente*, in genere unita al *sex*; in media vi sono 4-5 classi di età. Diverse imprese penalizzano fortemente i contraenti più giovani. È spesso previsto un diverso trattamento per le *persone giuridiche*. Altre caratteristiche personali considerate sono relative allo *status civile* del proprietario del veicolo e alla presenza nel nucleo familiare di *figli conviventi*, eventualmente prevedendo maggiorazioni di premio nel caso in cui i figli siano maggiorenni. La maggior parte delle imprese prende in considerazione la *professione* esercitata dal contraente la polizza. Per questa variabile sono previste da 2 a 36 classi, ma prevale una suddivisione in 5-6 classi. Poche sono le imprese che applicano uno sconto in funzione del numero di anni di *anzianità della patente* del contraente;

iii) potenza del veicolo. Espressa in cavalli fiscali, continua ad essere usata dalla totalità delle imprese. La maggior parte di esse (circa l'80% dei tariffari esaminati) suddivide i veicoli nelle 8 classi utilizzate prima della liberalizzazione, mentre alcune imprese hanno introdotto un numero maggiore di classi;

iv) altre caratteristiche del veicolo. La generalità delle imprese esaminate prende in considerazione il *tipo di alimentazione* del veicolo, distinguendo in genere 2 classi (una per i veicoli a benzina ed una per gli altri veicoli), ma talvolta anche 3 o 4 classi, con riduzioni particolarmente forti nel caso di vetture elettriche. Numerose imprese prevedono variabili di personalizzazione legate alla *rischiosità del veicolo*, desunta dal tipo di vettura e dalle dotazioni di sicurezza presenti¹⁶³;

162. Un numero così elevato di classi è reso possibile dal fatto che numerose imprese hanno introdotto un'ulteriore distinzione, quella tra residenza nei capoluoghi di provincia e residenza negli altri comuni di provincia diversi dal capoluogo (cosiddetta residenza extraurbana); ciò al fine di introdurre maggiorazioni di premio per i residenti in città di maggiori dimensioni, poiché ad una maggiore densità abitativa corrisponde una più elevata frequenza dei sinistri. Inoltre, in alcuni casi le principali città vengono suddivise in fasce di rischio. La variabile utilizzata per realizzare queste due forme di personalizzazione è il codice di avviamento postale.

163. Talvolta viene applicato un premio maggiore a quelle autovetture appartenenti alla categoria dei veicoli ritenuti a maggior rischio (8 imprese); a volte si prende in considerazione la eventuale presenza di airbag e/o di impianto ABS; vi è anche un'impresa che applica uno sconto in presenza di cambio automatico. Infine, 9 imprese prevedono una maggiorazione del premio se il veicolo è provvisto di rimorchio (che è assicurato a parte).

v) uso del veicolo. Numerose imprese applicano un sovrappremio nel caso di *nolegg* senza conducente e di utilizzo come *autotassametro*. Solo recentemente, soprattutto ad opera delle compagnie di vendita a distanza, è stata introdotta una variabile di discriminazione legata al *numero di chilometri* che si prevede di percorrere nel periodo di validità del contratto.

È stato inoltre ampliato il numero di classi del massimale assicurabile¹⁶⁴. Occorre infine osservare che circa il 30% delle imprese esaminate adotta pratiche di fidelizzazione¹⁶⁵.

In sostanza, per effetto della liberalizzazione la quasi totalità delle imprese ha introdotto numerose altre variabili di personalizzazione accanto a quelle già previste dal regolatore. Tra queste, alcune, segnatamente sesso, età, alimentazione del veicolo, sono usate dalla generalità delle imprese, altre sono presenti solo sporadicamente e non incidono sensibilmente sulla determinazione del premio, in quanto ad esse sono associati coefficienti poco significativi. In generale, con la liberalizzazione è aumentato sia il numero di variabili di personalizzazione che il numero di classi in cui è ripartita ciascuna variabile, al punto che combinando le variabili esistenti si ottengono moltissimi profili tariffari, dell'ordine di miliardi.

Tuttavia, l'esame del contributo di ciascuna variabile al processo di personalizzazione mostra come questa continui ad avvenire sulla base di poche variabili, che determinano in misura sostanziale il premio finale pagato.

Ciò è confermato da uno studio condotto da Buzzacchi (1998) su un campione di 266 profili tariffari rappresentativi, da cui si evince che l'entità del premio finale continua ad essere spiegata essenzialmente da: residenza, potenza e una variabile complessiva età-sesso-professione-bonus/malus (di seguito ESPB): nel 1994 queste variabili spiegavano il 96,4% della variazione del premio medio (la media dei premi quotati dalle 59 compagnie considerate per un dato profilo), nel 1998 ne spiegavano il 95,8%¹⁶⁶.

164. Il numero di classi di massimali va ora da un minimo di 3 fino ad 11, anche se la maggior parte delle imprese adotta 7-8 classi. Il massimale varia da un minimo imposto per legge (1,5 miliardi di lire, corrispondenti a 774.685,35) ad un ammontare illimitato.

165. Sconti fedeltà per chi rinnova la polizza con la stessa impresa, o se il contraente o un suo familiare sono in possesso di un'altra polizza auto o in altri rami presso la stessa impresa.

166. In particolare, nel 1994 la variazione del premio era determinata per il 36,7% dalla residenza, per il 12,6% dalla potenza, per il 47,1% dalla variabile ESPB; nel 1998 tale variazione era determinata per il 26,5% dalla residenza, per l'11,4% dalla potenza, per il 57,9% dalla variabile ESPB.

Invero, la variabile ESBP include sia variabili già presenti prima del 1994, sia variabili utilizzate solo successivamente, il cui contributo dovrebbe essere analizzato separatamente; tuttavia, è estremamente difficile stimare separatamente l'effetto dell'età e quello del bonus/malus, a causa della multicollinearità esistente tra le due variabili, dovuta al fatto che in genere un guidatore più diventa anziano più progredisce nel sistema bonus/malus, per cui le due variabili risultano fortemente correlate tra loro¹⁶⁷.

L'introduzione della variabile età a fianco del bonus/malus potrebbe essere giustificata con la necessità di tenere conto della particolare rischiosità dei giovani. In effetti, le tariffe analizzate mostrano che i contraenti al di sotto dei 25 anni di età sono stati sensibilmente penalizzati, soprattutto da alcune compagnie di vendita diretta che hanno fissato premi così elevati da impedire di fatto a questa categoria di utenti di rivolgersi a tali imprese¹⁶⁸.

Tuttavia, poiché in Italia le polizze sono riferite al proprietario del veicolo e non al conducente, prevedere premi diversi in base all'età dei contraenti può costituire una politica tariffaria e di selezione del rischio inefficace. Ad esempio, si osserva che una parte significativa degli *under 25* non dispone di auto propria e utilizza l'auto di un familiare adulto, al quale è intestata la polizza.

In definitiva, la generalità delle imprese ha continuato ad utilizzare le variabili già adottate dal regolatore, che si sono dimostrate in grado di costruire classi di rischio sufficientemente omogenee. Le nuove variabili introdotte, seppur numerose, hanno avuto un peso ridotto nel determinare la variabilità del premio, che ha comunque consentito alle stesse di apportare miglioramenti nella capacità di selezionare il rischio.

b) Riduzione della trasparenza e dispersione dei premi

Per altro verso, l'aumento nel numero di variabili di personalizzazione ha prodotto una sensibile riduzione della trasparenza ed un incremento nel grado di dispersione dei premi.

Si tratta, come evidenziato dalla teoria economica, di un effetto tipico in un mercato appena liberalizzato, limitato però al breve periodo e destinato a ridursi nel tempo in virtù dello sviluppo di agenzie di *ratings* o di *brokers*.

167. Oltre all'età, altre variabili introdotte dopo la liberalizzazione risultano fortemente correlate con il meccanismo bonus/malus (ad esempio, l'anzianità di patente).

168. Gli *under 25* costituiscono indubbiamente una categoria che presenta un elevato grado di rischiosità, con una frequenza sinistri superiore di circa il 70% rispetto all'insieme dei rischi assicurati nello stesso anno. Fonte: elaborazione su dati del campione di 25 imprese.

In realtà, in Italia non vi sono ancora chiari segnali che mostrino un'inversione di tendenza verso una maggiore trasparenza.

Il ritardo con cui il mercato reagisce va addebitato a diverse cause, tra cui, come illustrato nel capitolo III, l'esistenza di un sistema di distribuzione - basato su agenti monomandatari - del tutto inadatto a consentire confronti tra prodotti di imprese differenti.

A ciò deve aggiungersi la scarsa azione promozionale svolta dalle imprese di assicurazione a vantaggio dei consumatori, contrariamente a quanto si verifica in genere tanto nel settore dei beni di consumo quanto nei servizi (si pensi alle imprese operanti nella telefonia), ove le imprese svolgono una massiccia attività promozionale per sottolineare la bontà dei loro prodotti e, ove possibile, per mostrare la convenienza dei propri prezzi.

Per comprendere gli effetti che la scarsa trasparenza ha prodotto sul mercato italiano RCA deve richiamarsi quanto illustrato nel capitolo 4: il perdurare di un ridotto grado di trasparenza ha come effetto diretto un aumento dei costi di ricerca che i consumatori devono sostenere, ovvero una percezione di un beneficio atteso dalla ricerca inferiore al costo della stessa, che può determinare equilibri caratterizzati da significativa dispersione dei prezzi, i quali risultano in media superiori a quelli concorrenziali. Poiché l'esistenza di costi di ricerca elevati induce i consumatori ad una scarsa mobilità, le imprese possono essere indotte ad utilizzare la personalizzazione come mezzo per conservare a lungo le rendite di posizione acquisite e mantenere quote di mercato stabili.

In questo senso, la dispersione dei premi che si osserva attualmente nel mercato italiano RCA non significa necessariamente maggiore concorrenza tra le compagnie.

L'esistenza di un certo grado di dispersione dei premi nel mercato italiano RCA è confermata dalle analisi empiriche, che mostrano come diverse categorie di consumatori potrebbero ottenere significativi risparmi se fossero informate dell'esistenza di soluzioni alternative più convenienti¹⁶⁹.

Per stimare correttamente l'ampiezza di tale dispersione devono essere utilizzate metodologie adeguate. A riguardo si osserva che misure basate sul *range* di oscilla-

169. Cfr. Buzzacchi L. (1998) e Buzzacchi L. - Costa A. (1999). Buzzacchi L. (1999) ottiene, con riferimento alle tariffe valide al 1° luglio 1998, un risparmio medio che si aggira intorno alle 200.000 lire (103,29); egli osserva tuttavia che *“la tendenza ai prezzi alti delle grandi imprese (che è più facile contattare [...]) riduc[e] considerevolmente i vantaggi che potrebbero essere ottenuti”*. Buzzacchi L. - Costa A. (1999) ottengono, con un campione di imprese più piccolo, risparmi di circa 100.000 lire (51,65) in media; essi osservano anche che i risparmi maggiori si ottengono per i profili più rischiosi (ventenni, soggetti nella classe 14 di bonus/malus, abitanti nelle province di Bologna, La Spezia, Napoli e Firenze) e, in rapporto al premio medio, hanno entità pari al 10% circa.

zione, ovvero sul confronto tra premio minimo e massimo richiesto dalle imprese per un dato profilo, del tipo adottato anche dall'Isvap, sono in genere fuorvianti, in quanto non tengono conto della presenza di possibili *outliers*¹⁷⁰. Più corretto risulta il ricorso a indici di dispersione¹⁷¹ che tengano conto dell'effettiva presenza delle imprese, misurata in primo luogo dalla quota di mercato¹⁷². La letteratura ha suggerito a riguardo l'uso del coefficiente di variazione delle tariffe, ovvero dell'indice di Gini¹⁷³.

Nel capitolo VI, dedicato alla dinamica dei premi, si riportano il coefficiente di variazione delle tariffe e l'indice di Gini calcolati, in dieci province, per sette profili tariffari che, in base alla legge n. 57/2001, le imprese hanno l'obbligo di comunicare al Ministero delle Attività Produttive, che li rende pubblici (cfr. tabella 6.3)¹⁷⁴.

Utilizzando il coefficiente di variazione, la variabilità tariffaria nel mercato italiano RCA oscilla tra valori di poco superiori all'8% per i profili rientranti nella classe 2 di bonus e un valore del 25% per i profili nelle classi di malus più elevate, con un massimo del 40,2% a Palermo; per quanto riguarda i ciclomotori (profilo G) la variabilità è molto elevata, oscillando da circa il 20% di Roma a circa il 40% di Napoli. Analoghi risultati si osservano per l'indice di Gini, che assume valori tra il 4% e il 5% per la classe 4 e tra il 13% ed il 15% per le classi di malus più alte; per i ciclomotori l'indice di Gini assume valori compresi tra l'11% e il 19%¹⁷⁵.

Le stime confermano inoltre l'esistenza di risparmi potenziali per i consumatori che svolgono attività di ricerca: prendendo a riferimento l'indice di Gini, un assi-

170. Infatti, l'impresa che pratica il prezzo minore in una data provincia, potrebbe non avere punti vendita in quell'ambito territoriale, mentre potrebbe esistere un'impresa che cercando di eludere l'obbligo a contrarre per dati profili, richiede premi eccessivamente gravosi. Pur non essendo alcuna delle due imprese rappresentativa dell'offerta di polizze RCA in un dato contesto, quando ci si avvale del *range* di oscillazione vengono utilizzate proprio queste imprese.

171. Gli indici di dispersione misurano il grado con cui variano le tariffe rispetto al valore medio.

172. La quota di mercato costituisce in ogni caso solo una *proxy*, non necessariamente adeguata, in quanto misura la raccolta premi effettuata in una data provincia in relazione a tutti i profili tariffari. Pertanto, un'impresa con un'elevata quota di mercato provinciale potrebbe in realtà non assicurare determinati profili.

173. L'indice di Gini è approssimativamente uguale al rapporto tra differenza prima assoluta ed il doppio della media $G @ D_{-1} / 2m$. Cfr. Borenstein-Rose (1994). Esso, oltre ad indicare il grado di disuguaglianza delle tariffe praticate nel mercato, fornisce una misura della differenza attesa nel confronto tra tariffe praticate da due imprese differenti, scelte in modo casuale. A tal fine occorre moltiplicare il valore dell'indice di Gini per due: considerare il doppio dell'indice equivale infatti a calcolare la differenza assoluta rispetto alla media.

174. I primi 6 profili sono riferiti ad un maschio, che si assicura con il massimale minimo di legge, per un'automobile di 1300 cc di cilindrata alimentata a benzina, con formula bonus malus. Le differenze tra i vari profili sono le seguenti: profilo A, 18 anni, classe b/m di ingresso; profilo B, 28 anni, con 8 anni di guida senza sinistri; profilo C, 35 anni, con 10 anni di guida senza sinistri; profilo D, 40 anni, classe di massimo sconto; profilo E, 21 anni, con 2 anni di guida con un sinistro; profilo F, 45 anni, classe di malus più elevata. Il settimo profilo riguarda il possessore di un ciclomotore in classe di ingresso. Cfr. articolo 1, comma 4, legge 5 marzo 2001 n. 57.

175. Buzzacchi L - Costa A. (1999) calcolano che il coefficiente di variazione dei premi medi relativi a 266 profili tariffari praticati da 34 imprese era del 53,6% al 1° luglio 1999 contro un coefficiente di variazione pari al 40,7% considerando l'ultima tariffa amministrata.

curato in classe 4 che confronta il premio pagato con quello praticato da un'altra impresa, scelta a caso, osserverà in media una differenza di prezzo, positiva o negativa, di circa il 10%. Quindi, i consumatori assicurati presso le imprese che praticano i premi più elevati possono ottenere risparmi di un certo rilievo se effettuano attività di ricerca; tali possibili guadagni sono ancora più significativi per la classe di massimo sconto e particolarmente ampi per le classi di malus più alte.

L'adozione di politiche di selezione del rischio in un contesto concorrenziale dovrebbe spingere le imprese ad offrire condizioni migliori per gli utenti a basso rischio, poiché questi garantiscono i margini di profitto più elevati.

La dinamica competitiva dovrebbe condurre ad una progressiva convergenza delle tariffe, tanto più marcata quanto più bassa è la classe di bonus-malus. In realtà, nel mercato italiano RCA, seppure si osserva una minore dispersione per le classi di bonus più basse, si evidenzia un'anomalia rappresentata dal fatto che di regola la dispersione dei premi per la classe di massimo sconto è maggiore di quella per la classe 4.

In sostanza, contrariamente a quanto era ragionevole attendersi, pur essendo trascorsi 9 anni dalla liberalizzazione, i prezzi ancora non costituiscono un segnale corretto per guidare le scelte dei consumatori, come dimostra, tra l'altro, l'ampia variabilità dei premi osservata anche in relazione alle classi migliori.

c) Le misure normative per aumentare la trasparenza

Proprio al fine di aumentare il grado di trasparenza del mercato, recentemente sono stati effettuati alcuni interventi normativi.

In particolare, la legge n. 57/2001 ha introdotto l'obbligo di comunicazione delle tariffe per alcuni profili tariffari¹⁷⁶. A ben vedere tale iniziativa non appare idonea a colmare il gap informativo a danno dei consumatori e potrebbe addirittura produrre effetti distorsivi, in quanto l'obbligo di comunicazione delle tariffe riguarda pochi, generici, profili tariffari, che rappresentano non più del 4% degli assicurati¹⁷⁷.

176. La legge 5 marzo 2001, n. 57, recante "Disposizioni in materia di apertura e regolazione dei mercati", all'art. 1, contenente "Norme per la trasparenza dei servizi assicurativi per i veicoli a motore" prevede per le imprese di assicurazione, oltre all'obbligo di pubblicità di tariffe e condizioni contrattuali nei punti vendita, l'obbligo di "comunicare all'ISVAP, al Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti (CNCU) [...] e alle camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura competenti per territorio", i premi annuali offerti agli utenti all'inizio di ogni semestre relativi a 9 profili tariffari (6 per le autovetture, 1 per i ciclomotori, 2 per i veicoli da autotrasporto). Detti premi sono accessibili ai consumatori attraverso i siti Internet degli enti suddetti.

177. Cfr. Tillinghast (2001).

Pur volendo prescindere dalla ridotta rappresentatività dei profili prescelti, si deve osservare che le imprese di assicurazione differenziano le proprie tariffe, oltre che in base ai parametri individuati dal legislatore, anche attraverso ulteriori variabili. Pertanto, può accadere che una compagnia teoricamente più conveniente per un determinato profilo, secondo i dati resi noti dall'Isvap, non rappresenti effettivamente la scelta migliore per un assicurato che rientra in quel profilo¹⁷⁸. Non si può, peraltro, trascurare che un mero confronto tariffario non tiene conto né delle coperture offerte (vale a dire della presenza di clausole di esclusione e rivalsa e/o di coperture aggiuntive) né della qualità del servizio reso dall'impresa di assicurazione (ad esempio i tempi di liquidazione dei sinistri). Infine, si evidenzia che un mero elenco di imprese non fornisce indicazioni sufficienti circa l'effettiva accessibilità delle stesse da parte degli utenti. Al riguardo si consideri che, sebbene le imprese debbano assicurare ogni rischio su tutto il territorio nazionale, esse sono libere di scegliere dove aprire i propri punti vendita; può, pertanto, accadere che alcune imprese, pur risultando astrattamente più convenienti per gli assicurati di una data provincia, non siano presenti in quell'ambito territoriale¹⁷⁹.

Ulteriori disposizioni a tutela della trasparenza e dei consumatori sono contenute nel capo III della legge 12 dicembre 2002, n. 273, recante *“Misure per favorire l'iniziativa privata e lo sviluppo della concorrenza”*. Alcune modalità di applicazione di tali misure sono state successivamente chiarite dall'Isvap con la circolare del 25 marzo 2003, n. 502/D.

Tali misure tendenti a favorire il confronto di più offerte da parte dei consumatori, quali quelle che obbligano le imprese a predisporre siti Internet che consentano agli utenti di calcolare i premi e prendere visione delle condizioni di polizza, sono indubbiamente positive; la sola pubblicità delle tariffe può non essere sufficiente se non vengono rimosse le riscontrate rigidità del sistema distributivo. Viceversa, non è chiara la finalità di alcune disposizioni, quali quelle che attribuiscono al Ministero delle attività produttive la facoltà di svolgere attività di monitoraggio e di valutazione sull'evoluzione dei premi. Tali

178. A tale proposito è sufficiente notare che, con riferimento - ad esempio - alla professione, alcune imprese potrebbero prevedere una maggiorazione, altre uno sconto, del premio comunicato all'Isvap. Pertanto, quando si considera anche la professione, le graduatorie delle imprese per convenienza tariffaria potrebbero risultare significativamente modificate.

179. Inoltre, alcune imprese possono essere attive solo per alcune nicchie di mercato e non essere disponibili a coprire l'intero mercato per un ramo che non rappresenta il proprio *core business*. Si consideri, al riguardo, il caso di Assicuratrice Edile, impresa specializzata ad assicurare i rischi delle imprese edili, che ha dovuto rinunciare ad operare nel ramo auto dopo che, a seguito della pubblicazione delle proprie tariffe, era risultata essere tra le imprese più convenienti.

misure potrebbero infatti reintrodurre forme di controllo sull'attività delle imprese che dovrebbero essere venute meno con la liberalizzazione tariffaria.

Le modifiche ai meccanismi di experience rating

Per effetto della liberalizzazione le imprese operanti nel mercato RCA hanno acquistato maggiore libertà anche nel definire le formule tariffarie, essendo ora vincolate soltanto al rispetto di disposizioni volte a garantire una maggiore trasparenza nei rapporti con l'utente.

L'articolo 126 del D.Lgs.175/1995, di recepimento della terza direttiva danni, ha previsto in particolare che i contratti di assicurazione RCA debbano essere stipulati sulla base di condizioni di polizza che prevedono un meccanismo di *experience-rating*¹⁸⁰, come il bonus-malus, ovvero “*in base a clausole di franchigia che prevedano un contributo dell'assicurato al risarcimento del danno*”. Successivamente, l'Isvap, con circolare n. 260/95, ha riconosciuto l'ammissibilità dell'applicazione combinata delle due formule tariffarie. Nella medesima circolare sono contenute altresì disposizioni atte a facilitare il confronto tra le offerte proposte dalle diverse imprese, tra cui particolare importanza assume l'obbligo, per le imprese che modifichino il numero di classi di merito previste nella delibera CIP del 5 maggio 1993, di stabilire regole di corrispondenza tra le nuove classi bonus/malus e quelle stabilite dalla suddetta delibera, facendo espressa menzione sull'attestato di rischio¹⁸¹ anche della classe di assegnazione spettante secondo il vecchio sistema.

Tale previsione, pur mirante a facilitare la mobilità dei consumatori tra le diverse imprese, potrebbe disincentivare le stesse ad introdurre nuove forme tariffarie, e quindi nuovi processi di selezione del rischio, ad esempio basati su meccanismi più trasparenti, come il *no claims discount*, o a modificare le forme tariffarie esistenti.

Ciò spiega, in parte, perché la liberalizzazione ha avuto un impatto modesto sulla struttura dei sistemi di *experience rating* impiegati dalle imprese. Un'analisi compiuta sui tariffari di 75 imprese, in vigore nel 2000, mostra che

180 “*Che prevedano ad ogni scadenza annuale la variazione in aumento o in diminuzione del premio applicato all'atto della stipulazione, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso di un certo periodo di tempo*”.

181 L'attestato di rischio è un documento che l'impresa di assicurazione deve rilasciare obbligatoriamente all'assicurato, nel quale sono riportati il numero di sinistri negli ultimi 5 anni, la formula tariffaria scelta e, nel caso in cui si tratti del bonus/malus, la classe di merito di provenienza e quella di assegnazione per l'anno successivo.

tutte le imprese adottano un sistema bonus/malus, che nella maggioranza dei casi è prossimo a quello in vigore prima della liberalizzazione¹⁸². In particolare, la generalità delle imprese ha modificato solo in modo marginale il meccanismo di selezione del rischio *ex-post*:

i) diverse imprese prevedono la possibilità di stipulare una polizza con formula bonus-malus o, alternativamente, con formula franchigia. Tuttavia, il livello di franchigia non varia molto tra le imprese e, soprattutto, questa formula tariffaria continua ad essere utilizzata da una frazione marginale degli assicurati¹⁸³;

ii) la forma mista bonus-malus più franchigia è piuttosto rara;

iii) con riferimento al numero di classi di merito, 1/3 delle imprese ha mantenuto tale numero invariato; circa la metà ha aggiunto alle 18 classi del sistema CIP alcune classi di extrabonus. Nel complesso, solo poche imprese hanno ridisegnato il sistema di *experience-rating*, prevedendo o un numero maggiore sia per le classi di bonus che per quelle di malus (circa 30 classi in totale), o utilizzando un meccanismo *no-claims discount*, analogo al bonus/malus, ma con pochissime classi;

iv) le regole evolutive per le imprese che adottano il meccanismo bonus-malus sono rimaste invariate; anche il coefficiente attribuito alle classi di merito non è mutato con riferimento alla 1a e alla 14a classe CIP, mentre diverse imprese hanno aumentato i coefficienti associati alle classi di malus più elevate.

In definitiva, la struttura del meccanismo adottato dalla generalità delle imprese è rimasta pressoché invariata.

Degno di nota è il fatto che le imprese, tranne rare eccezioni, non abbiano previsto forme tariffarie miste bonus/malus - franchigia e che non abbiano intrapreso misure per incentivare il ricorso alla franchigia da parte degli assicurati. In genere, anche quando si può scegliere tra più formule tariffarie, le differenze di prezzo tra la formula con franchigia e quella senza non sono tali da indurre l'assicurato a considerare conveniente la scelta della franchigia.

182. In particolare, 26 imprese continuano ad usare lo stesso numero di classi (18 classi), mentre altre 38 hanno aggiunto da 1 a 3 classi. In alcuni dei rimanenti casi si arriva però a superare le 30 classi. Le regole evolutive non differiscono in misura sostanziale tra le varie imprese. Un numero ridotto di imprese prevede, accanto al bonus/malus, un criterio di *no claims discount* (in genere diminuzione del premio in assenza di sinistri negli ultimi due o tre anni).

183. Dalle informazioni contenute nella banca dati Ania relativa all'esercizio 1998, riferite al 50% del mercato, risulta che a fronte di quasi 12 milioni di autovetture assicurate con formula bonus-malus, meno di 85 mila autovetture hanno una polizza del tipo franchigia.

Come emerso nel capitolo precedente, quest'ultima, soprattutto se combinata con il bonus/malus, può costituire un meccanismo efficace sia nel ridurre i costi delle imprese, sia nell'indurre maggiore prudenza e nel limitare i comportamenti fraudolenti. In questo senso, si devono valutare favorevolmente le disposizioni contenute nell'art. 19 della citata legge n. 273/2002, volte ad incentivare l'adozione di formule tariffarie con franchigia, attraverso meccanismi che facilitano il recupero da parte delle imprese della franchigia dovuta dagli assicurati.

5.3 La struttura tariffaria nei principali mercati esteri

L'analisi dell'esperienza internazionale mostra che la liberalizzazione ha condotto ovunque ad una maggiore personalizzazione delle polizze auto, in conformità alle previsioni della teoria¹⁸⁴. In alcuni casi le imprese sono libere di utilizzare qualsiasi parametro di selezione, in altri esiste una qualche forma di regolamentazione sulla struttura tariffaria. Tuttavia, anche laddove esistono vincoli regolamentari all'uso di variabili di personalizzazione, non necessariamente la concorrenza risulta falsata. In questo senso, si può affermare che il grado di concorrenza esistente in un mercato non dipende tanto dal numero di variabili di personalizzazione adottate, quanto dall'assetto complessivo che caratterizza l'industria RCA, in termini di canali distributivi, sistemi di liquidazione, ecc. Per questo, vi sono mercati caratterizzati da un elevato grado di concorrenza che adottano sistemi di personalizzazione sensibilmente differenti.

Passando all'esame delle strutture tariffarie prescelte dalle imprese nei vari Paesi, si evidenzia innanzitutto la diffusione dei meccanismi di *experience rating*; questi, spesso sono del tipo bonus/malus, talvolta, soprattutto nei Paesi anglosassoni, sono nella forma *no-claims discount*.

Per quanto riguarda la personalizzazione tariffaria, questa viene spesso effettuata con riferimento al veicolo, con la rilevante eccezione del Regno Unito, unico tra i Paesi europei dove l'assicurazione RCA è stipulata nei confronti del conducente; ciò si verifica anche in talune province del Canada¹⁸⁵. Recentemente, alcune imprese nei vari mercati, incluso quello italiano, hanno introdotto coperture RCA legate ai conducenti espressamente indicati in polizza.

184. Le informazioni riportate nel presente paragrafo, ad eccezione della parte sul BCT francese, sono tratte in prevalenza da "Motor Insurance- The research report into the world's major markets", Tillinghast-Towers Perrin, February 1996.

185. La Sezione 145 del Road Traffic Act prevede che la copertura per danni a terzi derivanti dalla circolazione copra la persona o le persone indicate in polizza, non il veicolo. Vale osservare che nel Regno Unito non esiste un sistema di responsabilità oggettiva alla base dell'assicurazione RCA, dovendosi dimostrare la colpa della persona nei confronti di cui si richiede il risarcimento. Il sistema è analogo alla "tort liability" esistente in taluni Stati degli USA.

Un certo numero di variabili di personalizzazione è utilizzato comunemente in tutti i Paesi, Italia compresa: potenza del veicolo, età dell'assicurato, uso del veicolo (si veda la tabella 5.1). La residenza è comune nei Paesi europei, ma spesso non è utilizzata negli Stati Uniti¹⁸⁶. Tipo e modello del veicolo sono molto utilizzati, ed assumono evidentemente una particolare rilevanza laddove sono diffuse le polizze globali. Alcuni Paesi, tra cui quelli ove il mercato assicurativo è particolarmente sviluppato, come Regno Unito e alcune province del Canada, si avvalgono frequentemente di variabili legate ai chilometri effettivamente percorsi. Sempre in questi Paesi, i meccanismi di *experience rating* sono in genere del tipo *no-claims discount*.

Tabella 5.1 - Principali variabili di selezione del rischio all'estero

	Italia	Belgio	Canada	Francia	Germania	Spagna	UK	California	New Jersey	Pensylvania	Texas
EXPERIENCE RATING	x	x	x	x	x	x	x	x			
sesso	x	x	x	x		x	x		x	vietato	x
età	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
residenza	x	x	x	x	x	x	x				
occupazione	x		x	x	x		x				
stato civile	x		x	x					x	x	x
anzianità patente	x	x	x	x		x		x			
copertura											
conducenti indicati			x	x	x		x				
parcheggio(*)		x					x				
tipo veicolo	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
età veicolo					x		x				
km annui	x		x	x	x		x	x		x	x
uso veicolo	x	x		x		x	x		x	x	x
potenza veicolo	x	x		x	x	x	x				
dotazioni sicurezza	x						x				
allarmi(*)					x						
possesso di più veicoli		x	x		x						
n. infrazioni											
codice stradale			x								

(*) Queste variabili sono usate per le polizze cosiddette *comprehensive*, che coprono tutti i rischi auto.

Fonte: elaborazione su dati tratti da tariffari delle imprese Ania, Tillinghast, FSA, FFSA.

Nel complesso, due sono le indicazioni principali che possono trarsi:

i) le variabili adottate nei vari Paesi dipendono in parte da scelte delle imprese, in parte da vincoli di tipo regolamentare¹⁸⁷.

186. Negli Stati Uniti esiste una regolamentazione differente a livello di ciascuno stato federale in relazione al settore assicurativo. Nella tabella sono riportati quattro tra i principali stati.

187. L'analisi teorica mostra che non esistono variabili di selezione del rischio *tout court* preferibili, dovendosi valutare i pro ed i contro connessi a ciascuna scelta.

Ad esempio, in Belgio le imprese sono obbligate ad utilizzare la potenza fiscale, l'uso del veicolo (privato o commerciale), ed il bonus/malus. A questi tre fattori possono aggiungersene altri, discrezionalmente. A causa di tali limitazioni alla possibilità di personalizzazione, è in corso una procedura di infrazione da parte della Commissione europea nei confronti del Belgio.

In California, *The Insurance Rate Reduction and Reform Act*, in vigore dal 1988, obbliga le imprese ad usare tre variabili correlate strettamente con la frequenza dei sinistri, vale a dire: storia personale dei sinistri, chilometri percorsi annualmente, anni di esperienza alla guida. Dal 1996 le imprese possono scegliere tra ulteriori variabili di personalizzazione (tra cui residenza, stato civile, tipo di veicolo, titolo di studio), anche se la maggior parte del premio continua ad essere determinato dalle tre variabili obbligatorie.

In alcuni Stati federali e in Canada è vietato l'impiego di variabili quali sesso, residenza, nazionalità, per il timore che si verifichino forme di discriminazione¹⁸⁸;

ii) non esiste una correlazione tra vincoli regolamentari sulle variabili di personalizzazione utilizzabili e grado di competitività nei mercati nazionali per l'assicurazione auto.

Infatti, se è vero che in un Paese come il Regno Unito, ove la concorrenza nel mercato assicurativo è particolarmente sviluppata, non vi sono limiti alla personalizzazione, negli Stati Uniti ed in alcune province del Canada, pur trattandosi ugualmente di mercati caratterizzati da un significativo livello di competitività, il regolatore ha introdotto alcuni vincoli alla libertà delle imprese di selezionare i rischi.

Inoltre, è importante evidenziare che, a differenza di quanto accade nella maggior parte dei Paesi, nel mercato italiano dell'assicurazione auto ben il 75% dei consumatori acquista solo la polizza per la RCA, senza ulteriori garanzie. Di queste, la più diffusa, in Italia, è indubbiamente la garanzia incendio e furto, mentre polizze del tipo *kasko*, soprattutto a causa del prezzo particolarmente ele-

188. Negli Stati Uniti, come in Canada, si discute sulla possibilità che l'impiego di variabili di personalizzazione quali il sesso, la residenza, la nazionalità o la professione dell'assicurato costituisca una forma di discriminazione nei confronti di alcune categorie di cittadini. Nel 1978 la Corte Suprema degli Stati Uniti ha dichiarato incostituzionale l'uso di tavole di mortalità separate per i due sessi ai fini del calcolo delle rendite di piani pensionistici. Nel 1981, lo stato del Michigan ha vietato la personalizzazione in base al luogo di residenza. In seguito, sono state emanate leggi che limitano la libertà nella scelta delle variabili di personalizzazione, per il timore che si verifichino forme di discriminazione. Cfr. tra l'altro Buzzacchi L. - Schena S. (1997).

vato a cui vengono offerte, sono acquistate da un numero estremamente esiguo di utenti, contrariamente all'esperienza di altri Paesi, dove invece tale copertura può essere acquistata pagando premi contenuti.

In particolare, in Canada circa il 75% degli assicurati acquista una polizza collisione in aggiunta alla polizza obbligatoria, di questi il 90% acquista una polizza globale, comprensiva di garanzie ulteriori; nel Regno Unito il 70% degli assicurati possiede una polizza globale, mentre in California, New Jersey, Pennsylvania e Texas, la percentuale di coloro che possiedono una polizza globale varia dal 63% all'80%.

5.4 Le condizioni generali di contratto

Come già sottolineato, l'articolo 11 della legge n. 990/1969, come sostituito dal D.Lgs. n. 175/95, ha eliminato ogni forma di approvazione preventiva e di imposizione autoritativa, oltre che delle tariffe, anche delle condizioni generali di contratto¹⁸⁹. Per queste ultime, restano naturalmente vincoli legati al rispetto delle garanzie minime di legge.

Per i contratti RCA, in considerazione della loro natura obbligatoria, è rimasto fermo l'obbligo di comunicazione sistematica all'Isvap delle condizioni di polizza, prima della loro applicazione (articolo 41, comma 2, D.Lgs. n. 175/1995). Su tali condizioni l'Isvap si limita ad effettuare un controllo di legittimità finalizzato all'individuazione delle condizioni di polizza contrarie alla legge, controllo che non ha ad oggetto la congruità economica delle tariffe, né l'adeguatezza delle modalità di formazione delle stesse.

Al fine di valutare le modifiche prodotte concretamente da tale innovazione normativa sono state poste a confronto le ultime condizioni generali di contratto approvate dal CIP (provvedimento del 5 maggio 1993, n. 10) con le condizioni generali presenti nei contratti RCA vigenti nel gennaio 2000, in relazione ad un campione significativo di 25 imprese¹⁹⁰.

Nel complesso, è possibile affermare che non sussistono differenze sostanziali tra le attuali condizioni generali di contratto e quelle vigenti prima della liberalizza-

189. Per condizioni generali di contratto si intendono le clausole predisposte da un soggetto in via generale ed utilizzate per disciplinare in modo uniforme una serie indefinita di rapporti contrattuali.

190. Il campione è stato costruito in modo da comprendere le compagnie leader del mercato, compagnie di media grandezza, compagnie con quote di mercato modeste accanto a compagnie dirette e compagnie appartenenti a gruppi stranieri.

zione. Molte clausole sono infatti assolutamente identiche a quelle previste in precedenza; le clausole inserite dopo la liberalizzazione riguardano aspetti non fondamentali del contratto o si limitano a recepire innovazioni normative intervenute successivamente al 1993; in particolare, è stata introdotta una clausola sull'obbligo per le imprese di rilasciare agli assicurati un attestato di rischio, in ossequio alle nuove disposizioni introdotte dalla terza direttiva danni¹⁹¹, e sono state modificate alcune clausole, soprattutto quelle relative all'adeguamento del premio, al fine di conformarsi alla nuova disciplina sulle clausole vessatorie¹⁹².

Per quanto riguarda l'estensione della copertura assicurativa, si osserva che, da un lato, alcune imprese hanno introdotto garanzie ulteriori, seppure in genere rivolte a specifiche tipologie di veicoli¹⁹³ o comunque relative ad ipotesi non frequenti¹⁹⁴; dall'altro, sono state introdotte alcune clausole di esclusione della garanzia o di rivalsa, tra cui assume un particolare rilievo la guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, sull'esempio di quanto avviene nei principali Paesi europei. Degna di nota è anche la clausola, contenuta in alcuni contratti, che prevede la rivalsa (entro certi limiti) quando il sinistro è causato da persona diversa rispetto ai conducenti indicati in polizza e/o intestatari del veicolo¹⁹⁵.

191. L'articolo 126, comma 2, del D.Lgs. n. 175/95 prevede che in occasione di ciascuna scadenza annuale dei contratti RCA "le imprese debbano rilasciare al contraente un'attestazione che indichi: a) la data di scadenza per la quale l'attestazione stessa viene rilasciata; b) la formula tariffaria in base alla quale è stato stipulato il contratto [...]; c) il numero dei sinistri eventualmente verificatisi nel corso degli ultimi 5 anni, secondo modalità indicate dall'Isvap; d) la classe di merito di provenienza e quella di assegnazione del contratto per l'annualità successiva, nel caso in cui il contratto sia stato stipulato sulla base di clausole che prevedano, ad ogni scadenza annuale, la variazione in aumento o in diminuzione del premio applicato all'atto della stipulazione in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso di un certo periodo di tempo". Il mancato rilascio da parte dell'impresa dell'attestazione di rischio comporta "la irrogazione di una sanzione pecuniaria nella misura di lire un milione per ogni attestazione non rilasciata".

192. Cfr. gli artt. 1469-bis/1469-sexies, contenuti nel capo XIV bis del codice civile ed introdotti dalla legge 6 febbraio 1996, n. 52, di recepimento della direttiva CE 93/13, che modificano la disciplina sulle clausole vessatorie. Tale innovazione normativa ha indotto, in particolare, a modificare le clausole relative all'adeguamento del premio, riducendo i termini entro i quali il nuovo premio deve essere comunicato agli assicurati, anche se nella maggior parte dei casi si continua a prevedere il meccanismo del silenzio-assenso.

193. Ad esempio, la copertura per la responsabilità per il traino di "carrelli appendice", o per il rischio statico di rimorchi.

194. Ad esempio, copertura dei danni provocati alla sede stradale, purchè accidentalmente, copertura dei danni cagionati a terzi dalle operazioni di carico e scarico effettuate senza mezzi meccanici, o rimborso parziale delle spese per eliminare i danni causati all'interno dell'autovettura dal trasporto occasionale di vittime di incidenti stradali.

195. L'associazione di categoria predispose condizioni di contratto denominate "normativa Ania di riferimento", definite puramente indicative per conformarsi a quanto prescritto dal Regolamento CE n. 3932/92. Oltre a ciò, l'Ania effettua un lavoro di analisi e comparazione delle condizioni di contratto applicate dalle imprese aderenti, i cui risultati sono dettagliatamente esposti in alcune tabelle, rese note agli associati, evidenziando, tra l'altro, le differenze riscontrate rispetto alla normativa Ania di riferimento. Tale attività potrebbe determinare alterazioni concorrenziali qualora risultasse lo strumento per indurre le imprese aderenti ad uniformarsi alla "normativa Ania di riferimento".

5.5 L'assicurazione dei rischi "tarati"

Nel corso del capitolo sono state esaminate le polizze RCA esistenti prima e dopo la liberalizzazione, al fine di cogliere le differenze nella struttura tariffaria e nelle condizioni di contratto. Le considerazioni svolte riguardano la copertura assicurativa proposta dalle imprese alla generalità degli assicurati. Per completare il quadro occorre a questo punto analizzare il comportamento delle imprese nei confronti degli individui cui è associato un "rischio tarato". Si tratta di una particolare categoria di utenti, che solleva problematiche specifiche, in quanto non possono applicarsi *tout court* le tariffe previste per la massa degli assicurati.

L'assicurazione dei rischi "tarati" viene spesso indicata come uno dei fattori idonei a minare la stabilità delle imprese. Si tratta, in genere, di rischi associati ad un numero estremamente limitato di soggetti, caratterizzati però da un'elevata probabilità di sinistro¹⁹⁶. In relazione a tali rischi non sempre risulta agevole stabilire l'ammontare corretto di premio puro ad essi corrispondente, ovvero disporre di un numero di assicurati tale da ridurre la variabilità del rischio. In un generico mercato assicurativo, la difficoltà di effettuare una corretta valutazione di tali rischi, può indurre le imprese a rifiutarne la copertura assicurativa, mentre in presenza di un obbligo a contrarre le imprese, essendo tenute ad assicurare qualunque rischio, possono richiedere premi così elevati da impedire agli utenti di ottenere la copertura.

Si può porre, pertanto, il problema di garantire a tale tipologia di individui la possibilità di acquistare a prezzi ragionevoli la polizza RCA.

A livello internazionale sono state individuate soluzioni diverse.

Nel Regno Unito non si è fatto ricorso ad interventi di tipo regolamentare; invece, si sono create imprese specializzate a trattare tali rischi, che, offrendo tariffe comunque minori rispetto a quelle che richiederebbe una generica impresa, riescono ad attrarre un numero significativo di "rischi tarati" e riducono così la variabilità del rischio.

196 Il concetto di rischio tarato nella RCA è mutuato dall'assicurazione vita, dove con tale termine si fa riferimento a soggetti affetti da malattie pregresse o in atto che comportano una probabilità di morte più elevata di quella teorica desunta dalle tavole di mortalità per le persone della stessa età. Si tratta di rischi generalmente assicurabili, previa maggiorazione del premio effettuata sulla base di adeguati "coefficienti di sopra mortalità". I rischi tarati devono essere distinti dai grandi rischi e dai rischi catastrofali: mentre i rischi tarati sono caratterizzati da una probabilità di accadimento più elevata, come nel caso di un conducente che ha provocato diversi sinistri, i grandi rischi riguardano clienti quali le flotte aziendali, i rischi catastrofali sono invece rischi cui è associata una probabilità ridotta, ma con una esposizione al rischio complessivamente più elevata.

In Francia è stato istituito un organismo pubblico, denominato *Bureau Central de Tarification* (BCT), che ha il compito di determinare il premio di quegli automobilisti che vengono rifiutati dall'impresa di assicurazione alla quale si sono rivolti. Il BCT può decidere o di rinviare l'automobilista alla sua impresa, sollecitandola a sottoscrivere il contratto alle sue condizioni abituali, oppure può sottoporre il caso ad un'analisi più attenta, se si verificano le condizioni di esistenza di un rischio più elevato della media. In quest'ultimo caso, il BCT fissa un sovrappremio e/o una franchigia che saranno imposti all'assicurato e corrispondentemente all'impresa, che sarà obbligata ad accordare la sua garanzia assicurativa alle condizioni previste dal BCT¹⁹⁷.

In Canada è stato adottato un meccanismo che consente di trasferire i rischi tarati ad un *pool* di imprese (cosiddetto "*facility association*"). La ripartizione dei rischi tra le imprese partecipanti è effettuata in base alla quota di mercato. Questi *pools* hanno le proprie polizze, le proprie regole e tariffe e gli utenti sono consapevoli di essere assicurati attraverso di essi. In Quebec, il *Plan de Répartition des Risques* opera in maniera leggermente diversa: l'utente è assicurato secondo la normale procedura e non è consapevole di essere parte di un *pool*. I rischi vengono successivamente ceduti al *pool* e riallocati tra tutti gli assicuratori in proporzione alla loro quota di mercato. In alcune province del Canada è stato necessario introdurre un meccanismo atto a limitare il numero dei rischi tarati ceduti alla "*facility association*".

Al contrario, i rischi tarati assicurati in Francia tramite il BCT rappresentano una frazione estremamente limitata dei veicoli assicurati. Analogamente, in Italia, dove peraltro le polizze di regola non coprono la guida in stato di ebbrezza, il numero di soggetti potenzialmente rientranti in tale categoria di rischi è assolutamente marginale. È plausibile ritenere che tali soggetti appartengano alle classi di malus più elevate; in Italia, in ciascuna delle classi di malus più elevate (la 17a e la 18a) rientra lo 0,11% degli assicurati, mentre nelle classi 15a e 16a è compreso complessivamente meno dell'1% del totale degli assicurati (dati 1998, fonte: banca dati Ania).

197. Un utente può essere compreso nella categoria dei rischi tarati per le seguenti motivazioni: per la frequenza dei sinistri di cui è dimostrata la sua responsabilità; per l'entità di un sinistro, se significativamente rilevante; per infrazione al codice stradale che comporti la sospensione della patente; per guida in stato d'ebbrezza. Quando la qualità della guida dell'assicurato è così cattiva da comportare un malus costante, il BCT può imporre uno scoperto obbligatorio, al quale potrà aggiungere una maggiorazione di premio fino al 50%. Per guida in stato di ubriachezza la normativa autorizza maggiorazioni di premio del 150%, che per i casi più gravi arriva al 350%. L'automobilista che rifiuta di essere sottoposto al prelievo di sangue per il test del contenuto alcolico viene automaticamente assoggettato ad una maggiorazione di premio del 175%. Particolarmente severe sono le maggiorazioni di premio per i giovani che guidano in stato d'ebbrezza.

5.6 Conclusioni

A seguito della liberalizzazione, le imprese hanno ottenuto la possibilità di predisporre polizze adatte a realizzare una migliore selezione del rischio. L'analisi condotta ha mostrato che, sebbene le imprese italiane abbiano introdotto numerosi nuovi fattori di selezione del rischio, il premio fissato per i diversi profili continua in larga parte ad essere determinato dalle medesime variabili adottate prima del 1994. D'altro canto, l'aumento nel numero di variabili di personalizzazione ha prodotto una sensibile riduzione della trasparenza ed un incremento nel grado di dispersione dei premi la cui persistenza, coerentemente con le previsioni della teoria economica, è riconducibile al peculiare assetto organizzativo del sistema di distribuzione, che genera elevati costi di ricerca. In quest'ottica, un aumento del grado di trasparenza può essere perseguito solo rimuovendo le rigidità esistenti a livello distributivo, mentre non sono sufficienti allo scopo gli obblighi di pubblicizzazione delle tariffe introdotti recentemente.

L'esperienza internazionale ha confermato, peraltro, che non esiste una correlazione tra grado di concorrenza dei mercati e variabili di personalizzazione, ben potendo le imprese competere sulla base delle stesse variabili presenti nella tariffa Filippi.

Con riferimento alla selezione del rischio *ex post*, l'analisi ha evidenziato uno scarso ricorso a forme alternative al meccanismo bonus/malus da parte delle imprese italiane. Non si sono sviluppati né il meccanismo anglosassone del *no claims discount*, che consentirebbe una maggiore aderenza alla sinistrosità effettiva dell'assicurato, né la franchigia, che, coinvolgendo l'assicurato nel risarcimento, può diventare un utile strumento di riduzione dei sinistri e prevenzione delle frodi. In futuro, il ricorso alla franchigia da parte delle imprese dovrebbe essere incentivato dalle norme contenute nella legge n. 273/2002.

Le condizioni di contratto non sono sostanzialmente variate rispetto al 1994, con la parziale eccezione della copertura assicurativa, ridotta da numerose imprese per la guida in stato di ebbrezza o sotto uso di stupefacenti, e da alcune compagnie per i guidatori diversi da quelli indicati in polizza, soprattutto se *under 25*. Il primo aspetto trova valide giustificazioni da un punto di vista etico; la limitazione della copertura ai soli soggetti indicati in polizza, nell'attuale contesto normativo italiano, rappresenta un passo importante verso una copertura più rivolta al conducente che all'autovettura. In ogni caso, a ogni riduzione della garanzia dovrebbe corrispondere una diminuzione del prezzo.

Dal confronto con l'estero è emersa inoltre la scarsissima diffusione di coperture auto diverse da quella obbligatoria, soprattutto della garanzia *kasko*. La quasi totale assenza di tale copertura si spiega, in parte, con lo scarso sviluppo che caratterizza i mercati assicurativi italiani, in parte, come verrà evidenziato nei capitoli successivi, con la scarsa attenzione al contenimento dei costi delle imprese italiane, circostanza che si traduce in prezzi particolarmente elevati per tutte le garanzie auto¹⁹⁸.

Infine, in merito ai rischi tarati in un contesto di assicurazione obbligatoria, spesso al centro del dibattito italiano quale causa dell'inflazione dei costi, l'esperienza estera mostra che un certo numero di rischi tarati, di regola non particolarmente elevato, è un fenomeno fisiologico, a cui le imprese estere hanno reagito in vari modi, cercando di temperare l'esigenza di garantire una copertura assicurativa per tali rischi con quella di non richiedere premi eccessivi. Anche in Italia si tratta di una tipologia di assicurati del tutto marginale: assumendo che tutti gli automobilisti nelle classi 17^a e 18^a siano rischi tarati, il problema riguarderebbe circa lo 0,2% di assicurati. Per questo, le imprese non dovrebbero incontrare difficoltà nel garantire senza costi eccessivi la copertura di tali rischi.

198. Tale anomalia può avere effetti sull'intero assetto istituzionale del mercato RCA: il possesso di una polizza globale, comprensiva sia della garanzia collisione che della RCA, muta infatti radicalmente il rapporto che si instaura tra utente ed impresa di assicurazione. In particolare, l'assicurato che possiede entrambe le coperture sarà interessato alla qualità del servizio offerto al momento della liquidazione e ciò incentiverà le imprese a farsi concorrenza anche su tale aspetto. Inoltre, la coesistenza delle due coperture fa sì che, a prescindere dalle cause del sinistro, la riparazione del veicolo sia sempre garantita dall'impresa dell'assicurato. Ciò riduce il contenzioso (e le frodi), con effetti positivi sul costo dei sinistri.

6. La dinamica dei premi

6.1 L'evoluzione dei premi

Per esaminare l'andamento dei premi RCA dal 1994 ad oggi possono utilizzarsi diverse metodologie, tra loro complementari, ciascuna delle quali mette in rilievo un aspetto del fenomeno.

Pur trattandosi di un'analisi complessa, a causa della struttura particolarmente articolata dei prezzi delle polizze RCA e del differente grado di copertura offerta dalle varie imprese, la stessa non presenta problemi dissimili da quelli che possono incontrarsi nell'analizzare la variazione dei prezzi di un paniere di beni e/o di beni differenziati.

In analogia con quanto si verifica con la misurazione del tasso di inflazione effettuata dagli istituti di statistica nazionali, si può ricorrere a tre metodi di stima:

a) stima dell'incremento dei premi che la collettività degli assicurati ha subito, ovvero rapporto tra premi complessivamente pagati in un dato esercizio e numero di veicoli in circolazione. Questa misura rileva il prezzo in media pagato dalla totalità degli assicurati al netto di tutte le scelte relative alla polizza (meccanismo bonus/malus, qualità dei veicoli circolanti, ecc.).

In pratica tale indicatore fornisce una misurazione in un certo senso analoga al cosiddetto deflatore implicito¹⁹⁹. Al pari del deflatore implicito, il valore medio dei premi pagato dalla collettività per l'acquisto di una polizza auto rappresenta un indicatore alquanto imperfetto della variazione del prezzo delle polizze, in quanto confonde gli effetti di prezzo con quelli di composizione, vale a dire non distingue tra l'aumento delle polizze e gli effetti di tali aumenti (cambio di impresa di assicurazione, rinuncia al possesso di un'autovettura, ecc.).

Inoltre, come accade per tutti gli indici di prezzo, vi è un problema legato alla variazione della qualità dei beni nel tempo. Nel caso delle polizze auto la qualità dovrebbe essere valutata prendendo in considerazione la diversa sinistrosità associata al parco auto in circolazione, che varia al variare del tipo di veicoli che i consumatori acquistano. Si tratta di un esercizio difficile, che peraltro determina solo aggiustamenti marginali nella stima; inoltre, poiché ciò che rileva è soprattutto la variazione dei premi rispetto ai costi, esso dovrebbe essere condotto anche con riferimento a questi ultimi. È quindi preferibile non introdurre tale tipo di correzione²⁰⁰.

199. Il deflatore implicito è dato dal rapporto tra un aggregato, ad esempio il valore aggiunto, espresso in termini nominali (ovvero a prezzi correnti) e lo stesso aggregato espresso in termini reali, vale a dire calcolato con i prezzi di un anno base di riferimento.

200. Dal punto di vista matematico, infatti, il rapporto tra premi e costo dei sinistri non si modifica moltiplicando sia il numeratore che il denominatore per il medesimo coefficiente.

b) stima dell'incremento del premio medio. Tale misurazione è simile a quella effettuata per il calcolo dell'indice dei prezzi al consumo, costruito come media ponderata del prezzo di ciascuno dei beni inclusi nel paniere di riferimento. Tale sistema è di solito maggiormente utilizzato nel calcolo dell'inflazione, in quanto, a differenza del deflatore implicito, riesce a isolare gli aumenti dei premi rispetto agli effetti di tali aumenti; tuttavia si pone in questo caso il problema di definire un paniere in grado di rappresentare i consumi dell'intera collettività.

Nel caso delle polizze RCA, tale problema può essere risolto attribuendo un peso alla variazione del premio associato a ciascun possibile profilo tariffario, attraverso la ricostruzione di un portafoglio tipo di polizze, che tenga in considerazione le caratteristiche del parco auto circolante.

In questo caso, si tratta di una variazione dei premi al "lordo" dei comportamenti relativi alla polizza (bonus/malus, ecc.). Questo metodo sembra fornire l'indicazione più corretta circa la dinamica dei premi, in quanto non considera gli effetti del meccanismo bonus/malus, meccanismo che incide sensibilmente sulla variazione dei premi stessi, la cui evoluzione è peraltro prevista all'atto della stipula del contratto²⁰¹.

c) stima dell'incremento del premio pagato per ciascun profilo tariffario. La misura, analoga ad un indice semplice di prezzo, consente di verificare l'impatto effettivo delle variazioni tariffarie per ogni singolo consumatore, evidenziando in particolare quali sono le tipologie di consumatori su cui è maggiormente ricaduto l'incremento dei premi.

Per effettuare tale misurazione occorre considerare il premio medio ponderato per le quote di mercato, praticato dalle imprese effettivamente operanti in una data provincia, per i profili tariffari scelti. Al contrario, sono prive di significato analisi condotte considerando lo scarto tra premio massimo e premio minimo praticati per un dato profilo, in quanto tali misure risentono fortemente della presenza di *outliers*. Ad esempio, potrebbe osservarsi uno scarto elevato in relazione al profilo di un assicurato in una data provincia, perché dall'esame dei tariffari emerge che vi è un'impresa che prevede un premio particolarmente esiguo, salvo poi accorgersi che quell'impresa, in realtà, non vende alcuna polizza in quella provincia.

201. In sostanza, un assicurato che stipula una polizza in un certo anno (T), sa che l'anno successivo (T+1) subirà una riduzione o un aumento del premio, di quantità nota, a seconda del numero di sinistri di cui si sarà reso responsabile. L'aumento del premio nell'anno T+1 deve quindi essere calcolato non con riferimento al premio pagato nell'anno T, bensì con riferimento a quello che l'assicurato avrebbe dovuto pagare nell'anno T+1 sulla base della regola evolutiva contenuta nel contratto in precedenza sottoscritto.

Di seguito si presentano i risultati condotti applicando le metodologie descritte. A prescindere dalle differenze esistenti tra le stesse, le conclusioni che possono trarsi dai tre metodi sono le medesime, nel senso che dal 1994 ad oggi i premi RCA hanno subito un incremento assolutamente notevole, tanto da potersi affermare con ragionevole certezza che, dopo la liberalizzazione tariffaria, i premi corrisposti dalla generalità degli assicurati sono almeno raddoppiati.

Incremento dei premi subito dalla collettività degli assicurati

La tabella 6.1 riporta, per gli ultimi 11 anni di cui si dispongono i dati, il tasso di crescita della raccolta premi e del parco veicoli circolanti, nonché l'evoluzione del premio medio calcolato sulla base di questi dati.

Tabella 6.1 - Evoluzione dei premi RCA e del parco circolante - 1990-2001

	Premi RCA (dati di bilancio)		Numero veicoli circolanti		Premi medi	
	Numero Indice	Variazione annua (%)	Numero Indice	Variazione annua (%)	Numero Indice	Variazione annua (%)
1990	100,0	-	100,0	-	100,0	-
1991	115,8	15,8	104,2	4,2	111,1	11,1
1992	130,3	12,5	107,3	3,0	121,4	9,3
1993	140,5	7,8	107,9	0,6	130,2	7,2
1994	149,0	6,1	108,2	0,3	137,7	5,8
1995	160,2	7,5	110,3	1,9	145,2	5,4
1996	168,0	4,9	112,0	1,6	150,0	3,3
1997	183,1	9,0	113,1	1,0	161,9	7,9
1998	201,6	10,1	115,6	2,2	174,4	7,7
1999	227,0	12,6	118,5	2,5	191,6	9,9
2000	243,6	7,3	119,9	1,2	203,2	6,1
2001	262,8	7,9	123,5	3,0	212,8	4,7

Fonte: elaborazioni su dati Ania

I premi sono tratti dai bilanci, che, come è noto, non considerano le imposte ed il contributo al Servizio Sanitario Nazionale; pertanto, considerato che il contributo al Servizio Sanitario Nazionale è passato dal 6,5% al 10,5% nel 1994, l'effettiva evoluzione dei premi pagati dai consumatori e di quelli percepiti dalle imprese non coincidono.

Mentre il tasso di crescita del parco veicoli registra un aumento complessivo del 23%, quello della raccolta premi sperimenta un incremento del 163%. Considerato che il rapporto tra i due indici rappresenta l'incremento del premio

medio effettivamente pagato per vettura circolante, ne consegue che nel periodo esaminato i prezzi sono più che raddoppiati.

Il tasso di variazione annuo ha un trend decrescente dal 1990 al 1996 e quindi cresce sensibilmente sino al 1999; nel 2000 i premi aumentano in modo evidente nonostante il blocco delle tariffe introdotto dalla legge 26 maggio 2000 n. 137. Tale circostanza può essere spiegata in larga parte con la tendenza delle imprese ad applicare, nel periodo di blocco, tariffe intere, senza concedere sconti. Infine, nel 2001 sembrerebbe registrarsi un aumento dei premi medi ad un tasso ancora più contenuto.

I dati della tabella mostrano inoltre che in corrispondenza della liberalizzazione tariffaria non sembra essersi prodotto un incremento nei premi riconducibile alla presunta sottotariffazione imposta alle imprese dalla Commissione Filippi; anzi, il tasso di crescita dei premi registra una sensibile contrazione negli anni immediatamente successivi l'avvio della deregolamentazione rispetto a quella sperimentata nel periodo di tariffe amministrare.

Si deve, tuttavia, ricordare che successivamente alla liberalizzazione si sono registrate sensibili variazioni nelle condizioni di contratto, tra cui assume rilievo la pratica seguita da molte imprese di non garantire più la copertura per sinistri causati in stato di ebbrezza. Considerata la frequenza con cui si verificano sinistri, anche gravi, causati da conducenti in stato di ebbrezza, l'eliminazione di tale garanzia equivale ad una significativa riduzione della copertura RCA, cui non è seguita alcuna diminuzione dei premi che sono, anzi, aumentati²⁰².

Incremento del premio medio

Questo metodo è stato applicato nel corso del procedimento istruttorio I/377 RC Auto, utilizzando i tariffari per le autovetture delle imprese coinvolte nel procedimento, così come raccolti e resi omogenei dall'impresa RC Log²⁰³.

Deve osservarsi che l'utilizzo dei tariffari, che riportano i premi previsti dalle imprese per i vari profili e non quelli effettivamente praticati ai consumatori, si rivela comunque corretto poiché la possibilità di applicare sconti è stata forte-

202. Al di là di qualsiasi giudizio etico circa la correttezza di garantire una copertura assicurativa per incidenti causati da soggetti che violano disposizioni di legge, è un dato di fatto che le imprese non hanno ridotto i premi praticati a seguito dell'eliminazione di una garanzia così rilevante.

203. Si tratta di un metodo particolarmente complesso poiché richiede la predisposizione di fogli di calcolo che contengono tutte le tariffe praticate dalle imprese di assicurazione per i diversi profili, rese omogenee nella struttura, al fine di poterle confrontare.

mente limitata dalla circolare Isvap 30 novembre 1995 n. 260, solo recentemente sostituita dalla circolare 502/D del 2003. Il punto 3 della circolare, emanata dopo la liberalizzazione per fornire alle imprese indicazioni per l'applicazione della nuova normativa settoriale, pone condizioni molto stringenti alla flessibilità tariffaria, raccomandando alle imprese una stretta rispondenza tra tariffe di listino e premi effettivamente praticati alla clientela²⁰⁴. Né, peraltro, la rete distributiva è incentivata ad applicare sconti, considerato che gli agenti sono remunerati mediante provvigioni il cui importo dipende dall'ammontare dei premi raccolti.

Di seguito si riportano i risultati della simulazione effettuata nel corso del procedimento citato²⁰⁵.

Tabella 6.2 - Incremento dei premi medi nel periodo giugno 1994 - gennaio 2000

Periodo	Tasso di valutazione su periodo precedente
giugno '94 - luglio 94	10,63
luglio '94 - luglio '95	4,98
luglio '95 - luglio '96	11,22
luglio '96 - luglio '97	8,56
luglio '97 - luglio '98	11,79
luglio '98 - gennaio 2000	25,76
Totale periodo	96,55

Fonte: provvedimento dell'Autorità del 28 luglio 2000, n. 8546, RC Auto (elaborazioni su dati RC Log, ACI e Ania)

204. In particolare, le imprese che lo desiderano possono prevedere criteri tecnici e commerciali sulla base dei quali stabilire l'ammontare degli sconti concedibili, purché gli stessi siano concessi *“in un limitato numero di casi e comunque in misura tale da non alterare l'equilibrio tecnico e il fabbisogno tariffario che l'impresa ritiene necessario conseguire. Le imprese che vorranno adottare la flessibilità tariffaria dovranno dunque prevedere nelle direttive impartite alla propria rete agenziale che la società si riserva di fare degli sconti, la percentuale massima dello sconto, nonché la percentuale massima di contraenti ai quali lo sconto può essere concesso e le motivazioni tecnico commerciali dello stesso. Di ciò le imprese debbono dare tempestiva informazione all'ISVAP, trasmettendo altresì una nota tecnica dalla quale possa desumersi che gli sconti, avuto riguardo alla loro incidenza percentuale, al numero di casi in cui possono essere praticati, alla distribuzione territoriale, sono stati previsti in armonia con una costruzione tariffaria tecnicamente corretta ed equilibrata”*.

205. Allo scopo di costruire un portafoglio medio, limitatamente alle autovetture, sono stati considerati i dati generali sul parco veicoli desumibili dalla banca dati ACI (numero di autovetture immatricolate per provincia, tipo di alimentazione, potenza fiscale, sesso ed età del proprietario) e sulle caratteristiche degli assicurati della banca dati Ania (percentuale di assicurati per massimale di polizza e classe di bonus-malus di appartenenza). Tale portafoglio è stato applicato ai tariffari presenti nell'osservatorio RCA (di RC Log) del mese di gennaio 2000, relativi a 8 delle prime 10 imprese del mercato (Assitalia, Unipol, Winterthur, Toro, SAI, RAS, Lloyd Adriatico e Generali), che rappresentano oltre il 43% del mercato, e che quindi nel loro complesso hanno presumibilmente un portafoglio simile a quello medio nazionale.

I dati mostrano che dall'avvio della liberalizzazione il premio medio pagato dagli assicurati, in 5 anni e mezzo, è sostanzialmente raddoppiato, con una sensibile accelerazione nell'ultimo periodo.

Incremento del premio per i singoli profili tariffari

La tabella 6.3 mette a confronto i premi di tariffa relativi ad alcuni profili tariffari in alcune delle principali province italiane, praticati da tutte le imprese italiane nel mese di gennaio 2003 con quelli stabiliti dal CIP per l'ultimo anno di prezzi amministrati.

I profili scelti sono quelli individuati per il settore auto dall'articolo 1, comma 4, della legge n. 57/2001²⁰⁶. È opportuno richiamarne le caratteristiche: i 6 profili sono tutti riferiti ad un maschio, che si assicura con il massimale minimo di legge, per un'automobile di 1300 cc di cilindrata alimentata a benzina, con formula bonus malus.

Le differenze tra i vari profili sono le seguenti:

profilo A, 18 anni, classe b/m di ingresso;

profilo B, 28 anni, con 8 anni di guida senza sinistri;

profilo C, 35 anni, con 10 anni di guida senza sinistri;

profilo D, 40 anni, classe di massimo sconto;

profilo E, 21 anni, con 2 anni di guida con un sinistro;

profilo F, 45 anni, classe di malus più elevata.

È stato inoltre considerato il profilo G, relativo ad un individuo maschio, di 18 anni, che assicura per la prima volta un ciclomotore, con la formula bonus/malus. Per comprendere meglio l'evoluzione dei premi relativi a tale profilo, occorre considerare due elementi: il fatto che la recente introduzione (1993) dell'obbligo di stipulare la copertura RCA per i ciclomotori ha determinato un aumento nella frequenza dei sinistri, osservabile dopo alcuni anni da tale data, e quindi a liberalizzazione avvenuta; la circostanza per cui l'Isvap ha reso obbligatorio, nel 2000, il ricorso alla formula tariffaria bonus/malus per

206. I dati utilizzati sono relativi alle tariffe comunicate dalle imprese sulla base delle indicazioni fornite dall'Isvap (Circolare Isvap del 27 settembre 2001, n. 453/D) e sono quindi da ritenersi omogenei.

tale categoria di veicoli, che ha determinato un aumento nel premio pagato dagli individui che si assicurano nella classe di ingresso²⁰⁷. Di tali fattori deve tenersi conto nell'interpretare i risultati che scaturiscono dai confronti tariffari effettuati per i ciclomotori.

Per esaminare l'evoluzione dei premi si è scelto di considerare un premio medio e due indici di dispersione ottenuti ponderando i premi praticati da ciascuna impresa con la relativa quota di mercato provinciale²⁰⁸.

Come anticipato nel capitolo 5, gli indici di dispersione misurano il grado con cui variano le tariffe rispetto al valore medio. In particolare, si ricorda che l'indice di Gini indica il grado di disuguaglianza delle tariffe praticate nel mercato e fornisce inoltre una misura della differenza attesa nel confronto tra tariffe praticate da due imprese differenti, scelte in modo casuale²⁰⁹.

I risultati mostrano che per tutti i profili esaminati relativi agli autoveicoli, con un'unica eccezione relativa al profilo dell'assicurato nella classe di massimo sconto in provincia di Firenze²¹⁰, i premi sono più che raddoppiati dall'avvio della liberalizzazione, in molti casi sono triplicati o quadruplicati, talvolta addirittura quintuplicati.

Tale incremento ha interessato tutti i profili tariffari esaminati, risultando particolarmente sensibile per quanto riguarda le classi di ingresso e quella immediatamente successiva (14^a e 15^a classe CIP). Per tali classi, i premi medi richiesti nella maggior parte delle province sono eccessivamente elevati, tanto che alcuni consumatori potrebbero incontrare serie difficoltà ad acquistare la copertura obbligatoria RCA.

Talune imprese chiedono premi superiori ai 5.000 € per fornire coperture a quanti assicurano per la prima volta un'autovettura, che, dunque, non si sono resi responsabili di alcun sinistro. È peraltro evidente che premi di tale ammontare di fatto equivalgono ad un rifiuto a contrarre, soprattutto se si considera che i profili tariffari esaminati si riferiscono ad autovetture di piccola cilindrata.

207. A riguardo si osserva che prima dell'intervento dell'Isvap, la generalità delle imprese, così come la stessa Commissione Filippi, non utilizzavano tale formula tariffaria ed applicavano un premio unico, che rappresentava un valore medio della sinistrosità degli assicurati. Con l'introduzione del bonus/malus, ovviamente, le imprese hanno ricalcolato la tariffa, applicando premi più elevati della media per i contraenti appartenenti alle classi di malus più alte e premi più contenuti per le classi di bonus migliori.

208. In tal modo si evitano possibili distorsioni nella stima dovute all'assenza di alcune imprese sul mercato.

209. Cfr. nota 175.

210. Per tale profilo tariffario si è avuto un aumento di circa il 96%; si ricorda peraltro che gli assicurati della provincia di Firenze pagavano, nel periodo della regolamentazione, le tariffe più elevate.

Tabella 6.3 - Dinamica dei premi per singoli profili tariffari (1994-2003) e dispersione dei premi nel 2003 (valori nominali)

Profilo/ Provincia	Evoluzione dei premi (€)			Dispersione dei premi (%)	
	Ultima tariffa amministrata (1)	Premio medio 2003 (2)	Rapporto (2)/(1)	Varianza/ Media	Gini
TORINO					
A	481,37	1.770,95	367,90	16,85	9,38
B	276,27	694,41	251,35	9,69	5,38
C	246,93	563,30	228,12	8,70	4,78
D	209,28	444,86	212,57	11,31	6,05
E	544,12	2.190,37	402,55	24,10	13,45
F	837,12	2.640,70	315,45	24,50	13,32
G	35,44	218,91	617,70	24,12	13,10
GENOVA					
A	543,89	2.126,16	390,92	13,50	7,73
B	312,12	817,60	261,95	11,22	6,32
C	279	660,11	236,60	10,74	5,81
D	236,47	505,05	213,58	13,59	7,74
E	614,83	2.618,50	425,89	18,84	10,45
F	945,89	3.066,70	324,21	27,19	13,45
G	41,14	437,98	1.064,61	23,94	12,91
MILANO					
A	443,84	1.766,16	397,93	15,89	9,04
B	254,72	668,82	262,57	9,66	5,46
C	227,7	544,34	239,06	8,83	4,81
D	192,98	426,20	220,85	11,28	6,24
E	501,76	2.151,47	428,79	23,37	11,85
F	771,94	2.606,37	337,64	25,13	13,86
G	41,14	309,09	751,30	24,46	13,14
PADOVA					
A	443,84	1768,34	398,42	16,96	9,72
B	254,72	656,38	257,69	9,19	5,03
C	227,7	537,90	236,23	9,00	5,07
D	192,98	425,79	220,64	12,71	7,22
E	501,76	2205,12	439,48	21,04	11,81
F	771,94	2669,09	345,76	24,15	13,35
G	35,44	207,25	584,79	23,28	13,30
BOLOGNA					
A	543,89	2.361,95	434,27	17,70	10,13
B	312,12	913,75	292,75	8,23	4,42
C	279	735,73	263,70	8,64	4,72
D	236,47	582,53	246,34	9,70	5,28
E	614,83	2.948,99	479,64	24,65	13,33
F	945,89	3.378,86	357,21	24,12	12,64
G	38,06	356,74	937,31	25,70	13,18
FIRENZE					
A	625,17	2.151,97	344,22	16,79	9,41
B	358,78	841,60	234,57	11,95	6,48
C	320,72	679,27	211,80	10,78	5,83
D	271,8	532,09	195,77	12,62	6,82
E	706,69	2.723,38	385,37	23,94	12,94
F	1.087,19	3.184,19	292,88	23,10	11,74
G	41,14	347,29	844,16	21,00	11,56

Segue: Tabella 6.3 - Dinamica dei premi per singoli profili tariffari (1994-2003) e dispersione dei premi nel 2003 (valori nominali)

Profilo/ Provincia	Evoluzione dei premi (€)			Dispersione dei premi (%)	
	Ultima tariffa amministrata (1)	Premio medio 2003 (2)	Rapporto (2)/(1)	Varianza/ Media	Gini
ROMA					
A	543,89	2.190,65	402,77	15,14	8,57
B	312,12	839,99	269,13	9,78	5,47
C	279	684,28	245,26	9,48	5,14
D	236,47	522,45	220,94	10,38	5,67
E	614,83	2.705,95	440,11	22,50	11,97
F	945,89	3.247,19	343,30	27,44	13,93
G	41,14	543,18	1.320,31	19,92	11,11
NAPOLI					
A	481,37	2.541,03	527,88	16,20	9,17
B	276,27	1.006,03	364,15	9,64	5,04
C	246,93	822,56	333,12	10,22	5,29
D	209,28	635,01	303,43	11,19	6,16
E	544,12	3.156,29	580,07	22,53	12,50
F	837,12	3.684,22	440,11	25,73	13,08
G	52,12	998,70	1.916,15	39,58	18,85
BARI					
A	400,09	1.738,57	434,54	18,22	10,27
B	229,62	657,81	286,48	11,69	6,65
C	205,27	531,83	259,09	10,65	6,02
D	173,96	408,92	235,07	10,20	5,59
E	452,26	2.214,04	489,55	23,82	13,35
F	695,82	2.670,66	383,82	28,45	15,15
G	48,46	561,54	1.158,77	34,74	19,01
PALERMO					
A	362,61	1.891,93	521,75	24,49	12,70
B	208,12	721,78	346,81	15,33	8,16
C	186,04	590,75	317,54	16,54	8,04
D	157,66	452,89	287,26	11,82	6,15
E	409,85	2.347,13	572,68	28,47	15,15
F	630,57	2.947,70	467,47	40,21	19,23
G	35,44	585,78	1.652,89	28,41	15,94

Fonte: elaborazioni su dati resi pubblici dalle imprese ai sensi della legge n. 57/2001.

Il fatto che anche nella classe di massimo sconto si sia avuto un incremento tariffario superiore al 100%, con punte superiori al 200% (provincia di Napoli), sta ad indicare che anche gli assicurati caratterizzati da un grado bassissimo di rischiosità hanno visto raddoppiare, o triplicare, i premi dovuti per la RCA.

In merito ai comportamenti delle singole imprese si evidenzia che per i profili relativi alla classe di bonus-malus per assicurati con 10 anni di guida senza sinistri le imprese tendono a praticare tariffe più simili. La circostanza che il doppio dell'indice di Gini, calcolato per ciascuna provincia, è pari a circa il 10% implica, infatti, che scelte a caso due imprese un assicurato troverà una differenza di prezzo di circa il 10%.

La variabilità aumenta sia andando verso la classe di massimo sconto che, soprattutto, verso le classi di ingresso (circa 20%) e quelle per i profili più rischiosi (circa 30%). Tale maggiore variabilità si spiega in gran parte con il fatto che diverse imprese, anche di grandi dimensioni, richiedono premi esorbitanti per queste categorie di utenti, per i quali diventa praticamente impossibile ottenere una copertura RCA.

L'entità dell'aumento dei premi relativi ai ciclomotori per alcune province è straordinaria: ad esempio, in provincia di Napoli, un utente che si assicura per la prima volta paga in media, nel gennaio 2003, un premio pari a 19 volte quello che avrebbe pagato appena 9 anni prima. Seppure esistono alcune condizioni che possono giustificare parte degli aumenti (l'introduzione dell'obbligo di copertura nel 1993 e dell'obbligo di bonus/malus nel 2000), è del tutto evidente che un premio medio pari a 1.000 di fatto costituisce un forte deterrente per l'utilizzo (in condizioni di legalità) di un veicolo che ha un valore commerciale di poco superiore a quello della stessa polizza²¹¹.

L'incremento minore dei premi per i ciclomotori si registra a Padova, dove comunque un neo-assicurato paga un premio pari a circa sei volte quello richiesto nel 1994.

6.2 Il confronto internazionale

Un aumento dei premi dell'assicurazione auto così sostenuto costituisce un'anomalia del mercato italiano nel contesto dei Paesi UE²¹².

La tabella 6.4 riporta i dati, di fonte Eurostat, sull'evoluzione dei premi, a prezzi correnti, dell'assicurazione auto nei principali Paesi europei, per il periodo 1995-2002.

Pur esistendo indubbe difficoltà nella comparazione internazionale, così come avviene per la generalità degli indici dei prezzi al consumo, soprattutto quando si riferiscono ai servizi, i dati Eurostat forniscono comunque valide indicazioni sull'andamento dei premi legati all'assicurazione auto²¹³.

211. A riguardo, si ricorda che l'ANCMA - Associazione Nazionale Ciclo Motociclo Accessori, in una segnalazione pervenuta all'Autorità il 26 febbraio 2002, lamenta come, a seguito degli aumenti eccessivi delle tariffe per i ciclomotori, si è avuto nell'ultimo periodo un drastico crollo della domanda.

212. Premi elevati rappresentano un tratto caratteristico dell'intero settore assicurativo italiano, come evidenziato dall'agenzia di rating Standard & Poor: "Average insurance tariffs in Italy are amongst the highest in Europe and a clear potential exists for low-cost providers to steal market share away from those insurers that have not yet adopted the ongoing pursuit of efficiency as their corporate credo" - Italy Insurance - Market Profile 1999.

213. La voce "Assicurazioni in relazione con i trasporti" costituisce uno dei sottoindici utilizzati per il calcolo dell'indice armonizzato dei prezzi al consumo, costruito per confrontare l'andamento dell'inflazione nei Paesi comunitari; Cfr. Regolamento del Consiglio n. 2494 del 1995 e Regolamenti della Commissione

Dalla tabella 6.4 si evince che nel periodo successivo alla liberalizzazione, in Italia i premi sono aumentati ad un tasso notevolmente più elevato rispetto a quello regi-

Tabella 6.4 - Evoluzione dei premi auto in alcuni paesi UE, 1995-2002

	Numeri indice (1996 = 100)					
	Media UE	Germania	Spagna	Francia	Italia	Regno Unito
1995	102,2	108,8	99,8		91,7	
1996	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1997	102,7	102,4	101,1	98,6	109,2	104,4
1998	101,9	96,5	105,2	95,2	124,3	116,6
1999	107,5	101,8	113,5	91,9	145,2	130,8
2000	114,6	110,3	122,2	90,7	159,0	151,4
2001	122,5	118,6	128,4	90,8	176,2	165,2
2002	128,4	119,7	135,6	92,0	196,7	169,6

	Tasso di variazione					
	Media UE	Germania	Spagna	Francia	Italia	Regno Unito
1996	-2,2	-8,1	0,2		9,1	
1997	2,8	2,4	1,1	-1,4	9,2	4,4
1998	-0,8	-5,7	4,1	-3,5	13,8	11,7
1999	5,5	5,5	7,9	-3,4	16,8	12,1
2000	6,6	8,3	7,7	-1,3	9,5	15,8
2001	6,9	7,5	5,1	0,1	10,8	9,1
2002	4,8	0,9	5,6	1,3	11,6	2,7

Fonte: elaborazioni su dati Eurostat.

nn. 1749 e 2214, del 1996) nonché Regolamento (CE) n. 1749/1999 che modifica il regolamento (CE) n. 2214/96). Gli indici armonizzati dei diversi Paesi sono costruiti utilizzando una versione della classificazione OCSE delle spese per consumo denominata COICOP. In base a tale classificazione, all'interno della voce "assicurazione per i mezzi di trasporto" devono essere incluse le sole polizze per l'assicurazione RC auto. Sulla base della metodologia, comune a tutti i Paesi comunitari, per l'Italia vengono prese in considerazione alcune polizze relative al costo annuale per un'autovettura di 13 HP, intestata a persona di sesso maschile, classe di età 30-50 anni, impiegato, massimale minimo di legge, classe bonus/malus 13a (classe successiva a quella di ingresso), nonché polizze sull'assicurazione motoveicoli, relative al costo annuale moto nuova, cilindrata 151-400 cc., massimali minimi di legge, classe di ingresso. La rilevazione viene effettuata nei capoluoghi di provincia presso più compagnie assicuratrici selezionate dagli Uffici comunali di statistica. Deve osservarsi che, seppure in base alla classificazione COICOP la voce "assicurazione mezzi di trasporto" include la sola RC auto, in ogni caso è possibile che vi siano problemi di confrontabilità dei dati, in quanto possono cambiare i parametri di riferimento (es. tipo di autovettura considerato nei vari Paesi - Fiat o Peugeot - tipo di contratto) per tener conto delle diverse realtà locali. Ciò in quanto obiettivo principale dell'indice armonizzato è valutare la variazione della spesa sostenuta dalle famiglie con riferimento alla tipologia di beni acquistati in ciascun Paese. In tal modo, è possibile effettuare un confronto sull'evoluzione del potere d'acquisto effettivo nei vari Paesi. In ogni caso, è plausibile che le indicazioni dell'Eurostat agli Istituti statistici nazionali siano nel senso di una armonizzazione il più possibile ampia. Pertanto, il tipo di vettura o la classe di bonus/malus sono verosimilmente confrontabili. Per quanto concerne la circostanza che in diversi Paesi la maggioranza delle polizze sia del tipo c.d. "comprehensive", vale a dire inclusivo di tutte le garanzie auto, ciò non sembra costituire un ostacolo alla corretta costruzione dell'indice da parte degli Istituti di statistica nazionali, in quanto dal contratto è generalmente possibile desumere l'importo relativo a ciascuna garanzia prestata. In sostanza il valore dell'indice armonizzato dei prezzi al consumo come indicatore della dinamica dei prezzi non è in alcun modo inficiato dalla non perfetta confrontabilità dei dati di base. Invero, i maggiori problemi di confrontabilità sorgono con riferimento all'indice generale dei prezzi al consumo armonizzato, in quanto sono diverse le metodologie adottate dai vari Paesi per la ponderazione degli indici elementari (solo per fare un esempio, alcuni Paesi utilizzano i dati di contabilità nazionale, secondo la classificazione internazionale SEC95, altri usano i dati sui bilanci delle famiglie, realizzati con tecniche di rilevazione ad hoc).

strato dagli altri Paesi considerati. In particolare, dal 1995 al 2002, i premi praticati nel mercato italiano RCA sono più che raddoppiati e, per ciascun esercizio, l'Italia è il Paese dove il tasso di crescita dei premi è più elevato (unica eccezione il Regno Unito nel 2000).

Deve inoltre sottolinearsi che in tutti i Paesi interessati da tali confronti vige la medesima normativa comunitaria e sono presenti le stesse problematiche, tipiche dell'industria RCA.

A riprova del fatto che tale industria presenta problematiche sostanzialmente analoghe in tutti i Paesi, si può confrontare l'andamento del principale indicatore sintetico sulla gestione tecnica, vale a dire il rapporto tra oneri dei sinistri (che si ricorda includono le spese di gestione più il costo dei sinistri) e premi.

Come mostra la tabella 6.5, nel periodo 1996-98 tale rapporto, pur assumendo un valore elevato in Italia, non è dissimile da quello degli altri Paesi comunitari.

Tabella 6.5 - Rapporto oneri dei sinistri su premi

Paesi	1996	1997	1998
Italia	116	115	111
Germania	104	109	117
Francia	102	106	112
Regno Unito	112	119	123
Spagna	107	120	109

Fonte: FFSA 2000.

Invero, contrariamente a quanto si è verificato all'estero, in Italia il rapporto oneri su premi mostra una tendenza alla diminuzione, confermando la diversa evoluzione dei premi in Italia rispetto a quanto si è verificato all'estero. Considerato che, nel periodo esaminato l'onere dei sinistri in Italia è aumentato continuamente, la diminuzione del rapporto oneri dei sinistri su premi non può che dipendere da un aumento sostenuto dei premi²¹⁴.

Sensibilmente più elevato, rispetto a quanto si osserva negli altri Paesi, è invece l'incremento nel costo dei servizi di riparazione delle autovetture, che, come sarà evi-

214. Uno studio comparato condotto dalla Swiss Re sull'intero settore danni, per il periodo 1975-2000, conferma che gli indici dei costi in Italia mostrano un andamento anomalo rispetto a quello registrato dagli altri Paesi del G-7. Cfr. Swiss Re, Sigma n° 5/2001, p. 16, dove si legge: "nel corso degli ultimi 25 anni, gli indici dei costi, che esprimono il rapporto tra costi e premi, si sono mantenuti più o meno costanti. Solo in Italia tale indice ha fatto registrare un netto calo. In tutti gli altri principali mercati si è invece registrato un aumento degli indici dei costi, attribuibile in primo luogo al basso livello dei tassi di premio".

denziato nel capitolo successivo, costituisce la principale voce del costo dei risarcimenti per sinistri con danni a cose. Il fenomeno è particolarmente evidente con riferimento al periodo 1992-97, come emerge da uno studio condotto dalla società di ricerca britannica Market Fact and Business Information (“MFBI”), e riportato nella tabella 7.1 nel prossimo capitolo, secondo cui nel periodo considerato il tasso di crescita del costo medio di riparazione delle autovetture in Italia è risultato circa il triplo di quello medio realizzato dai sette Paesi europei presi in esame²¹⁵.

Sotto un diverso profilo, il livello dei premi pagati dagli assicurati italiani non sembra risentire di un'imposizione fiscale eccessivamente elevata rispetto a quella rilevata negli altri Paesi.

In Italia, l'aliquota fiscale nel 2000 è stata pari al 12,5%, contro il 15% ed il 18% di Francia e Germania. In Spagna e nel Regno Unito essa è stata del 6% e del 5% rispettivamente. Il contributo al Fondo di Garanzia per le vittime della strada in Italia è pari al 2,5%; si tratta di un valore inferiore a quello del Regno Unito (4,5%) e della Spagna (3%) e superiore a quello dovuto in Germania (1%) e Francia (0,1%).

In Italia è previsto inoltre un contributo di tipo forfetario al Servizio sanitario nazionale per il pagamento delle spese derivanti da lesioni personali, pari al 10,5%. Tale ammontare è comunque inferiore a quello dell'altro Paese, la Francia, ove vige un sistema di contribuzione analoga (15%). Negli altri Paesi, il contributo ai sistemi di sicurezza sociale viene pagato in occasione di ciascun sinistro, pertanto non è possibile effettuare confronti.

Di particolare interesse è poi la circostanza che nei Paesi europei nei quali il mercato assicurativo auto è liberalizzato da un maggiore numero di anni, vale a dire Regno Unito e Francia, la dinamica dei premi assume quell'andamento ciclico che, secondo la teoria economica, dovrebbe caratterizzare i mercati assicurativi danni in un contesto competitivo, con l'alternarsi di fasi in cui i premi sono elevati (*hard market*) e fasi con premi bassi (*soft market*)²¹⁶.

In particolare, nel Regno Unito, per il segmento famiglie, l'indice del premio medio delle polizze auto di tipo *comprehensive*, che si ricorda sono acquistate dalla quasi

215. I costi dei servizi di riparazione possono essere influenzati dalle caratteristiche delle autovetture. In Italia secondo quanto dichiarato dall'Ania, nel periodo 1992-97 la qualità delle autovetture ha inciso sull'evoluzione dei premi solo per il 4,1%.

216. Quando la redditività del mercato è positiva, nel senso che i risultati della gestione tecnica e della gestione finanziaria consentono di ottenere utili, i premi tendono a diminuire, mentre se il mercato non è redditizio i premi tendono ad aumentare.

L'analisi empirica condotta sul settore dell'assicurazione danni nei Paesi del G-7, per il periodo 1975-2000, ha confermato l'esistenza del ciclo, evidenziando una durata media pari a 6 anni. Cfr. Swiss Re, Sigma n°5/2001.

totalità dei consumatori, con base 100 nel 1988, dopo aver raggiunto un massimo nel 1993, pari a 152,6, ha sperimentato una tendenza alla riduzione per giungere ad un minimo, pari a 121,3, nel 1997 e successivamente ha invertito il ciclo²¹⁷.

L'andamento del premio medio delle polizze auto, a confronto con il costo medio, per il periodo 1988-98, è illustrato nella tabella 6.6. I dati riguardano sia le polizze *comprehensive*, che rappresentano la copertura più diffusa nel Regno Unito, sia quelle *non comprehensive*, meno diffuse, ma più simili alla copertura RCA venduta in Italia.

Tabella 6.6 - Premio medio e costo medio nel Regno Unito (1988-1998) - Lire sterline

	Comprehensive			Non-Comprehensive		
	A) Premio medio	B) Costo medio dei risarcimenti	C) Costo medio (B/frequenza sinistri)	A) Premio medio	B) Costo medio dei risarcimenti	C) Costo medio (B/frequenza sinistri)
1988	207,6	717	155,3	120,2	642	80,6
1989	225,2	801	170,3	132,6	717	92,7
1990	232,8	890	200,8	141,5	837	115,0
1991	244,2	964	215,2	152,5	951	135,6
1992	281,4	1033	214,8	173,8	1.115	152,7
1993	316,9	988	212,2	215,9	1.220	154,4
1994	312,2	1.047	207,3	239,8	1.426	164,8
1995	279,2	1.053	209,0	233,7	1.604	176,1
1996	261,7	1.180	224,8	215,6	1.839	184,8
1997	251,9	1.283	229,0	207,1	2.072	193,2
1998	264,3	1.359	244,6	217,7	2.080	202,4

Fonte: dati Financial Intelligence & Research Ltd. forniti da FSA.

Anche in Francia si registrano trend ciclici per i prezzi dell'assicurazione auto. La tabella 6.7 confronta il tasso di variazione dei premi nella RCA obbligatoria con quello dell'indice dei prezzi al consumo.

217. Si ricorda che nel Regno Unito esistono due tipologie di copertura auto: la polizza "comprehensive", la più diffusa, che copre le spese per: danni ai passeggeri, responsabilità verso terzi, incendio, furto, costi di riparazione del proprio veicolo, spese ospedaliere per cure in situazioni di emergenza; la polizza "non comprehensive", che copre le spese per danni ai passeggeri, responsabilità verso terzi, spese ospedaliere per cure in situazioni di emergenza, talvolta anche incendio e furto.

Tabella 6.7 - Premi RCA e indice dei prezzi al consumo in Francia (variazioni %)

	L'assicurazione auto obbligatoria	Prezzi al consumo
1990	+ 0,3	+ 3,4
1991	- 0,7	+ 3,2
1992	- 2,3	+ 2,4
1993	+ 2,8	+ 2,1
1994	+ 3,3	+ 1,7
1995	+ 3,7	+ 1,7
1996	+ 1,3	+ 2,0
1997	- 3,1	+ 1,2
1998	- 3,6	+ 0,7
1999	- 2,4	+ 0,5

Fonte: FFSA.

6.3 Conclusioni

A circa 9 anni dalla liberalizzazione, i premi RCA sono più che raddoppiati.

Questo è il principale risultato che si trae dall'analisi sulla dinamica dei premi, dal 1994 in poi, a prescindere dalla metodologia utilizzata.

Stimando l'incremento dei premi subito dalla collettività degli assicurati emerge che dal 1990 al 2001 la raccolta premi è aumentata del 163%, a fronte di un aumento nel parco auto del 23%. Il tasso di variazione dei premi medi (totale premi/numero veicoli), che ha sempre segno positivo, mostra andamenti decrescenti fino al 1996, anno in cui inizia a crescere rapidamente, rallentando solo nel 2000.

Dalla simulazione condotta su un portafoglio di polizze, costruito in modo da riprodurre la composizione a livello di mercato dei diversi possibili profili tariffari, emerge che da giugno 1994 a gennaio 2000 i premi medi sono aumentati del 96,5%.

Il calcolo dell'incremento del premio effettuato per diversi profili tariffari – quelli previsti dalla legge n. 57/2001 – tutti relativi ad un guidatore maschio (cui di regola sono associati premi meno elevati rispetto ad un conducente di sesso femminile), in possesso di un'autovettura di piccola cilindrata, mostra che, dal 1994 all'inizio del 2003, i premi sono almeno raddoppiati, spesso sono triplicati o quadruplicati, in taluni casi quintuplicati.

L'aumento tariffario ha interessato tutti i profili, anche quelli a basso rischio: per la classe di massimo sconto il premio è aumentato almeno del 100%, con punte

superiori al 200%, mentre era lecito attendersi che la competizione tra imprese si sviluppasse soprattutto in relazione a tali profili, per i quali, in un'ottica di selezione del rischio e di concorrenza, le imprese sarebbero state indotte a chiedere prezzi bassi, compensandoli con premi elevati per i profili rischiosi.

Per altro verso, i premi previsti da numerose imprese per i conducenti delle classi di malus più alte, sono talmente elevati da rendere di fatto impossibile, per alcune categorie di utenti, ottenere una copertura RCA. Richiedere premi superiori ai 5.000 al proprietario di un veicolo di 1.300 cc, che si trova in classe di ingresso perché si sta assicurando per la prima volta, equivale ad impedire a tale conducente di acquistare la copertura obbligatoria.

Analoghe considerazioni possono essere svolte per l'assicurazione dei ciclomotori, settore nel quale gli assicurati hanno dovuto sopportare aumenti di premio straordinari. Basti considerare che un napoletano paga in media, per assicurare il proprio ciclomotore, un premio pari a 1.000 , ovvero 19 volte quanto avrebbe dovuto sborsare prima della liberalizzazione tariffaria.

La descritta dinamica dei premi costituisce un'anomalia del mercato italiano RCA, atteso che, dal 1995 al 2002, il tasso di variazione dei premi è stato significativamente più elevato rispetto a quello registrato nei principali Paesi comunitari, dove, come già osservato, il mercato RCA presenta analoghe problematiche (lotta alle frodi, danno biologico, costo dei ricambi).

Né il valore più elevato dei premi RCA in Italia è riconducibile ad un'imposizione fiscale eccessiva rispetto a quella osservata altrove.

Per quanto riguarda Regno Unito e Francia, i Paesi comunitari dove le tariffe auto sono da tempo liberalizzate, la dinamica dei premi mostra quell'andamento ciclico che, secondo la teoria economica, dovrebbe caratterizzare i mercati assicurativi danni in un contesto competitivo, andamento che invece è del tutto assente qualora si osservi l'evoluzione dei premi RCA in Italia negli ultimi 10-12 anni.

I costi

7. Gli interventi sui costi dell'assicurazione RCA

128

7.1 Premessa

Come già osservato nel capitolo 2, la deregolamentazione e l'apertura dei mercati avrebbero dovuto indurre le imprese ad essere maggiormente competitive anche sotto il profilo del controllo dei costi: l'attesa contrazione dei margini di profitto, determinata dall'accentuarsi della concorrenza sui prezzi, avrebbe infatti dovuto incentivare gli operatori del mercato RCA a tagliare i costi e razionalizzare la produzione.

L'indagine conoscitiva ha messo in evidenza i meccanismi che hanno consentito alle imprese di traslare interamente sui premi finali gli aumenti dei costi: il sistema distributivo, la scarsa trasparenza, la rigidità della domanda. In sostanza, poiché non vi sono state sufficienti pressioni sul livello dei premi, le imprese non hanno avuto gli attesi incentivi alla ricerca dell'efficienza.

Ciò, seppure consente di comprendere le ragioni per cui i costi RCA non sono diminuiti, non è sufficiente a spiegare i fattori alla base del consistente aumento dei costi RCA osservato a partire dalla liberalizzazione. L'analisi condotta nel corso dell'indagine ha consentito di accertare che tale incremento dei costi è riconducibile ad una serie di disfunzioni nell'assetto organizzativo del mercato italiano RCA.

Nel corso del presente capitolo vengono esaminate la struttura dei costi delle imprese RCA e le iniziative adottate dalle imprese operanti in tale mercato per la gestione degli stessi, evidenziando le inefficienze riscontrate.

Nel capitolo 8 si analizza l'evoluzione dei costi sostenuti dalle imprese italiane RCA dal 1994 ad oggi, mostrando le anomalie del mercato italiano.

Infine, nel capitolo 9, si indica un assetto organizzativo alternativo a quello esistente, che potrebbe favorire la concorrenza tra le imprese inducendo le stesse ad una maggiore efficienza. A tal fine vengono presentate le principali esperienze internazionali.

7.2 La struttura dei costi

In via preliminare si osserva che le imprese hanno spesso giustificato lo straordinario aumento dei premi con l'impossibilità di controllare i propri costi, essendo questi costituiti prevalentemente dagli indennizzi dovuti alle vittime del sinistro, ovvero da fattori esogeni all'attività di impresa.

Al riguardo si ricorda che, in linea generale, in qualunque settore le imprese possono incidere in misura limitata sui costi relativi all'acquisto dei vari input (materie prime, personale, beni capitali, ecc.) necessari allo svolgimento della propria attività, in quanto questi sono fissati dai fornitori o, nel caso della forza lavoro, dalla contrattazione collettiva. In questo senso, si può affermare che un certo grado di esogeneità dei costi per le imprese è presente in tutti i settori di attività. Tuttavia, nei settori dinamici e concorrenziali le imprese cercano di ridurre i costi, ottenendo una maggiore efficienza produttiva, attraverso azioni individuali volte all'introduzione di innovazioni di prodotto e di processo.

La lamentata esogeneità dei costi delle imprese di assicurazione è, pertanto, sostanzialmente analoga a quella sperimentata dalle altre imprese operanti in altri mercati; ciascuna impresa di assicurazione può infatti ricercare riduzioni dei costi attraverso azioni che incidano sul numero dei sinistri denunciati e l'entità dei risarcimenti degli stessi, sulla velocità di liquidazione e sui costi del processo liquidativo, sulle modalità di gestione ed acquisizione delle polizze, sui tempi e sull'ampiezza del contenzioso e così via.

In particolare, si ricorda che ciò che è esogeno alle imprese di assicurazione è il verificarsi di un incidente stradale, incidente che non necessariamente si trasforma in un sinistro da indennizzare per le stesse. Infatti, come già emerso, le for-

mule tariffarie esistenti (basate sulla franchigia o su meccanismi di *experience rating*) possono indurre gli assicurati a non denunciare tutti i sinistri, in particolare quelli di minore entità. La riduzione nel numero di sinistri denunciati ha effetti positivi sui costi, in particolare quelli di liquidazione, poiché qualunque sinistro denunciato, a prescindere dalla sua gravità, richiede l'attuazione di una procedura per il risarcimento, che comporta costi per le imprese²¹⁸.

In ogni caso, a prescindere dal tipo di danno, vale osservare che i costi degli indennizzi e le spese di liquidazione sono influenzati dalle strategie delle imprese stesse. A riguardo si osserva come anche il Presidente dell'Isvap abbia evidenziato *“il peso, gravoso per le spalle degli assicurati, delle spese strumentali e delle rendite di posizione. Di fatto, su 100 lire di premio solo poco più della metà restano destinate al risarcimento dei danni, la parte residua dovendosi attribuire mediamente per un 15% ai costi di gestione ed intermediazione, per un altro 12% agli oneri fiscali e parafiscali, il resto - seppure con forte variazioni da impresa a impresa - ai costi del contenzioso, delle spese di resistenza, delle perizie, delle valutazioni medico-legali, di un troppo ridondante mondo che vive e spesso prospera intorno all'industria del sinistro”*²¹⁹. Peraltro, per quanto riguarda la componente rappresentata dagli indennizzi, non si può trascurare che le imprese concorrono con i danneggiati a valutare l'entità del risarcimento; a seconda di come si realizza tale valutazione si potrà determinare o meno un contenzioso, con i relativi oneri.

In sostanza, così come avviene per la generalità delle imprese, numerose voci di costo, anche quelle associate al sinistro, possono essere ridotte attraverso una efficiente gestione dell'attività produttiva da parte delle imprese di assicurazione.

La principale differenza con le imprese tradizionali risiede nel fatto che mentre queste devono sostenere, totalmente o in parte, i costi di produzione prima di offrire i propri beni o servizi sul mercato, le imprese di assicurazione ottengono prima i ricavi e solo successivamente sostengono la parte principale dei costi relativi ai servizi offerti (si tratta della cosiddetta *“inversione del ciclo produttivo”*). Per un'impresa tradizionale vi è un elemento di incertezza rappresentato dal fatto che quando questa programma la propria produzione non conosce quali saranno le quantità vendute nel tempo, ovvero se i ricavi saran-

218. Da un punto di vista economico, in realtà, occorrerebbe confrontare la perdita di welfare che si determina per la mancata copertura assicurativa di taluni rischi (quelli di importo minore) con i benefici derivanti dai risparmi di costo di liquidazione per le imprese.

219. Cfr. Isvap, Relazione sull'attività dell'Istituto nell'anno 1999. Considerazioni conclusive, p. 18.

no sufficienti a compensare i costi sostenuti. Per l'impresa di assicurazione l'incertezza è rappresentata dal fatto che quando determina il prezzo per una certa copertura assicurativa, questa non conosce quali saranno i costi associati alla polizza.

In definitiva, mentre l'impresa tradizionale programma gli investimenti sulla base delle proprie aspettative circa i ricavi futuri, l'impresa di assicurazione determina il premio sulla base delle proprie aspettative sui costi futuri. In entrambi i casi, errori nelle aspettative possono condurre al fallimento dell'impresa, ma nel primo caso tale fallimento si riversa esclusivamente sugli azionisti e sui dipendenti della stessa, nel secondo caso l'impossibilità di far fronte agli impegni assunti da parte dell'impresa di assicurazione coinvolge anche gli assicurati che hanno già corrisposto il premio per la copertura assicurativa, certi di ottenere un indennizzo in caso di sinistro. Tali circostanze, congiuntamente al valore sociale attribuito alla polizza di assicurazione, hanno spinto la generalità dei Paesi ad adottare specifiche normative finalizzate a garantire la stabilità delle imprese di assicurazione.

Ciò premesso, appare opportuno dividere i costi delle imprese di assicurazione in due grandi gruppi:

- i) il costo dei sinistri, che comprende l'ammontare dei risarcimenti nonché i costi relativi al contenzioso e alla liquidazione dei sinistri. Nell'ambito del costo dei sinistri, che rappresenta la principale voce di costo dell'assicurazione RCA, è opportuno distinguere tra quelli per i danni a cose e quelli che riguardano anche danni a persone, in quanto le problematiche relative alle due tipologie di sinistro differiscono sensibilmente;
- ii) i costi di gestione, che comprendono i costi di amministrazione e di acquisizione delle polizze, incluse le provvigioni pagate agli intermediari. Tra i costi di gestione rientrano anche quelli relativi all'acquisizione delle informazioni che, come sottolineato ampiamente nel capitolo 4, rappresentano uno degli *asset* principali per l'impresa di assicurazione.

7.3 Il costo dei sinistri

Come già messo in evidenza, la principale voce di costo per le imprese di assicurazione è rappresentata dagli oneri connessi all'indennizzo del danneggiato a seguito di un sinistro. Tali oneri comprendono, oltre all'indennizzo vero e proprio, quell'insieme di costi connessi all'accertamento e alla valutazione dei

danni. In quest'ultima categoria rientrano i costi connessi alla gestione del contenzioso, particolarmente rilevanti soprattutto nel caso dei danni a persona.

Data l'importanza del costo dei sinistri, la generalità dei Paesi, come ampiamente illustrato nel capitolo 9, ha adottato specifiche iniziative volte a contenerne l'onere, evitando al contempo che ciò avvenga a scapito delle dovute garanzie per i danneggiati.

Il principale problema da affrontare è rappresentato dalla circostanza, tipica dei sistemi di assicurazione per responsabilità civile, per cui il beneficiario del servizio assicurativo (il danneggiato) è un soggetto diverso da colui che ha sottoscritto la polizza (l'assicurato). Inoltre, a differenza di quanto avviene per altre assicurazioni per responsabilità civile, nel caso della RCA il numero elevato di sinistri che ciascuna impresa deve "liquidare" annualmente rende estremamente difficoltosa un'attenta valutazione di ciascun sinistro.

Tali circostanze producono almeno due effetti di rilievo sotto il profilo della concorrenza:

- a) il contraente è scarsamente interessato alla qualità del servizio liquidativo, in quanto non ne beneficia²²⁰;
- b) la compagnia di assicurazione e il danneggiato entrano, di regola, in contatto per la prima volta in occasione del sinistro e instaurano un rapporto che si esaurisce quando il sinistro viene liquidato.

Il fatto che il contraente la polizza risulti scarsamente interessato alla qualità del servizio offerto dall'impresa di assicurazione elimina una delle principali variabili su cui dovrebbe esplicarsi la concorrenza tra le imprese. Ciò produce come effetto un servizio liquidativo di qualità non particolarmente elevata, in quanto le imprese non hanno sufficienti incentivi per investire risorse per tale servizio. Inoltre, l'assenza di incentivi crea i presupposti per comportamenti opportunistici (*moral hazard*), quali la fornitura di riparazioni di scarsa qualità e ritardi nella liquidazione da parte delle imprese nei confronti dei danneggiati. Questi ultimi, per proteggersi da tali comportamenti, tenderanno a rifiutare un intervento diretto dell'impresa nel risarcimento del danno, preferendo ottenere un indennizzo monetario. In tal modo risulta però impedita la possibilità per l'impresa di controllare direttamente i costi di risarcimento del danno.

220. Ciò vale soprattutto per quei Paesi, come l'Italia, in cui gli automobilisti acquistano quasi unicamente la copertura obbligatoria RCA. Invero, l'offerta di una copertura kasko insieme a quella RCA dovrebbe rendere gli assicurati maggiormente attenti alla qualità del servizio.

Per altro verso, l'occasionalità del rapporto tra compagnia e danneggiato incentiva comportamenti di *moral hazard* da parte del danneggiato che tenderà a sovrastimare l'entità dei danni subiti e, di conseguenza, del risarcimento. In particolare, nel caso di danni a cose, il danneggiato potrà far riparare danni preesistenti all'incidente o scegliere modalità di riparazione particolarmente costose. Analoghi problemi si verificano nel caso di danni a persone, per cui la vittima può essere incentivata a gonfiare le spese mediche, sovrastimare le capacità lavorative perse permanentemente, nonché esagerare i disagi temporanei (strappi muscolari ecc., e tutto ciò che ricade nella categoria del "danno biologico"). L'elevato numero di sinistri (ovvero di indennizzi) che caratterizza l'assicurazione RCA riduce la possibilità per le imprese di effettuare analisi attente circa l'effettiva entità dei singoli sinistri e facilita quindi la tenuta di comportamenti opportunistici da parte dei danneggiati.

Si deve inoltre osservare che vi è il rischio, non solo di *moral hazard* da parte dei danneggiati, ma anche di comportamenti opportunistici da parte degli stessi soggetti cui si rivolge il danneggiato per la riparazione del veicolo o per le cure. Basti al riguardo osservare che un carrozziere potrebbe richiedere la riparazione più costosa, ma forse non necessaria, per l'autovettura sinistrata. Il proprietario dell'autovettura non avrà incentivi a richiedere un intervento meno oneroso, in quanto non è gravato dal costo della riparazione. Pertanto, la circostanza per cui chi sostiene il costo della prestazione (l'impresa d'assicurazione) è un soggetto diverso da chi la richiede (il danneggiato) rappresenta un fattore idoneo a generare ulteriori possibili *moral hazard* nel mercato assicurativo.

In definitiva, in un sistema di indennizzo indiretto, quale quello descritto, la separazione tra chi paga il premio e chi riceve l'indennizzo genera rilevanti problemi di *moral hazard*, cui le imprese non possono reagire mediante la predisposizione di contratti incentivanti, in quanto tali contratti potrebbero vincolare solamente il comportamento dell'assicurato ma non quello dei soggetti coinvolti nella fase di liquidazione, che sono di regola diversi dall'assicurato. Ciò genera le premesse per un incremento del costo dei sinistri che, in un contesto caratterizzato da elevata rigidità della domanda di mercato e individuale, si può tradurre in un aumento equivalente del livello dei premi.

Gli interventi per i sinistri con danni a cose

Per descrivere quali sono gli strumenti finora utilizzati per affrontare i problemi di *moral hazard* che caratterizzano il mercato assicurativo italiano, appare utile considerare separatamente i sinistri con danni a cose e quelli con danni alle persone, in considerazione dei diversi problemi che le imprese devono affrontare per la liquidazione di tali sinistri.

In Italia, per controllare il costo dei sinistri con danni a cose, le imprese di assicurazione, attraverso l'associazione di categoria, hanno stipulato una serie di accordi finalizzati a: i) omogeneizzare le diverse voci di costo; ii) standardizzare le procedure di liquidazione.

Nel primo gruppo rientrano alcune iniziative dirette ad uniformare le modalità di valutazione del danno, iniziative motivate con l'esigenza di ridurre l'incertezza sull'ammontare dei risarcimenti. In particolare, assumono rilievo due accordi stipulati dall'Ania contestualmente all'avvio del processo di liberalizzazione: a) l'accordo firmato con le associazioni di carrozzieri; b) quello con le associazioni di periti assicurativi.

Al secondo gruppo appartengono accordi, realizzati dalle imprese di assicurazione, concernenti una serie di iniziative miranti soprattutto a semplificare le procedure nei casi in cui è problematico individuare il veicolo responsabile del sinistro ovvero l'impresa cui spetta la liquidazione del danno, circostanze che possono verificarsi, ad esempio, in presenza di sinistri con molti veicoli coinvolti, oppure se il veicolo responsabile del sinistro è coperto sia da una polizza RCA che da una kasko, stipulate in due Paesi diversi²²¹. Di particolare interesse è la nota Convenzione Indennizzo Diretto (CID).

a) L'accordo Ania/carrozzieri

L'accordo è stato stipulato nel marzo 1992 con tre importanti associazioni di carrozzieri, cui successivamente hanno aderito numerose altre associazioni di categoria²²². Su circa 18-19 mila carrozzerie esistenti, poco più di 15 mila aderiscono all'accordo²²³, che ha durata annuale con rinnovo tacito salvo disdetta di una delle parti, da comunicarsi almeno tre mesi prima²²⁴. Nell'accordo, oltre ad alcune

221. Accordi tesi ad istituire procedure semplificate di gestione dei sinistri sono: i) l'accordo per la gestione dei sinistri con pluralità di danneggiati (dal '74), che definisce i criteri per individuare l'impresa cui spetta la gestione di detti sinistri; ii) l'accordo sinistri catastrofali, vale a dire quegli incidenti che coinvolgono più di 40 veicoli, operativo dal novembre 1997; iii) l'accordo per la radiazione e demolizione di autovetture gravemente danneggiate a seguito di sinistro RCA o CVT; iv) l'accordo per la risoluzione con procedura arbitrale di vertenze tra assicuratori nei sinistri RCA; v) l'accordo tra assicuratori datori di lavoro di dipendenti lesi in un incidente stradale; vi) l'accordo internazionale di *partage*. In base a quest'ultimo accordo l'assicuratore kasko può recuperare dagli assicuratori RCA di altra nazionalità almeno il 50% di quanto pagato al proprio assicurato, a prescindere dalla responsabilità del sinistro. Altrettanto può fare l'assicuratore RCA che, avendo versato al danneggiato straniero il risarcimento dovuto *ex lege*, ha diritto di ripetere dall'assicuratore kasko del veicolo danneggiato il 50% di quanto questo assicuratore avrebbe pagato in forza della garanzia diretta da lui prestata. Scopo dell'accordo è evitare alle imprese aderenti che utilizzano la procedura convenzionale, le attività e le spese connesse all'esercizio delle rivalse nei termini di legge, nonché le relative controversie.

222. Le organizzazioni firmatarie dell'accordo sono: Confartigianato/FNAM (Federazione Nazionale Artigiani Metalmeccanici); Cna/Aira (Confederazione Nazionale Artigianato/Associazione Italiana Riparatori auto); Casa Fiam (Confederazione Artigiani Sindacati Autonomi/Federazione Italiana Artigiani Metalmeccanici). Hanno successivamente aderito: Acai, Assolombarda, Cila, Claii, Confapi, Confauto, Coopcostruttori, Fadam, Unione Artigiani Metalmeccanici.

223. Informazioni fornite dai rappresentanti dell'ANC-Associazione Nazionale Carrozzieri, dell'AIRA-Associazione Italiana Riparatori Auto, della FIAM-Federazione Italiana Artigiani Metalmeccanici, nel corso dell'audizione del 4 novembre 1999, nonché informazioni contenute nel sito Ania.

224. L'accordo è stato disdetto nell'aprile 2001 dall'Ania, ma è stato successivamente ripristinato.

misure indubbiamente utili per i consumatori, quali la possibilità di ottenere la riparazione del danno presso una carrozzeria convenzionata senza anticipare i costi della riparazione dovuti dall'impresa di assicurazione, sono contenute indicazioni circa i costi dei servizi di riparazione.

In precedenza le imprese di assicurazione, attraverso l'Ania, elaboravano unilateralmente le tariffe della manodopera ed i tempi di riparazione da applicare per ciascun sinistro. A seguito dell'accordo, tali elementi, insieme al costo dei materiali di riparazione, sono determinati congiuntamente dall'Ania e dai rappresentanti delle associazioni di carrozzieri, riuniti in un'apposita commissione tecnica²²⁵. Sulla base di alcuni parametri le carrozzerie esistenti sono suddivise in due fasce²²⁶; per ogni fascia sono previsti valori minimi e massimi della tariffa di manodopera. A riguardo si osserva che l'Associazione Nazionale Carrozzeri ha inviato una circolare ai propri associati nella quale si afferma “*appare del tutto evidente, che al fine di scongiurare “corse al ribasso” è opportuno consigliare vivamente ai carrozzieri di collocarsi al tetto massimo della tariffa possibile e di astenersi dal praticare sconti o tariffe diversificate per interlocutori diversi*”²²⁷.

L'accordo stabilisce inoltre che il costo dei ricambi si determina sulla base del listino prezzi fornito dalle case produttrici, mentre i prezzi delle parti di ricambio che non compaiono nel listino e quelli dei ricambi alternativi e/o riciclati sono determinati di intesa tra autoriparatore e perito²²⁸.

In sostanza, tutte le voci che incidono sul costo di riparazione dei veicoli sono determinate nell'ambito di tale accordo²²⁹. Lo stesso prevede inoltre l'istituzione di una serie di commissioni paritetiche, per la risoluzione di controversie di natura interpretativa e per l'applicazione delle sanzioni.

225. L'accordo prevede anche la possibilità per gli assicurati di rivolgersi ad una delle carrozzerie aderenti allo stesso per ottenere direttamente la riparazione del veicolo senza esborso di denaro, nel caso di sinistri che comportino un danno di importo inferiore a 8 milioni di euro, Iva inclusa. Tale previsione non fa comunque venir meno i problemi di *moral hazard*, perché si tratta solo di un'opzione per l'assicurato, il quale potrebbe decidere di non avvalersene. In ogni caso, l'impresa è comunque tenuta a riconoscere al carrozziere un compenso fissato secondo i prezzi massimi dell'accordo ed ha difficoltà a verificare se la riparazione comprende o meno danni preesistenti il sinistro.

226. I parametri sono: localizzazione geografica e tipologia della carrozzeria, desunta da una serie di elementi (numero addetti, superficie, applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, dotazione informatica).

227. Si veda la circolare del 16 febbraio 1999, prot. n. 212/TA.

228. Secondo informazioni fornite in audizione dai rappresentanti dell'ANC, dell'AIRA e della FIAM, all'inizio di questo decennio il costo della riparazione era costituito per il 65-70% dal costo della manodopera, per la parte restante dal costo delle parti di ricambio e dei materiali di consumo. Al contrario, oggi il rapporto si è completamente ribaltato, e ben il 65-70% del costo della riparazione è dovuto al prezzo delle parti di ricambio. Il prezzo delle parti di ricambio è aumentato sensibilmente soprattutto per alcuni pezzi maggiormente soggetti a danneggiamento, per i quali si è avuto un aumento di circa il 30-40% in soli 3-4 anni.

229. Vale a dire il costo della manodopera, che pesa in media per circa il 47% del totale, il costo delle parti di ricambio, che incide per il 43%, il costo del materiale di consumo (10%). Fonte: Cestar 1999.

A livello nazionale, poco meno del 50% del lavoro svolto dai carrozzieri è dovuto all'applicazione dell'accordo; tale valore, a seconda dell'area geografica considerata, varia sensibilmente, oscillando dal 10 al 70%²³⁰.

È importante sottolineare che i parametri per la valutazione del danno stabiliti dall'accordo Ania/carrozzieri si applicano a tutti gli altri accordi esistenti nel ramo RCA, inclusi l'accordo Ania/periti e la convenzione CID, di seguito descritti.

In sostanza, ogni volta che un sinistro viene liquidato applicando uno degli accordi esistenti nel ramo RCA, l'ammontare del danno viene determinato utilizzando il prontuario dei tempi di riparazione, il listino dei prezzi delle parti di ricambio, nonché le tariffe di manodopera ed il costo del materiale di consumo, concordati nell'ambito dell'accordo Ania/carrozzieri. Ad esempio, quando è richiesta la prestazione di un perito, si applica l'accordo Ania/periti e, di conseguenza, il danno viene stimato attraverso i parametri dell'accordo Ania/carrozzieri.

Considerato che una parte rilevante dei sinistri liquidati rientra in almeno uno degli accordi esistenti, spesso nella convenzione CID o nell'accordo Ania/periti, i parametri dell'accordo Ania/carrozzieri di fatto costituiscono il criterio prevalente per determinare il costo dei risarcimenti per i sinistri con danni a cose, omogeneizzando (e spingendo verso l'alto) tempi, tariffe di manodopera, prezzi dei ricambi e dei materiali di consumo.

Per quanto riguarda i tempi di lavorazione, questi “sono riferiti a valori medi di interventi effettuati da officine di carrozzeria dotate di opportune attrezzature”. I tempi di lavorazione comprendono sia il lavoro diretto, sia quello indiretto, vale a dire “la somma dei tempi impiegati nelle operazioni sussidiarie indispensabili per la realizzazione del lavoro in esame”²³¹. Il riferimento a tempi medi elimina ogni possibilità di differenziare i carrozzieri in base all'efficienza produttiva; l'inclusione dei tempi indiretti nel calcolo relativo ad ogni singola operazione determina una sistematica sovrastima dei tempi complessivi di lavorazione, ogni volta che un veicolo necessita di almeno due interventi.

Riguardo alle tariffe di manodopera, per quanto l'accordo Ania/carrozzieri formalmente preveda valori minimi e massimi, l'invito dell'associazione dei carrozzieri ad attestarsi sul valore massimo, determina di fatto l'uniformarsi delle stesse, non potendo peraltro i carrozzieri differenziarsi sui tempi di lavorazione.

L'utilizzo del listino delle case produttrici di pezzi di ricambio per determinarne il prezzo, omogeneizza anche tale importante voce di costo, fissandola ai valori

230. Informazioni fornite dai rappresentanti dell'ANC, dell'AIRA e della FIAM in audizione. Un recente studio campionario condotto dalla MFBI riporta che in Italia circa 2/3 dei servizi di carrozzeria sono a carico delle imprese di assicurazione. Tale quota, seppure elevata, risulta sensibilmente inferiore a quella registrata nella generalità dei Paesi europei (Cfr. MFBI 2003). Una spiegazione di ciò può essere ricondotta alla scarsa diffusione delle polizze collisione.

231. Fonte: Prontuario dei tempi di riparazione e sostituzione di carrozzeria e di meccanica - Autovetture, 1999.

massimi, considerato che di regola i prezzi dei listini sono al lordo dei margini per i distributori, mentre un'impresa di assicurazione che acquistasse direttamente le parti di ricambio, o tramite le proprie carrozzerie convenzionate, potrebbe ottenere sconti anche di importo elevato.

Peraltro, le imprese di assicurazione, a differenza di quanto si verifica in diversi Paesi esteri, non hanno intrapreso significative iniziative volte ad incentivare il ricorso a parti di ricambio non originali, che presentano un prezzo sensibilmente più contenuto. Ad esempio, in taluni Paesi le imprese incentivano la propria clientela a ricorrere a carrozzieri convenzionati che utilizzano ricambi non originali ma certificati dall'impresa di assicurazione, attraverso la concessione di sensibili sconti per l'assicurazione auto²³².

L'assenza di iniziative volte al contenimento del costo dei pezzi di ricambio appare assolutamente singolare, dal momento che tale componente rappresenta il 23% del costo dei risarcimenti, comprensivo anche dei danni alle persone²³³.

In definitiva, l'analisi condotta ha mostrato l'inadeguatezza dell'accordo Ania-carrozzeri a contenere il costo dei sinistri. Anzi, il confronto internazionale mostra per l'Italia una crescita del tutto anomala del costo delle riparazioni: nel periodo 1992-1997, ovvero negli anni immediatamente successivi alla stipula dell'accordo, il costo medio delle riparazioni a seguito di sinistro è aumentato in Italia del 58,2%, una misura quasi tre volte superiore alla media dei principali Paesi europei (si veda la tabella 7.1).

Tabella 7.1 Il costo medio dei servizi di riparazione. Variazione 1992-97

Germania	15,0
Italia	58,2
Francia	10,1
Regno Unito	9,8
Spagna	26,1
Olanda	12,1
Belgio	12,5
Media	19,1

Fonte: MFBI.

232. Al riguardo si osserva che l'Ania ha in diverse occasioni ostacolato la ricerca da parte delle imprese di assicurazione di soluzioni individuali, quali il ricorso a carrozzerie fiduciarie. Si veda, ad esempio la Circolare Ania - Direzione Servizi Sinistri, alle imprese aderenti, del 7 aprile 1997, nella quale si afferma che "a fronte della presa d'atto che il fenomeno esiste, si ribadisce che in ogni caso le intese tra compagnie assicuratrici e carrozzieri devono rispettare tutti i parametri dell'Accordo, e soprattutto quelli economici, e che non devono essere fraposte difficoltà al danneggiato nella libera scelta del proprio autoriparatore. Le parti si riservano un approfondimento del problema, a favore di una migliore e più ampia applicazione dell'accordo."

233. Fonte Ania, *Il grande paradosso*, 2001.

Negli anni successivi (periodo 1996-2001), come emerge dalla tabella 7.2, si osserva una tendenza al riallineamento nei tassi di crescita dei vari Paesi; l'Italia continua tuttavia a mostrare incrementi superiori a quelli medi.

Tabella 7.2 Il costo medio dei servizi di riparazione. Variazione 1996-2001

Germania	12,9
Italia	17,9
Francia	16,4
Regno Unito	38,7
Spagna	22,8
Olanda	9,7
Belgio	15,0
<i>Media</i>	<i>17,5</i>
<i>Media senza UK*</i>	<i>16,9</i>

(*) I valori del Regno Unito sono sovrastimati in quanto non corretti per la variazione del tasso di cambio in un periodo caratterizzato da un forte apprezzamento della sterlina. Per tale ragione si riporta anche il valore medio calcolato senza il dato del Regno Unito.

Fonte: Elaborazione su dati MFBI.

In sostanza, i dati sembrano indicare che l'accordo Ania/carrozzeri abbia avuto in un primo momento l'effetto di spostare verso l'alto il prezzo dei servizi di riparazione, che è cresciuto di circa il 60% in 5 anni, e successivamente di mantenere tale prezzo su valori elevati, con ritmi di crescita comunque superiori a quelli della media europea. È dunque evidente che l'accordo Ania/carrozzeri non è stato in alcun modo di ausilio per le imprese di assicurazione nell'attività di controllo dei costi.

b) L'accordo Ania/periti

Per quanto riguarda i periti assicurativi, nel dicembre 1994 l'Ania ha sottoscritto un accordo collettivo in materia di tariffe e condizioni di perizia con diverse organizzazioni di categoria²³⁴. L'accordo del 1994, rinnovato sino ad oggi con cadenza annuale dalle parti, oltre a determinare l'importo delle tariffe, prevede l'istituzione di alcune commissioni paritetiche, con diverse funzioni, al fine di consentire una corretta applicazione dello stesso.

234. Non tutte le organizzazioni peritali esistenti hanno aderito all'accordo.

In merito alla determinazione delle tariffe si ricorda che l'art. 14, comma 1, della legge n. 166/1992 prevede che le tariffe dei periti assicurativi siano determinate dal Ministero dell'Industria, ad eccezione di quelle relative alle prestazioni rese alle imprese di assicurazione (che rappresentano circa il 90-95% della domanda²³⁵), che, secondo quanto dispone il comma 2 del medesimo articolo, sono stabilite d'intesa tra Ania e associazioni peritali e approvate dal Ministero²³⁶. Per effetto del Decreto legislativo n. 373/98 le suddette competenze del Ministero dell'Industria sono state trasferite all'Isvap.

In realtà, né il Ministero dell'Industria né, successivamente, l'Isvap, hanno mai emanato i decreti di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo citato. Con specifico riferimento a tali commi, in data 15 ottobre 2001 l'Isvap ha, invero, richiesto all'Autorità un parere ai sensi dell'articolo 22 della legge n. 297/90.

L'Autorità, con parere rilasciato in data 21 dicembre 2001, ha ritenuto che *“la normativa in questione presenti seri dubbi di compatibilità con la legge antitrust, in quanto può determinare il venire meno della concorrenza tra professionisti per la determinazione dei prezzi delle proprie prestazioni e contemporaneamente può produrre l'effetto di rendere omogenea una delle voci di costo del settore assicurativo”*.

c) La Convenzione Indennizzo Diretto

La Convenzione Indennizzo Diretto (CID) prevede per il danneggiato la possibilità di essere risarcito direttamente dalla propria impresa, quando i conducenti dei veicoli coinvolti in un sinistro, con danni solo a cose, concordino nell'attribuzione di responsabilità²³⁷. L'accordo, stipulato nel maggio 1978, è applicabile ai sinistri conseguenti a collisione tra non più di due veicoli a motore,

235. Informazioni fornite dai rappresentanti di diverse associazioni dei periti assicurativi in audizione. I periti assicurativi offrono i propri servizi, oltre che alle imprese di assicurazione, anche ad altri soggetti, tra cui privati, nel caso di controperizie, e tribunali.

236. L'articolo 14, comma 1, della legge 17 febbraio 1992, n. 166, recante *istituzione e funzionamento del ruolo nazionale dei periti assicurativi per l'accertamento e la stima dei danni ai veicoli a motore ed ai natanti soggetti alla disciplina della legge 24 dicembre 1969, n. 990, derivanti dalla circolazione, dal furto e dall'incendio degli stessi* prevede che *“la tariffa delle prestazioni dei periti assicurativi, previste dalla presente legge, per l'accertamento e la stima dei danni alle cose derivanti dalla circolazione, dal furto e dall'incendio dei veicoli a motore e dei natanti, soggetti alla disciplina della legge 24 dicembre 1969, n. 990, è determinata con decreto del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, sentite la commissione nazionale di cui all'articolo 7 e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dei periti assicurativi iscritti nel ruolo nonché l'associazione rappresentativa delle imprese di assicurazione”*. Il comma 2 prevede che nel solo caso di perizie a favore di imprese di assicurazione *“la tariffa è determinata di intesa dalle associazioni dei periti maggiormente rappresentative sul piano nazionale e dall'associazione rappresentativa delle imprese di assicurazione ed è approvata con decreto del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato. In caso di mancata intesa la tariffa è determinata a norma del comma 1”*. Per effetto del Decreto legislativo n. 373/98 le suddette competenze del Ministero dell'Industria sono state trasferite all'Isvap.

237. Fonte: Ania, *L'Assicurazione italiana nel 1998*, aprile 1999.

entrambi identificati e coperti da assicurazione RCA, esclusi comunque i ciclomotori e le macchine agricole.

Ciò fa sì che la convenzione CID sia applicata ad un numero limitato di sinistri, non più del 60% dei sinistri con danni a cose. Inoltre, poiché è plausibile ritenere che al crescere dei danni subiti dalle vetture coinvolte aumenti la probabilità che vi siano anche danni a persone, la CID è applicata in genere ai sinistri di minore entità²³⁸.

La convenzione CID prevede che la valutazione del danno da parte della compagnia mandataria (ovvero quella del danneggiato) sia effettuata per ogni sinistro applicando i parametri dell'accordo Ania/carrozzeri. A sua volta l'impresa debitrice (quella dell'assicurato) provvederà a compensare l'impresa mandataria sulla base della valutazione così effettuata del danno.

Il funzionamento di tale sistema richiede quindi la comunicazione sistematica delle informazioni relative a ciascun sinistro CID tra le imprese e la valutazione uniforme dell'indennizzo, nonché la determinazione *ex-post* della compensazione tra impresa debitrice ed impresa mandataria sulla base dei costi sostenuti. In sostanza il meccanismo descritto si basa su un esteso scambio di informazioni tra le imprese di assicurazione; ciò comporta anche elevati costi di transazione senza peraltro riuscire ad incidere sul costo del sinistro.

Al fine di evitare che gli indennizzi riconosciuti dall'impresa mandataria siano superiori a quelli medi di mercato, è stato introdotto nell'ambito della convenzione CID un complesso sistema di conguagli. I sinistri vengono ripartiti in gruppi individuati in base all'ammontare dei risarcimenti e alla ripartizione geografica. Per ogni gruppo, sulla base dei dati inviati da ciascuna impresa, l'Ania determina il costo medio dei sinistri CID a livello di mercato e di singola impresa. Il confronto tra la media del mercato e il pagato medio che l'impresa mandataria ha effettuato per conto di un'impresa debitrice determina l'esistenza di un eventuale conguaglio tra le due imprese.

Il meccanismo descritto dovrebbe incentivare le imprese a contenere le spese di liquidazione, contribuendo a ridurre il costo medio delle riparazioni. In realtà, tale sistema, oltre a determinare un aumento rilevante dello scambio di informazioni tra imprese, non sembra riuscire ad influire in modo sostanziale sul costo dei sinistri, come mostra il fatto che il costo medio dei sinistri CID liquidati cresce a tassi elevati, pari a circa il 7% annuo nel periodo 2000-2001, il linea con quello medio relativo a tutti i sinistri con danni a cose.

238. Nel 2000 il costo medio dei sinistri CID è stato pari a circa 1.600.000 Lire; nello stesso esercizio il costo medio dei sinistri con solo danni a cose, inclusi quelli CID, è stato pari a 2.300.000.

Le ragioni di ciò vanno ricercate nel fatto che il sistema CID prevede che gli indennizzi riconosciuti ai danneggiati, che nel caso di specie rappresentano la parte di gran lunga più rilevante dei costi di liquidazione, siano determinati sulla base dei parametri fissati dall'accordo Ania-carrozzeri, applicati uniformemente dalle imprese di assicurazione. Pertanto, il sistema di conguagli può incidere solo in modo marginale sui costi di liquidazione, come risulta dal fatto che il complesso dei conguagli rappresenta meno dell'1% del totale degli indennizzi.

Il costo dei sinistri con danni alla persona

Il risarcimento dei danni alla persona costituisce una componente di costo la cui determinazione *ex-ante* è più incerta rispetto al costo dei danni a cose, sia per i tempi di liquidazione più lunghi, sia per l'oggettiva difficoltà connessa alla quantificazione del danno fisico, con particolare riferimento al danno biologico²³⁹. Si tratta, peraltro, di un problema comune a tutti i Paesi, anche se le imprese di assicurazione italiane lamentano una presunta anomalia rappresentata da una frequenza eccessiva delle denunce relative ai c.d. danni micropermanenti²⁴⁰.

Il danno biologico, inteso come lesione dell'integrità psico-fisica della vittima, da risarcire indipendentemente dai suoi riflessi sulla situazione patrimoniale del soggetto leso²⁴¹, si è andato affermando nella giurisprudenza italiana a partire dagli anni '80. In particolare, la Corte Costituzionale nel 1986 ha affermato il principio per cui l'ambito di applicazione dell'art. 2043 del codice civile, che

239. Sono qualificabili come danni fisici tutti quei danni derivanti da lesioni alla persona, i quali possono, a loro volta, dare origine a due ulteriori categorie di danno: il danno da inabilità temporanea ed il danno da invalidità permanente. Mentre il danno da inabilità temporanea è la durata della malattia, il tempo effettivamente necessario a guarire dalle lesioni subite nel sinistro e a riprendere le normali attività sia lavorative che ricreative, il danno da invalidità permanente è la diminuzione della capacità fisica valutata da un medico legale, che ha sempre un'incidenza sotto il profilo biologico, ma può incidere anche sulla capacità lavorativa del danneggiato. Nell'ambito delle categorie di danno da inabilità temporanea e da invalidità permanente è possibile configurare altre tre tipologie di danno: il danno biologico, il danno patrimoniale ed il danno morale.

240. Per danno micropermanente si intende tradizionalmente una lesione della salute che comporta una valutazione in ambito di danno biologico contenuta entro i dieci punti percentuali, anche se, talvolta, si tratta di patologie gravi. Rientrano nell'ambito delle lesioni micropermanenti, ad esempio, la distorsione della rachide cervicale da colpo di frusta, la perdita del gusto o dell'olfatto, la frattura dello sterno con callo deforme e dolente, la perdita del dito mignolo, medio o anulare, la perdita della milza. Nel nostro Paese i danni micropermanenti assorbono il 90% dei casi di sinistri con danni alla persona, con un'incidenza pari al 60% del totale liquidato per danni alla persona. Solo una componente minore (il 15%) di esso è di tipo patrimoniale in senso stretto (danno emergente e lucro cessante): ciò significa che la maggior parte degli importi liquidati dalle imprese è per danni non connessi al reddito, tra cui, appunto, il danno biologico. Tale dato non sembra essere peraltro particolarmente difforme da quello riscontrabile in altri Paesi: ad esempio in Francia l'87% dei sinistri con danni a persone è relativo a lesioni che comportano una invalidità inferiore al 5% (Fonte: FFSA 2001).

241. Cfr. Busnelli F.D. (1978), in merito alla qualificazione del danno biologico come danno suscettibile di valutazione economica.

prevede il risarcimento per fatto illecito²⁴², alla luce dell'art. 32 della Costituzione, relativo al diritto alla salute, deve ricomprendere il risarcimento non solo dei danni patrimoniali in senso stretto, ma di tutti i danni che ostacolano, almeno potenzialmente, “*le attività realizzatrici della persona umana*”²⁴³. In tale concetto devono dunque farsi rientrare tutti quei danni (estetico, alla vita di relazione, alla sfera sessuale...) che, privi di immediata incidenza sulla capacità di produrre reddito del soggetto danneggiato, sarebbero restati privi di tutela giuridica.

Si è quindi posto il problema di individuare un criterio liquidativo, che permettesse di risarcire in modo uniforme sul territorio italiano situazioni dannose di eguale entità e rilevanza. In particolare, due sono le esigenze fondamentali per determinare il risarcimento del danno biologico, vale a dire l'uniformità di criterio, per evitare sperequazioni e garantire parità di risarcimento a parità di condizioni, e la flessibilità di giudizio, al fine di adeguare l'indennizzo al caso singolo.

Nel corso degli anni sono stati individuati ed applicati diversi criteri di liquidazione²⁴⁴. Attualmente in Italia, così come in altri Paesi europei, il metodo maggiormente adottato è quello basato sul sistema del punto variabile, o tabellare. Tale metodo si fonda sulla determinazione del valore punto, con una flessibilità limitata sulla base di due variabili fondamentali: la percentuale di invalidità e l'età del danneggiato, che fanno rispettivamente aumentare e decrescere il valore punto²⁴⁵. Si rileva tuttavia che numerosi giudici hanno elaborato proprie tabelle per la determinazione del valore punto.

242. L'art. 2043 c.c. prevede che “*Qualunque fatto, doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno*”.

243. Cfr. sentenza della Corte Costituzionale n. 184 del 14 luglio 1986. Cfr. altresì la sentenza della Corte Costituzionale n. 88, del 26 luglio 1979.

244. Il primo criterio utilizzato è stato quello cd. equitativo puro, che permetteva al giudice di liquidare il danno alla persona con una valutazione meramente equitativa. Poiché l'equità, in un settore così delicato, avrebbe potuto facilmente tradursi in arbitrio, nel corso degli anni i giudici hanno ricercato - all'interno del principio di equità - linee guida operative che facilitassero il loro dovere liquidativo e al tempo stesso garantissero al cittadino un minimo di uniformità e prevedibilità delle decisioni. Si sono quindi affermati due metodi di liquidazione del danno biologico: la liquidazione secondo il triplo delle pensioni sociale e quella secondo il valore a punto, di origine pisana, nelle due versioni elastica e tabellare. Il metodo basato sul triplo della pensione sociale fu successivamente criticato perché risultava rigido, era basato su parametri risarcitori di tipo patrimoniale e non distingueva tra lesioni micro e macro permanenti. Tali critiche portarono la giurisprudenza pisana ad elaborare il c.d. metodo di liquidazione del punto (basato sulla determinazione del valore punto, calcolato considerando il risarcimento medio derivante dai precedenti giurisprudenziali, moltiplicato per un coefficiente legato alla percentuale di invalidità ed all'età), nella sua versione elastica (per la quale è possibile incrementare fino al 50% il valore punto sulla base di numerosi elementi). In seguito, venne rilevato come il metodo in questione si prestasse facilmente ad abusi di discrezionalità, essendo troppo ampio il raggio di azione equitativa.

245. Rispetto alla versione elastica, il sistema a punto tabellare riduce la discrezionalità del giudice nel determinare il valore dell'indennizzo.

In sostanza, sebbene vi sia un'uniformità di base del criterio di liquidazione, si è determinata una differenziazione eccessiva dei risarcimenti da giudice a giudice. L'adozione di una "propria" tabella da parte di ciascun organo giudicante conduce ad un'evidente disparità di trattamento di situazioni uguali ed è altresì suscettibile di determinare fenomeni di radicamento "interessato" del contenzioso (cd. *forum shopping*)²⁴⁶.

Tale situazione ha indotto Isvap, associazioni di consumatori e governo ad elaborare proprie tabelle indicative e disegni di legge per pervenire ad una valutazione uniforme sul territorio nazionale del danno biologico, analogamente a quanto già si è verificato all'estero.

Attualmente non si è ancora pervenuti ad una disciplina organica sul danno biologico, ed il legislatore si è limitato a prevedere una tabella per le lesioni cosiddette micropermanenti, che rappresentano il 60% degli indennizzi per i danni alle persone. L'art. 5, comma 2, della legge n. 57/2001 fissa i valori per ogni punto di invalidità permanente per lesioni fino al 9%. Il successivo comma 4, così come modificato dall'art. 23, comma 3, della legge 12 dicembre 2002, n. 273, stabilisce che il danno biologico possa essere ulteriormente aumentato dal legislatore, in misura non superiore al 20%. Si deve però osservare che l'art. 23, comma 4, della legge n. 273/02 delega il Ministero della Salute, di concerto con i Ministeri delle Attività Produttive, del Lavoro e delle Politiche Sociali e della Giustizia ad elaborare una specifica tabella per i danni che comportino una invalidità superiore al 10%.

Tale ritardo nella definizione di criteri certi e uniformi per la valutazione del danno alla persona è uno degli elementi alla base dell'elevato contenzioso che caratterizza il mercato italiano RCA. Alla fine del 2001 risultavano pendenti oltre 316.000 cause civili nonché 7.000 cause penali; il contenzioso civile riguarda circa il 13,5% dei sinistri posti a riserva, percentuale maggiore rispetto al 12% dell'anno precedente nonché al 10,7% del 1995²⁴⁷.

7.4 I costi di gestione

I costi di gestione, che incidono per il 20% circa sull'ammontare dei premi raccolti, sono riconducibili essenzialmente alle spese generali di gestione e amministrazione e ai costi per la distribuzione delle polizze.

246. A titolo di esempio può citarsi il caso di un soggetto di 18 anni che abbia riportato una percentuale di invalidità del 30%: se a Milano il risarcimento del danno biologico riconosciuto è di poco inferiore ai 160 milioni di lire, a Brindisi, o Sassari, oscilla intorno agli 85 milioni di lire.

247. Cfr. Isvap Circolare n. 488/S del 25 novembre 2002.

Si tratta di costi che dipendono dall'organizzazione complessiva dell'impresa e del gruppo cui la stessa appartiene e rappresentano quindi una componente di costo endogena, sicuramente controllabile dalla stessa. Come evidenziato nel capitolo 8, i costi di gestione sono cresciuti dal 1994 al 2001 di oltre il 60%, mentre i soli costi di distribuzione di oltre l'82%. Un aumento dei costi di acquisizione di tale entità non appare attribuibile ad un miglioramento della qualità del servizio distributivo.

Inoltre, si deve osservare che in Italia i recenti processi di concentrazione e ristrutturazione del settore assicurativo hanno condotto alla costituzione di un numero limitato di gruppi, che comprende la maggior parte delle imprese attive nel settore. Si tratta, in genere, di imprese multiramo, non specializzate nell'offerta di determinate coperture. Tale circostanza fa sì che all'interno dei gruppi possano esistere più centri che svolgono le medesime attività, quali la determinazione delle tariffe e la liquidazione, con l'effetto di duplicare diversi costi di natura gestionale, senza alcun beneficio per i consumatori.

In merito ai costi associati alla distribuzione, come già evidenziato, la loro incidenza varia a seconda del canale di vendita prescelto, risultando di regola più elevata per il canale agenziale. Considerato che la quasi totalità delle polizze RCA in Italia viene collocata attraverso agenti monomarca, è chiaro che le imprese potrebbero conseguire significativi risparmi qualora si avvalsero di canali alternativi, che, peraltro, in genere sono preferibili in un'ottica di *disclosure*.

Sotto un diverso profilo, la presenza di più imprese RCA all'interno dello stesso gruppo, ciascuna delle quali utilizza la propria rete di vendita, non consente al gruppo di sfruttare le economie di scala a livello distributivo e di amministrazione. Si deve comunque osservare come un gruppo assicurativo possa trarre vantaggi dalla duplicazione delle reti di vendita, in quanto, date le caratteristiche del sistema distributivo RCA, aumentare il numero di punti vendita aumenta le probabilità di *matching* con la domanda, ovvero garantisce che un numero più elevato di consumatori si rivolgerà a quell'impresa invece che ad altri operatori.

I costi di acquisizione delle informazioni

Tra i costi di gestione vi sono, come già sottolineato, quelli relativi all'acquisizione di informazioni. Nella parte teorica si è evidenziato come, in un'ottica dinamica, l'attività assicurativa possa essere considerata come un processo di acquisizione delle informazioni sugli assicurati e sulla loro rischiosità, processo necessario per pervenire ad una migliore quantificazione del rischio e, quindi, migliorare la capacità dell'impresa di competere sul mercato.

Le imprese attive sul mercato ottengono utili informazioni osservando il comportamento dei propri assicurati. Di regola la maggior parte delle imprese presente nel mercato italiano RCA possiede, in ragione dell'ampiezza dei propri portafogli, un numero di osservazioni sufficienti a calcolare autonomamente la propria tariffa²⁴⁸.

Le imprese nuove entranti, che non dispongono delle informazioni necessarie ad una corretta determinazione del rischio, possono aver bisogno di ricorrere a statistiche relative agli andamenti del mercato. Per altro verso, anche le grandi imprese potrebbero aver bisogno di confrontare i propri andamenti con quelli medi di mercato, al fine di verificare l'esistenza di eventuali anomalie. L'acquisizione di siffatte informazioni risulterebbe estremamente onerosa per la singola impresa e comunque è dubbio che potrebbe essere realizzata individualmente.

Per poter ottenere tali informazioni è pertanto necessario che le imprese mettano in comune, in forma aggregata, dati particolarmente sensibili, quali quelli relativi al numero di contratti sottoscritti, al numero di sinistri e agli importi liquidati. Si determina così uno scambio di informazioni potenzialmente lesivo della concorrenza. Tuttavia, proprio in ragione delle peculiarità del settore assicurativo, nella pratica antitrust, sia comunitaria che nazionale, sono stati considerati meritevoli di esenzione dal divieto di intese restrittive quegli accordi finalizzati alla raccolta di dati statistici, necessari alla corretta quantificazione dei rischi e, dunque, all'aumento dell'efficienza produttiva.

In particolare la Commissione Europea, con specifico Regolamento, ha esentato dal divieto di cui all'art. 81, paragrafo 3, del Trattato Ce, *“la collaborazione tra imprese di assicurazione o nell'ambito di associazioni di imprese per quanto riguarda il calcolo del costo medio della copertura di un determinato rischio in passato”*, in quanto ciò *“rende possibile una migliore conoscenza dei rischi e ne facilita la valutazione da parte delle singole compagnie. A sua volta ciò può facilitare l'ingresso sul mercato e andare quindi a beneficio dei consumatori. Lo stesso vale per gli studi in comune sull'impatto probabile di circostanze estranee che possono influenzare il numero e l'entità dei sinistri o la redditività di diversi tipi di investimenti. Occorre tuttavia assicurare che tale collaborazione*

248. Cfr. audizione dei rappresentanti della società di consulenza Tillinghast, in cui si afferma che, in genere, anche le imprese di piccole dimensioni attive sul mercato italiano RCA sono in grado di determinare individualmente la tariffa RCA, seppure talvolta preferiscono ricorrere alle tariffe realizzate dalle grandi imprese. Secondo gli esperti di Tillinghast, *“è possibile stabilire un benchmark che individui se il numero di osservazioni disponibili è sufficiente a determinare la tariffa. Le variabili rilevanti sono il numero delle polizze in portafoglio e la durata del portafoglio stesso. Per il ramo r.c. auto, stante il valore assunto dalla frequenza dei sinistri (circa il 12-13%) è sufficiente avere 50.000 veicoli-anno per determinare adeguatamente sia il livello relativo che il livello assoluto del costo dei sinistri.”*

*sia esentata solo in quanto è necessaria per il raggiungimento di tali obiettivi. È pertanto opportuno disporre che gli accordi riguardanti i premi commerciali, vale a dire i premi effettivamente applicati ai contraenti, non siano esentati*²⁴⁹.

Sulla base di tali previsioni l'Ania ha costituito una banca dati che riporta i dati aggregati relativi alla sinistrosità della maggior parte delle imprese attive in Italia nel settore della RCA. Dalle informazioni attualmente disponibili, tale banca dati sembra in linea con quanto previsto nel Regolamento di esenzione.

Viceversa nel corso dell'indagine conoscitiva è stata acquisita documentazione dalla quale ha preso avvio, nel 1999, un procedimento istruttorio che ha permesso di accertare l'esistenza di un esteso scambio di informazioni tra le imprese di assicurazione che non poteva essere giustificato sulla base delle peculiarità del settore²⁵⁰.

La banca dati sulle frodi assicurative

Un ulteriore elemento, connesso a tutti i sistemi assicurativi, idoneo ad incidere sui costi delle imprese RCA, è legato alla possibilità che gli assicurati adottino comportamenti fraudolenti simulando il verificarsi di un sinistro per ottenere il risarcimento dei danni ovvero alterando intenzionalmente le conseguenze di un sinistro effettivamente accaduto. Lo scopo delle frodi è ovviamente quello di ottenere un lucro dall'esistenza di indennizzi monetari, considerata anche la difficoltà che incontrano le imprese di assicurazione ad accertare e resistere ai tentativi di frode. Infatti, le imprese di assicurazione per accertare il carattere fraudolento di un sinistro denunciato devono acquisire informazioni, ma tale processo determina un onere che le imprese possono valutare eccessivo rispetto ai vantaggi derivanti dall'evitare un indennizzo non dovuto.

Recentemente il legislatore ha adottato alcune misure allo scopo di dotare le imprese di assicurazione di maggiori strumenti per combattere le frodi. Innanzitutto l'art. 24 della legge n. 273/02 ha previsto una modifica all'art. 642 c.p. per istituire il reato di frode alle assicurazioni. Inoltre, al fine di ridurre i costi per la ricerca delle informazioni necessarie per combattere il fenomeno delle frodi assicurative, il legislatore ha istituito una banca dati gestita dall'Isvap, che raccoglie per ciascun sinistro infor-

249. Considerando n. 10 del progetto di Regolamento del Consiglio (CE), *relativo all'applicazione dell'articolo 81, paragrafo 3, del trattato a talune categorie di accordi, decisioni e pratticate concordate nel settore delle assicurazioni*, in corso di emanazione, che, dal 1° luglio 2003, sostituirà il Regolamento CE n. 3932/92.
250. Cfr. Prov. dell'Autorità del 28 luglio 2000, n. 8546 *RC Auto*.

mazioni, inviate con cadenza mensile dalle imprese, su soggetti e veicoli coinvolti, data di avvenimento, eventuali testimoni, patrocinatori, periti, medici fiduciari, carrozzieri, importi liquidati, e altro²⁵¹. Tale misura, peraltro simile ad analoghe misure adottate in altri contesti nazionali, risulta particolarmente utile poiché consente a ciascuna impresa di avere rapidamente informazioni su tutti i sinistri subiti da un dato veicolo, quali la presenza di un medesimo testimone in sinistri dubbi, informazioni che le imprese avrebbero elevate difficoltà a reperire da sole. In ogni caso, al fine di evitare problemi dal punto di vista concorrenziale, è opportuno consentire alle imprese l'accesso alle sole informazioni strettamente necessarie per conoscere la storia passata dei sinistri di un certo veicolo e/o assicurato. Tale esigenza sembra essere stata tenuta in considerazione dall'Isvap nel proprio provvedimento del 10 marzo u.s., nel quale sono state regolamentate le modalità di accesso alla banca dati, laddove prevede che le imprese di assicurazione possano accedere esclusivamente ai dati strettamente necessari a combattere il fenomeno delle truffe assicurative²⁵².

Sotto un diverso profilo, si evidenzia che per rendere più efficace l'azione di controllo delle frodi assicurative potrebbe risultare utile accompagnare la costituzione della banca dati con altre misure, quali formule tariffarie che, combinando il bonus/malus con la franchigia, incentivano gli assicurati a rendere dichiarazioni veritiere, o forme di indennizzo diretto per i danni a cose, senza l'erogazione di risarcimenti monetari, per ridurre gli incentivi alla frode. Inoltre, mediante l'indennizzo diretto le imprese di assicurazione hanno maggiori informazioni sui danneggiati e ciò consente loro di individuare con maggiore facilità le situazioni sospette.

7.5 Conclusioni

Il settore assicurativo si caratterizza per l'inversione del ciclo produttivo, nel senso che, a differenza di quanto avviene per la generalità dei beni, l'impresa riceve immediatamente i propri ricavi e sostiene in seguito la maggior parte dei costi produttivi. Tali costi sono rappresentati prevalentemente dai risarcimenti per i sinistri che si realizzeranno nel periodo di vigenza del contratto

251. Cfr. legge 26 maggio 2000, n. 137, di conversione del decreto-legge 28 marzo 2000, n. 70, recante "disposizioni urgenti per il contenimento delle spinte inflazionistiche", art. 2, comma 5 quater, e legge 5 marzo 2001, n. 57, recante "disposizioni in materia di apertura e funzionamento dei mercati", art. 2, commi 4 e 5, articolo recentemente sostituito dalla legge n. 273/2002, art. 21, comma 4.

252. Cfr. Provvedimento dell'Isvap del 10 marzo 2003, recante *Banca dati dei sinistri relativi all'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore immatricolati in Italia – Disciplina delle procedure e delle modalità di funzionamento della banca dati sinistri RCA, nonché delle modalità e dei limiti di accesso alle informazioni raccolte*, in G.U. 17 marzo 2003, n. 63.

assicurativo. Al momento di sottoscrivere la polizza l'impresa non conosce quanti saranno i sinistri che si realizzeranno né il relativo ammontare. Esistono formule contrattuali che possono incentivare gli assicurati a comportamenti "virtuosi" e quindi ridurre i costi futuri per l'impresa di assicurazione.

Tuttavia, poiché nei sistemi di responsabilità civile il danneggiato, ovvero colui che ha diritto all'indennizzo, è un soggetto diverso dall'assicurato, si creano incentivi per comportamenti di *moral hazard*, o vere e proprie truffe, che rendono difficile la predisposizione di contratti ottimali per le imprese di assicurazione e il controllo dei costi.

Per superare tali elementi di problematicità, le imprese attive nei diversi mercati nazionali hanno cercato di introdurre correttivi, alcuni dei quali saranno ampiamente analizzati nel capitolo 9. In Italia i correttivi introdotti finora si sono dimostrati inadeguati a combattere tale inefficienza del mercato, se non addirittura controproducenti.

In particolare, per quanto concerne i sinistri con danni a cose i meccanismi introdotti sono la convenzione CID, l'accordo Ania-carrozzeri e l'accordo Ania-periti. La convenzione CID, per come è strutturata, non contiene sufficienti incentivi per le imprese per il controllo dei costi, in quanto non si applica a tutti i sinistri e perché eventuali risparmi di costo andrebbero a beneficio di soggetti diversi rispetto a quelli che li hanno ottenuti. L'accordo Ania-carrozzeri produce l'effetto di omogeneizzare i prezzi verso l'alto, in quanto rende noto sia alle imprese che ai carrozzieri quale è il costo (massimo) di riparazione per un determinato sinistro; mentre l'accordo Ania-periti, oltre a garantire l'uniforme applicazione dell'accordo Ania-carrozzeri, contribuisce ad omogeneizzare un'importante voce di costo dei servizi di liquidazione.

Per quanto concerne i sinistri con danni a persone, solo da poco è stata introdotta una tabella per i danni per sinistri fino al 9% di invalidità, mentre ancora non è stata introdotta quella per sinistri con danni superiori al 10%.

Infine, un'altra importante voce di costo sulla quale finora le imprese hanno prestato poca attenzione è quella relativa alle spese di gestione ed, in particolare, ai costi di distribuzione.

Nel corso dell'indagine si è avuto ampiamente modo di sottolineare come l'assenza di significativi interventi di controllo sui costi sia stata permessa da una domanda particolarmente rigida per le imprese, che ha consentito a queste di scaricare sui premi gli incrementi di costo subiti.

8. La dinamica dei costi. Gli utili

8.1 La gestione dell'impresa assicurativa

Come è noto, la valutazione dei risultati di un'impresa assicurativa va condotta avendo a riferimento la gestione tecnica, quella patrimoniale e finanziaria, nonché la gestione economica complessiva.

Il profitto di un'impresa di assicurazione, infatti, dipende da due fattori: 1) il risultato tecnico, che si ricava dal confronto tra i costi sostenuti (costi di gestione e costo dei sinistri) e i premi raccolti, confronto possibile analizzando la gestione tecnica; 2) il risultato degli investimenti in attività finanziarie, che si evince dalla gestione patrimoniale e finanziaria dell'impresa. I due fattori, congiuntamente, determinano gli utili complessivi dell'impresa di assicurazione, per cui rendimenti finanziari elevati possono compensare una gestione tecnica in perdita, e viceversa.

L'esame della gestione tecnica fornisce, essenzialmente, informazioni sul grado di efficienza dell'impresa assicurativa sotto diversi profili: nella capacità di liquidazione, nel contenimento dei costi di gestione, nella politica di acquisizione di clienti, nell'accantonare riserve adeguate, nella definizione di strategie tariffarie atte a realizzare un'adeguata selezione del rischio.

Invero, un'analisi sulla performance delle imprese di assicurazione che guardi ai soli risultati tecnici sarebbe per definizione parziale, in quanto non terrebbe conto dei proventi dell'attività di investimento, che costituisce un tratto essenziale della gestione assicurativa. Le risorse da investire provengono da due fonti principali: dalle riserve tecniche e, seppure in misura minore, dai mezzi propri delle imprese, tenuti come capitale di rischio. Le riserve tecniche si costituiscono a causa dell'inversione del ciclo produttivo tipica delle imprese assicurative: poiché i premi vengono incassati prima che si verifichino i sinistri da liquidare, vi è un intervallo temporale nel quale i premi accantonati per fronteggiare il pagamento dei sinistri futuri (le riserve tecniche) possono essere investiti dalle imprese e produrre rendimenti. La durata di tale intervallo dipende dal rischio coperto; nel caso della RCA, a causa dei lunghi tempi richiesti per la liquidazione dei danni alle persone, detto intervallo può durare diversi anni.

Infine, per una valutazione complessiva sulla solidità economica dell'impresa di assicurazione, non si può prescindere dall'esame degli indicatori economici relativi all'utile di esercizio.

8.2 La gestione tecnica. I costi

Come evidenziato, il risultato tecnico di un'impresa assicurativa deriva essenzialmente dai costi sostenuti dalla stessa, posti a confronto con i premi raccolti.

I costi delle imprese di assicurazione, incluse quelle attive nel ramo RCA, possono essere suddivisi, come già chiarito, in due categorie principali, in base ai diversi elementi che concorrono alla formazione degli stessi:

- i) costi di gestione, che comprendono sia i costi di amministrazione che quelli di acquisizione, inclusi quelli per il collocamento delle polizze;
- ii) il costo dei sinistri, che comprende sia il costo dei risarcimenti vero e proprio che i costi per il contenzioso e la liquidazione dei sinistri.

Mentre i costi di gestione determinano l'ammontare dei caricamenti, il costo dei sinistri incide sul livello del premio puro, il quale è dato dal prodotto tra frequenza dei sinistri, un dato per certi versi "esogeno" alle imprese, e costo medio degli stessi.

I costi di gestione

L'andamento dei costi di gestione si può desumere dal conto tecnico, che riporta l'ammontare dei costi, suddivisi in costi di gestione e costi dei risarcimenti, ponendolo a confronto con la raccolta premi²⁵³.

Dal 1998, anno in cui è divenuta operativa la nuova disciplina sul bilancio delle imprese di assicurazione, tutti i costi di natura diversa rispetto al costo dei risarcimenti sono sostanzialmente confluiti nella voce "spese di gestione"²⁵⁴. Tale innovazione normativa ha determinato, tra l'altro, la necessità di riclassificare numerose poste di bilancio, al fine di ottenere serie storiche omogenee e poter così confrontare l'andamento temporale delle diverse voci. I dati di seguito riportati sulle spese di gestione, tranne dove espressamente indicato, sono stati riclassificati dall'Isvap²⁵⁵.

253. In base alla vigente normativa sui bilanci, le imprese attive nel settore danni sono tenute a predisporre un conto tecnico per l'intero settore danni e, per ciascun ramo di attività, un "conto tecnico di ramo". Il conto tecnico, sia per settore che per ramo, riporta i dati su tre elementi fondamentali: i) i "premi di competenza" (punto I del conto tecnico), che sostanzialmente corrispondono al flusso dei premi incassati in un dato esercizio; ii) gli "oneri relativi ai sinistri" (punto 4 del conto tecnico); iii) le spese di gestione (punto 7 del conto tecnico). Il punto 10 riporta il saldo complessivo del conto tecnico. I dati di seguito riportati sulle spese di gestione nel ramo RCA sono quelli comunicati all'Isvap dalle imprese, ma non sono desumibili direttamente dai bilanci, in quanto il conto tecnico per ramo riporta solo le voci fondamentali, senza scomporle nelle diverse poste.

254. Si veda a riguardo la Direttiva 91/674/CEE del Consiglio, del 19 dicembre 1991, relativa ai conti annuali e ai conti consolidati delle imprese di assicurazione e il Decreto Legislativo 26 maggio 1997, n. 173, recante attuazione della Direttiva 91/674/CEE in materia di conti annuali e consolidati delle imprese di assicurazione.

255. Cfr. Isvap - L'Assicurazione RC Auto in Italia. Analisi e proposte.

Facendo riferimento alla nuova struttura del conto tecnico, nell'ambito della categoria "spese di gestione" assumono rilievo, in relazione al ramo RCA, le seguenti voci²⁵⁶:

i) *provvigioni di acquisizione e di incasso*. Le prime rappresentano i compensi spettanti alla rete distributiva per l'acquisizione ed il rinnovo dei contratti²⁵⁷, le seconde costituiscono i compensi riconosciuti alla rete per l'incasso dei premi;

ii) *altre spese di acquisizione*, sostenute per la conclusione dei contratti, sia direttamente (ad esempio, le spese per l'emissione delle polizze) che indirettamente (le spese di pubblicità, le sovrapprovvigioni non connesse esclusivamente ad obiettivi di produttività, le spese amministrative dovute alla formalità di espletamento delle domande e alle stesura delle polizze)²⁵⁸;

iii) *altre spese di amministrazione*: si tratta di una voce residuale che comprende le spese di amministrazione diverse dalle provvigioni di incasso²⁵⁹. In particolare, sono ricompresi in tale voce i costi amministrativi legati alla riassicurazione, le spese per il personale non incluse negli oneri di acquisizione, nelle spese di liquidazione dei sinistri e negli investimenti.

Come emerge dalla tabella 8.1, nel periodo compreso tra il 1993 ed il 2001 il complesso delle spese di gestione ha rappresentato in media circa il 20% della raccolta premi.

Tabella 8.1 - Le spese di gestione. Incidenza percentuale sui premi

	a) Provvigioni di acquisizione e incasso	b) Altre spese di acquisizione	c) Altre spese di amministrazione	Totale
1993	13,4 (a+b)		7,9*	21,3
1994	11,0	1,9	7,5	20,4
1995	11,3	2,0	7,1	20,4
1996	11,6	2,0	7,5	21,1
1997	11,4	2,1	6,2	19,7
1998	11,5	2,3	5,1	18,9
1999	11,3	2,3	4,7	18,3
2000	11,2	2,2	4,6	18,0
2001	11,0	2,4	4,5	17,9

(*) Ex spese generali.

Fonte: Per il 1993 dati inviati dall'Isvap a seguito di richiesta di informazioni; per gli anni 1994-99: Isvap - L'Assicurazione RC Auto in Italia. Analisi e proposte: per il 2000-2001 Usvao - Circolare n. 4935 del 24 dicembre 2002. Elaborazione dei dati contabili e statistici relativi alla gestione dell'assicurazione della responsabilità civile autoveicoli e veicoli marittimi, lacustri e fluviali.

256. Le spese di gestione sono riportate nel punto 7 del conto tecnico dei rami danni. Nel corso del paragrafo vengono illustrate, tra le sei voci che compongono le spese di gestione, quelle relative alle lettere a), b), d) ed e) del punto 7, maggiormente rilevanti per il ramo RCA. Non sono trattate, in quanto non significative, le lettere c) (variazione delle provvigioni e delle altre spese di acquisizione da ammortizzare) ed f) (provvigioni e partecipazioni agli utili ricevute dai riassicuratori).

257. Cfr. articolo 51 D.Lgs. n. 173/97. In tale voce sono ricomprese altresì le eventuali sovrapprovvigioni pagate per obiettivi di produttività, nonché la parte variabile di retribuzione al personale dipendente commisurata all'acquisizione dei contratti.

258. Cfr. articolo 52 D.Lgs. n. 173/97.

259. In particolare, sono ricompresi in tale voce i costi amministrativi legati alla riassicurazione, le spese per il personale non incluse negli oneri di acquisizione, nelle spese di liquidazione dei sinistri e negli investimenti.

Il peso dei compensi alla rete distributiva (“provvigioni di acquisizione e incasso”) sui premi incassati è rimasto sostanzialmente immutato, l’incidenza percentuale delle “altre spese di acquisizione” ha registrato un leggero incremento, mentre si è avuta una flessione del peso delle “altre spese di amministrazione”.

Le “provvigioni di acquisizione” continuano a rappresentare la voce più importante delle spese di gestione sostenute dalle imprese RCA.

Come mostra la tabella 8.2, dal 1994 al 2000 l’incidenza delle “provvigioni di acquisizione” sul totale delle spese di gestione è addirittura aumentata, passando dal 54% al 62%. Solo nell’ultimo anno sembrerebbe registrarsi una inversione di tendenza, forse connessa alla crescita, peraltro ancora molto contenuta, della distribuzione di prodotti assicurativi mediante canali telefonici e telematici.

Tabella 8.2 - Il peso delle “provvigioni di acquisizione” sulle spese di gestione

Anno	Provvigioni/spese (%)
1994	53,9
1995	55,2
1996	54,9
1997	57,9
1998	60,9
1999	61,9
2000	62,1
2001	61,3

Fonte: Isvap.

Nel complesso, non solo la remunerazione alla rete distributiva calcolata in percentuale sui premi non ha subito alcuna flessione negli anni successivi alla liberalizzazione, ma tale voce ha visto aumentare la propria importanza come componente delle spese di gestione.

Peraltro, considerato il notevole incremento della raccolta premi - che dal 1993 al 2001 è passata da circa 8 a oltre 15 miliardi di - il fatto che il peso delle spese di acquisizione, principale componente delle spese di gestione, sui premi sia rimasto sostanzialmente costante, non significa altro che l’ammontare delle spese di acquisizione è cresciuto senza interruzione nel periodo esaminato, in modo quasi proporzionale ai premi.

Come si evince dalla tabella 8.3, se nel 1993 le spese di gestione convertite in erano di poco superiori a 1.500 milioni di , nel 2001 esse hanno superato i 2.700 milioni di .

Rispetto al 1994, nel 2001 le sole “provvigioni di acquisizione e di incasso”, rappresentate in prevalenza dalle remunerazioni alla rete distributiva, sono aumentate di quasi 800 milioni di .

Tabella 8.3 - Le spese di gestione (milioni di €)

	a) Provvigioni di acquisizione e incasso	b) Altre spese di acquisizione	c) Altre spese di amministrazione	Totale
1993	993	-	584	1.577
1994	922	163	625	1.710
1995	1.019	179	649	1.847
1996	1.117	190	729	2.036
1997	1.214	220	661	2.095
1998	1.354	276	594	2.224
1999	1.499	301	622	2.422
2000	1.588	312	659	2.559
2001	1.680	370	691	2.741

Fonte: Isvap.

In pratica, i costi di gestione, vale a dire quella categoria di costi su cui le imprese del ramo RCA hanno le maggiori possibilità di intervento, trattandosi di spese che attengono all’organizzazione interna delle stesse (marketing, prodotti, amministrazione, distribuzione), hanno pressoché replicato la dinamica dei premi, senza che le imprese abbiano intrapreso iniziative per incrementare l’efficienza, idonee se non a ridurre, quantomeno a contenere l’aumento di tali costi.

Con riferimento alle spese di acquisizione, tali risultati sono la diretta conseguenza delle problematiche esistenti in relazione al sistema distributivo, evidenziate nel capitolo 3.

Le considerazioni predette valgono per tutte le imprese, sia quelle di piccole dimensioni, sia quelle più importanti, in quanto, come si evince dai dati sulle spese di gestione elaborati dall’Isvap per imprese raggruppate in base alla raccolta premi, non sembrano emergere correlazioni significative tra dimensione delle imprese e spese di gestione. In particolare, le piccole imprese dimostrano di avere costi amministrativi più elevati rispetto alle imprese maggiori, mentre i costi distributivi sono gli stessi per tutte le imprese. In altri termini, esistono economie di scala, seppure non rilevanti, solo in relazione alle spese amministrative, mentre non è ravvisabile la presenza di economie di scala per i costi di distribuzione.

Il costo dei sinistri

In questa categoria rientrano sia il costo sostenuto dalle imprese per il risarcimento dei sinistri, sia le spese sostenute per la valutazione e la liquidazione del danno.

Considerati i tempi necessari per l'accertamento e la valutazione del danno, non tutti i sinistri possono essere risarciti nello stesso anno in cui si verificano. Parte dei premi incassati in ciascun esercizio deve essere dunque accantonata per coprire il costo di liquidazione dei sinistri che saranno pagati in futuro. Per determinare l'ammontare di tale posta (riserve), occorre stimare il costo futuro di liquidazione. Tale stima viene effettuata sulla base del costo dei sinistri degli anni precedenti, aggiustato opportunamente per tenere conto dell'inflazione, delle variazioni nel parco circolante e di altri fattori che si ritiene potranno incidere sui risarcimenti futuri²⁶⁰. Pertanto, si tratta di un valore stimato dalle imprese stesse, seppure nel rispetto di determinati vincoli, e quindi, per definizione, aleatorio.

Il fatto che il costo complessivo dei sinistri dipenda anche da una componente stimata rende per ciò stesso i dati sui costi grandezze soggette ad un certo grado di aleatorietà, più o meno elevato a seconda del peso delle riserve e della differenza tra valore stimato e valore effettivo dei risarcimenti totali, valutabile solo *ex post*. Tale circostanza influenza l'interpretazione di tutti i dati sui costi delle imprese RCA.

In sostanza, il costo dei sinistri dipende in parte da un dato certo (i risarcimenti effettivamente pagati)²⁶¹, in parte da un valore stimato (le riserve).

Ciò premesso, di seguito vengono esaminati gli effetti del comportamento delle imprese successivo alla liberalizzazione, analizzato nel capitolo precedente, sul livello dei risarcimenti. L'analisi riguarda in particolare il costo dei sinistri con danni a cose, per i quali le imprese hanno stipulato una serie di accordi, attraverso l'Ania, che di fatto hanno uniformato le diverse voci del costo dei sinistri con danni a cose, senza che ciò sembra essersi tradotto in guadagni di efficienza per le imprese stesse. Come già evidenziato nel capitolo precedente, l'indennizzo dei danni a persone presenta problematiche in parte differenti in considera-

²⁶⁰. In realtà, accanto al metodo del costo medio, utilizzabile per i sinistri della generazione di bilancio, le imprese, soprattutto per l'adeguamento della riserva sinistri, utilizzano il cosiddetto metodo dell'inventario, basato sull'analisi di ciascun sinistro.

²⁶¹. Occorre, tuttavia, osservare che anche il dato sui risarcimenti effettuati non è totalmente certo, in quanto occorrerebbe scorporare da tale valore le somme recuperate e da recuperare da assicurati e da terzi, valore non desumibile nei dati di bilancio e conoscibile solo decorso un certo lasso di tempo.

zione dei maggiori tempi necessari alla liquidazione e delle maggiori difficoltà connesse alla valutazione del danno; in ogni caso non risulta che le imprese abbiano intrapreso iniziative volte ad incidere direttamente su tale voce di costo.

a) *I risarcimenti*

In via preliminare si osserva che i dati diffusi dall'Istituto di vigilanza non permettono di scomporre correttamente i sinistri in base al tipo di danno (a cose o a persone). Per quanto concerne il numero dei sinistri ciò può anche essere ricondotto a difficoltà oggettive, in quanto numerosi incidenti comportano danni sia a cose che a persone; mentre per quel che concerne gli importi, pagati e riservati, ciò sembra riconducibile anche a carenze nelle modalità di rilevazione. In particolare, solo dal 1998 l'Isvap ha iniziato a rilevare distintamente i sinistri con danni a persone e a cose. Tuttavia, si deve osservare che nei moduli di vigilanza è previsto che le imprese debbano indicare distintamente il numero dei sinistri complessivo, i sinistri con danni misti (ovvero sia a cose che a persone) e i sinistri con danni solo a persone (compresa anche la parte di danni a persone dei sinistri misti) e i relativi ammontari. L'Isvap calcola poi la voce relativa ai danni solo a cose, come differenza tra sinistri totali e sinistri misti. È evidente che tale sistema sottostima in modo rilevante i danni a cose. Infatti, i sinistri con danni solo a cose non tengono in considerazione i sinistri che, oltre ai danni a cose, determinano anche danni a persone. È plausibile ritenere che i sinistri misti sono quelli cui sono associati gli indennizzi più elevati per i danni a cose.

Una soluzione alternativa rispetto a quella adottata dall'Isvap per stimare la composizione dei sinistri potrebbe essere quella di calcolare i sinistri con danni a cose come differenza tra sinistri totali e sinistri con danni a persone. Tale metodo conduce ad una sottostima del numero dei sinistri con danni a cose, in quanto non tiene conto dei sinistri che comportano anche danni a persone, mentre potrebbe condurre ad una sovrastima degli importi dei sinistri con danni a cose, nel caso in cui quelli dei sinistri con danni a persone fossero stimati in difetto.

Nella tabella che segue si riportano i dati relativi sia ai sinistri con danni solo a cose (ovvero il metodo utilizzato dall'Isvap) sia quelli con danni a cose, stimati come differenza tra sinistri totali e sinistri con danni a persone.

Dalla tabella 8.4 si evince che il 13% dei sinistri determina anche un danno a persone; mentre per quanto concerne gli importi, circa il 40% è attribuibile ai sinistri con danni a persone. Pertanto, se è corretto calcolare i sinistri con danni

a cose come differenza tra sinistri totali e sinistri con danni a persone, si ottiene che oltre il 60% degli indennizzi riguarda i sinistri con danni a cose²⁶².

Tabella 8.4 - Scomposizione dei sinistri nel 2001

	Totali A	Misti B	Persone C	Solo cose A-B	Cose A-C
Numero					
Pagati	2.183.505	204.970	123.478	1.978.535	2.060.027
Riservati	1.342.347	430.293	333.915	912.054	1.008.432
Totale	3.525.852	635.263	457.393	2.890.589	3.068.459
Importi (milioni di euro)					
Pagati	3.525	1.272	508	2.253	3.017
Riservati	7.707	5.823	3.929	1.884	3.778
Totale	11.232	7.095	4.437	4.137	6.795
Importi medi (migliaia di euro)					
Pagati	1,614	6,206	4,114	1,139	1,465
Riservati	5,741	13,533	11,766	2,066	3,746
Totale	3,186	11,169	9,701	1,431	2,214
TASSI DI VARIAZIONE (RISPETTO AL 2000)					
Numero					
Pagati	-11,8	-10,6	-17,1	-11,9	-11,4
Riservati	-10,0	-9,1	-14,4	-10,4	-8,4
Totale	-11,1	-9,6	-15,1	-11,4	-10,5
Importi (milioni di euro)					
Pagati	1,7	12,9	-1,6	-3,7	2,3
Riservati	0,4	-0,4	-2,7	3,0	3,8
Totale	0,8	1,8	-2,5	-0,8	3,1
Importi medi (migliaia di euro)					
Pagati	15,3	26,3	18,7	9,3	15,5
Riservati	11,6	9,6	13,7	14,9	13,4
Totale	13,4	12,6	14,9	12,0	15,2

Fonte: elaborazioni su dati Isvap (Circolare del 24 dicembre 2002, n. 493/S).

262. Si noti che il numero dei sinistri misti eccede quello dei sinistri con danni a persone; tale circostanza potrebbe essere riconducibile al fatto che i sinistri misti comprendono anche le liquidazioni parziali.

263. Nel 2001, come si evince dalla tabella 8.4, oltre il 94% dei sinistri comporta danni a cose. Inoltre, circa un terzo dei sinistri con danni a cose viene riservato e, quindi, risarcito in anni successivi.

264. Più esattamente, analizzando la distribuzione temporale dei costi medi emerge come via via che ci si allontana dall'anno di generazione del sinistro il costo medio aumenta, e in media triplica tra il primo ed il secondo anno successivi a quello di generazione. Invece dalla distribuzione temporale dei pagamenti per anno di generazione emerge che, al 31 dicembre 2001, nei primi due anni (stesso anno di accadimento del sinistro e anno successivo) in media viene pagato il 90% dei sinistri con seguito, mentre dopo 4-5 anni, oltre il 99% dei sinistri è stato risarcito. I sinistri risarciti nello stesso anno in cui si verificano (61,9%) rappresentano una spesa di poco inferiore ad un terzo degli importi complessivamente pagati e riservati. I sinistri pagati nell'anno successivo rappresentano circa un altro terzo della spesa totale. Nel complesso, è chiaro che l'incertezza sugli importi definitivi da liquidare riguarda un numero di sinistri molto ridotto, che tuttavia rappresenta una parte significativa (circa un terzo) dei costi di competenza di quell'anno di generazione. Fonte: Circolare Isvap n. 493/S del 24 dicembre 2002 e Isvap, L'assicurazione RC Auto in Italia. Analisi e proposte, p. 32.

Per quanto concerne il confronto con il 2000, si osserva una sensibile contrazione del numero dei sinistri, pagati e riservati, maggiore per quel che concerne i sinistri con danni a persone. Tale contrazione appare quasi sufficiente a compensare l'aumento dichiarato nei risarcimenti; infatti, gli importi per risarcimenti crescono appena dello 0,8%. Infine, si osserva che gli importi medi dei sinistri con danni a cose crescono in misura lievemente superiore a quelli per i danni a persone.

Come già osservato, la scomposizione tra danni a cose e a persone è stata introdotta dall'Isvap solo a partire dal 1998; pertanto, per verificare se gli accordi Ania hanno influenzato il costo dei sinistri con danni a cose a partire dalla liberalizzazione, si deve ricorrere ad altri dati.

Una possibile *proxy* è rappresentata dal costo dei sinistri risarciti nello stesso anno in cui si verificano, poiché la maggior parte di tali sinistri riguarda solo danni a cose²⁶³. Infatti, dai dati sulla distribuzione temporale dei pagamenti e dei costi medi si evince come i sinistri risarciti nello stesso anno di accadimento riguardano soprattutto danni a cose ordinari, mentre negli anni successivi vengono pagati i danni alle persone ed i danni a cose di maggiore entità o che richiedono un contenzioso; a partire dal secondo anno successivo a quello di generazione, diventano preponderanti i danni alle persone²⁶⁴. Pertanto, i sinistri risarciti nell'anno di accadimento includono una parte dei sinistri con danni a persone e trascurano i sinistri con danni a cose di maggiore entità.

Prendendo a riferimento il periodo 1990-2001, emerge che in questo intervallo temporale si è avuta una sensibile contrazione nel numero dei sinistri denunciati, pari a circa il 24%; in particolare, nel solo biennio 2000-2001, tale contrazione è stata di circa il 16%. Considerato che, come si evince dalla tabella 6.1, nel periodo 1990-2001 il numero di veicoli circolanti è aumentato del 23,5%, la frequenza sinistri si è ridotta in modo rilevante, quasi della metà. A riguardo si evidenzia come dal confronto internazionale già nel 1999 l'Italia risultasse agli ultimi posti nella graduatoria per frequenza sinistri nell'assicurazione auto, con un tasso di circa il 10%, seguita solo da Grecia, con il 7% e da Cipro con l'1%. La media europea e quella dei soli Paesi UE nello stesso anno era pari al 19%²⁶⁵.

265. Fonte: CEA, *The European Motor Insurance Market in 1999*, dicembre 2000. Nel confronto internazionale si deve tener conto che nei vari Paesi alla voce "assicurazione auto" potrebbero corrispondere coperture più o meno ampie. Il dato italiano risente della scarsa diffusione nel nostro Paese di alcune coperture auto, quale ad esempio la kasko, ed è quindi sottostimato rispetto a quelli degli altri Paesi. Per quanto concerne la RCA, sulla base delle informazioni fornite dall'ISVAP in data 25 marzo 2003, l'IRSA avrebbe stimato i seguenti valori per la frequenza sinistri nel 1999: Italia 12,2%, Germania 8,9%, Regno Unito 8,3%, Francia 6,3%.

Nello stesso periodo il costo globale dei sinistri della generazione di bilancio pagati nello stesso anno in cui si verificano è aumentato in termini reali di circa il 40%. Osservando l'andamento nel tempo si evince che tale valore è aumentato del 46,8% nel periodo 1990-99, con una tendenza all'accelerazione a partire dal 1994, mentre si è ridotto nel biennio 2000-2001 di oltre il 6%. Tale contrazione sembra riconducibile esclusivamente alla forte diminuzione registrata dalla frequenza sinistri in quel biennio; il costo medio dei sinistri in termini monetari, infatti, aumenta del 6,1% nel 2000 e addirittura del 15,3% nel 2001.

Sempre nel periodo 1990-2001 il costo medio dei sinistri pagati nell'anno di generazione è cresciuto in termini reali del 76,5%. In termini monetari, il costo medio dei sinistri liquidati nell'anno di generazione è passato da un valore corrispondente a 878 nel 1994 a 1.614 nel 2001, con un aumento di circa l'84%.

Nel complesso, dai dati sui sinistri pagati nell'anno di accadimento emerge una sensibile contrazione della frequenza sinistri, particolarmente evidente nel biennio 2000-2001, mentre il costo medio ha continuato ad aumentare a ritmi sostenuti. Un aumento di tale entità nel costo dei sinistri con danni a cose è troppo elevato per essere ricondotto esclusivamente alle variazioni nel parco auto intervenute nel corso degli anni (il costo delle riparazioni per i nuovi modelli di automobili in genere è più elevato a causa delle diverse modalità di costruzione). Ciò conferma l'inadeguatezza delle iniziative adottate dalle imprese in relazione al costo dei sinistri con danni a cose.

In definitiva, è innegabile che l'andamento del costo dei sinistri con danni a cose costituisca anche una conseguenza del comportamento delle imprese di assicurazione, che hanno unanimemente aderito ad accordi tesi ad uniformare il costo di tutti gli elementi che concorrono a determinare l'ammontare dei risarcimenti per i danni a cose (manodopera, ricambi, materiali di consumo, prestazioni peritali), senza peraltro ricercare strumenti per ridurre tali costi (ad esempio, incentivi all'uso di ricambi alternativi, contrattazione con le case produttrici per ottenere prezzi inferiori a quelli di listino, ecc.).

La descritta evoluzione è confermata anche dai dati di fonte Markets Facts and Business Information, riportati nella tabella 7.1, secondo cui tra il '92 e il '97 il costo medio delle riparazioni a seguito di sinistro in Italia è aumentato del 58,2%.

b) Le riserve

Come già evidenziato, il costo complessivo dei sinistri dipende anche dalle riserve sinistri, somme accantonate dalle imprese per fronteggiare il pagamento futuro dei sinistri denunciati in un dato esercizio e non liquidati subito.

La riserva sinistri viene iscritta a bilancio non sulla base di valori certi, ma stimati dalle imprese; successivamente, tali stime, sulla base della normativa vigente, sono esaminate da un revisore attuariale che ne certifica l'adeguatezza in un'ottica di "sufficienza", sulla quale è tenuto a vigilare anche l'Isvap.

In pratica, la posta di bilancio che incide maggiormente sull'ammontare dei risarcimenti (nel 2001 l'ammontare della riserva sinistri ha rappresentato il 152,1% della raccolta premi), si costituisce sulla base di valutazioni delle imprese, le quali stimano l'ammontare dei pagamenti che prevedono di effettuare in futuro alla luce del contesto attuale di riferimento.

Trattandosi di stime basate su una logica di sufficienza, e quindi di prudenza, è plausibile che, a parità di indennizzo effettivo, tali stime siano tanto più elevate quanto più aleatoria è la valutazione del danno. In questo senso, si può comprendere il motivo per cui la presenza di variabilità nella valutazione del danno incide in modo sensibile sull'ammontare delle riserve e, quindi, sul costo complessivo dei sinistri.

Sono queste le ragioni per cui le problematiche legate alle modalità di risarcimento del danno biologico, analizzate nel capitolo precedente, incidono sul costo complessivo dei sinistri: in presenza di difformità nei criteri di liquidazione adottati dai diversi Tribunali per casi simili, si crea una situazione di incertezza cui le imprese reagiscono appostando a riserva somme più elevate, con effetti negativi sul costo dei sinistri e, quindi, sulla gestione tecnica.

Ciò premesso, è chiaro che la soluzione di uniformare le voci di costo, seppure presenta il vantaggio di contenere l'incertezza nella valutazione dei danni, e quindi gli importi riservati, potrebbe tuttavia, in particolare nel caso dei sinistri con danni a cose, ridurre gli incentivi al contenimento dei costi e così far lievitare gli indennizzi. Infatti, se le imprese sono consapevoli che tutti gli operatori del mercato sopportano gli stessi costi, sono poco incentivate a ridurli, in un contesto in cui la rigidità della domanda consente alle imprese di traslare interamente sui premi eventuali aumenti di costo.

Peraltro, occorre ribadire che l'incertezza riguarda soprattutto i sinistri con danni a persone, liquidati generalmente negli anni successivi a quello in cui si verificano, mentre la maggior parte dei sinistri con danni a cose viene liquidata nello stesso esercizio in cui è effettuata la denuncia. Per questo, mentre appaiono utili iniziative tendenti a diminuire la variabilità dei risarcimenti per i danni alla persona, ad esempio attraverso l'adozione di una tabella unica nazionale per il danno biologico, la decisione di uniformare gli importi di tutte le voci che inci-

dono sul costo delle riparazioni non può trovare giustificazione neppure con l'esigenza di ridurre l'ampiezza delle riserve.

In definitiva, l'aumento della riserva sinistri non necessariamente è indice di peggioramento nell'andamento economico dell'impresa di assicurazione, potendo rappresentare una mera espressione della presenza di maggiore incertezza ovvero di elementi che, secondo le aspettative degli operatori, potrebbero in futuro incidere negativamente sulla gestione tecnica (ad esempio tendenza dei tribunali a riconoscere importi crescenti per talune figure di danno). Parimenti, l'incremento nel costo complessivo dei sinistri, di cui la riserva sinistri costituisce una delle componenti principali, non può essere attribuito interamente all'aumento degli indennizzi.

Alla luce di tali considerazioni, proprio perchè il conto tecnico risulta condizionato dall'aleatorietà delle riserve, per valutare la performance effettiva dell'impresa operante nel ramo RCA potrebbe risultare fuorviante basarsi unicamente su tale conto.

Peraltro, l'analisi della gestione tecnica dovrebbe fornire indicazioni sulla capacità delle imprese di realizzare, in ciascun esercizio, ricavi sufficienti a coprire i costi. A tal fine, si dovrebbero utilizzare esclusivamente dati di competenza per l'esercizio in corso. In realtà, l'informazione riportata nel conto tecnico sul costo dei sinistri include sia dati che dipendono dal valore (stimato) delle riserve sia dati riferiti ad esercizi precedenti. Infatti, il costo dei sinistri riportato nel conto tecnico riguarda gli "oneri relativi ai sinistri"²⁶⁶, voce che include, oltre ai sinistri pagati, la "variazione della riserva sinistri", il cui segno (positivo o negativo) e ammontare dipendono dai valori, stimati, della riserva sinistri²⁶⁷.

La voce "oneri relativi ai sinistri" include: a) i sinistri pagati di competenza; b) le riserve utilizzate per i sinistri di altri esercizi; c) le integrazioni della riserva appostate per far fronte alle insufficienze delle riserve; d) l'incremento delle riserve rispetto all'esercizio precedente. Per un bilancio di competenza occorrerebbe considerare la voce a) (i sinistri pagati) e le voci b) +d) (le riserve di competenza), men-

266. In base dall'art. 48 del D. Lgs. N. 173/97, si tratta degli "importi pagati nell'esercizio per il lavoro diretto e indiretto a titolo di risarcimenti e spese di liquidazione, al netto dei recuperi di competenza e delle quote a carico dei riassicuratori"; "nell'onere dei sinistri è altresì ricompresa la variazione della riserva sinistri al netto delle quote a carico dei riassicuratori";

267. A riguardo si osserva che la riserva sinistri iniziale (l'importo che l'impresa, all'inizio dell'esercizio, stima necessario per effettuare tutti i pagamenti per i sinistri non ancora definiti alla fine dell'anno precedente) deve essere adeguata, alla fine di ogni esercizio, tenendo conto dei pagamenti effettuati nel corso dell'esercizio. L'importo effettivamente pagato per ciascun sinistro riservato può infatti essere uguale, superiore, o inferiore all'ammontare riservato per quel sinistro. L'adeguamento della riserva rappresenta un ulteriore costo per le imprese, che però non dovrebbe essere considerato nel conto tecnico per un determinato anno.

tre c), poiché riguarda esercizi precedenti, non dovrebbe essere incluso. Si tratta, peraltro, di ammontari non marginali (ad esempio nel 1999 la “variazione della riserva sinistri” è stata pari a circa 1.200 miliardi di lire), che, volendo utilizzare il conto tecnico per trarre informazioni sulla performance delle imprese, dovrebbero essere sottratti dalla voce “oneri relativi ai sinistri”²⁶⁸.

Sulla base delle considerazioni predette, è evidente che il conto tecnico, che pur rappresenta un utile strumento per l’analisi di bilancio, è costruito sulla base di regole contabili che in un certo senso “amplificano” il peso effettivo del costo dei sinistri, il cui ammontare complessivo dipende sostanzialmente da poste stimate.

Ciò premesso, nella tabella 8.5 si riporta la sintesi del conto tecnico del ramo RCA per il periodo 1994-2001.

Tabella 8.5 - Il conto tecnico del ramo RCA (milioni di euro)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Premi di competenza	8.123	8.835	9.390	10.281	11.514	12.782	14.048	15.012
Oneri relativi ai sinistri	-8.171	-8.911	-9.811	-10.594	-12.110	-13.248	-13.886	-13.734
Altre partite tecniche	-1	-13	112	-7	-202	-186	-173	-100
Spese di gestione	-1.793	-1.953	-2.165	-2.095	-2.224	-2.422	-2.559	-2.740
Saldo tecnico al lordo della riassicurazione	-1.827	-2.043	-2.474	-2.415	-3.023	-3.073	-2.581	-1.562
Quota dell’utile degli investimenti	947	1.308	1.618	0	1.283	935	1.050	899
Risultato del conto tecnico al lordo della riassicurazione	-880	-735	-857	0	-1.739	-2.138	-1.531	-663
Risultato del conto tecnico al netto della riassicurazione	-689	-555	-746	0	-1.903	-1.905	-1.298	-452

Fonte: Isvap

Degno di nota è il fatto che per la prima volta dopo la liberalizzazione tariffaria, nel 2000 i premi hanno superato gli oneri per i sinistri; tale tendenza appare rafforzata nel corso del 2001. Il risultato è ancora più rilevante se si considera che a partire dal marzo 2000, per un anno, è stato imposto alle imprese un blocco tariffario e che, dal 1998, la riserva sinistri, e tutte le voci che da questa sono

268. La stessa Ania evidenzia che “il rapporto tra gli oneri per sinistri e i premi di competenza [...] differisce dal tradizionale rapporto sinistri a premi, il quale pone a raffronto l’onere per i sinistri avvenuti in un determinato esercizio (pagati e riservati) con i premi di competenza dello stesso esercizio e, quindi, non tiene conto degli oneri derivanti dai sinistri avvenuti in esercizi precedenti”. Ania, L’assicurazione italiana nel 2001.

influenzate, incluso l'onere dei sinistri, hanno subito un aumento progressivo, di natura contabile, a causa dell'entrata in vigore dell'obbligo di appostare le riserve a costo ultimo²⁶⁹. Si osserva inoltre che nel 2001 per la prima volta si registra una flessione negli oneri relativi ai sinistri.

Nonostante tale risultato, il saldo tecnico di ramo nel 2001 resta negativo, a causa delle spese di gestione, che continuano ad aumentare a tassi sostenuti (dal 2000 al 2001 sono aumentate di 181 milioni di). Si osserva poi che nel 2002, per la prima volta, le imprese RCA, secondo quanto si ricava dai dati provvisori di bilancio, dovrebbero registrare un attivo complessivo per quanto concerne il conto tecnico.

Si deve poi considerare che nel 2001 per la prima volta il saldo negativo del conto tecnico del ramo RCA è stato più che compensato dal risultato positivo del conto dell'altro ramo auto CVT. Secondo i dati di fonte Ania, infatti, a fronte di un passivo di 416 milioni di del conto tecnico del ramo RCA, il ramo CVT ha registrato un attivo di 915 milioni di ; pertanto per i rami auto si è registrato un attivo di circa 500 milioni di .

In alternativa al conto tecnico, un utile esercizio per verificare se i ricavi sono sufficienti a coprire i costi potrebbe essere quello di considerare ex post il bilancio delle imprese, prendendo a riferimento solo i pagamenti effettivamente erogati.

Allo scopo sono stati utilizzati i dati Isvap sullo "smontamento" delle riserve²⁷⁰, che permettono di conoscere l'ammontare complessivo degli indennizzi pagati effettivamente in ciascun anno per i sinistri verificatisi in ogni esercizio²⁷¹. Ad esempio,

269. Prima di quella data le riserve erano attualizzate prima di essere iscritte in bilancio. L'attualizzazione della riserva è una tecnica di sconto della posta stimata sulla base dei rendimenti attesi dall'investimento degli attivi a copertura, in funzione della ipotizzata cadenza dei pagamenti nei successivi esercizi. In tal modo si iscrive in bilancio un importo inferiore a quello che si iscriverebbe valutando i sinistri al cosiddetto costo ultimo. Il D. Lgs. n. 173/97, di recepimento della Direttiva 91/674/CEE, ha previsto, per il solo ramo RCA, un periodo transitorio, per scaglionare l'applicazione del criterio del costo ultimo: fino al bilancio 2000, le imprese del ramo RCA potranno scontare le riserve per i sinistri antecedenti al 1997. Per questo, a partire dal 1998, l'onere dei sinistri ha subito un incremento di natura contabile, dovuto alla progressiva iscrizione a bilancio delle riserve a costo ultimo, con un picco nel 2001, anno in cui tutte le riserve residue sono state poste a costo ultimo.

270. Si tratta di serie annuali di dati costruite considerando per ogni esercizio le riserve sinistri appostate all'inizio del periodo, i pagamenti effettuati nel corso del periodo, e le riserve residue alla fine del periodo. Cfr. Isvap, *L'assicurazione auto in Italia: analisi e proposte*, Tabella 4: Evoluzione dei pagamenti e delle riserve sinistri per ciascuna generazione di sinistro. Integrazione (mancata tenuta) della riserva sinistri costituita nell'anno di avvenimento nei successivi anni di pagamento, fino al 31 dicembre 1999. Valori in milioni di lire. L'Isvap ha chiarito, con nota del 25 marzo u.s., che i dati contenuti in tale tabella si riferiscono esclusivamente alle imprese in attività per tutto il periodo considerato. Sono dunque escluse le società che nel periodo considerato sono state poste in liquidazione coatta o in gestione straordinaria.

271. Nell'analisi per indici di bilancio, dal rapporto tra costo dei sinistri pagati e premi incassati si ricava un indice utilizzato per valutare il livello di copertura finanziaria dell'impresa. L'esercizio presentato, che confronta i premi di competenza con i sinistri effettivamente pagati, attiene pertanto più all'attività finanziaria che alla gestione tecnica dell'impresa. In ogni caso, si è ritenuto opportuno inserirlo nella valutazione sulla gestione tecnica proprio per evidenziare i diversi risultati che si ottengono nell'analisi dei costi a seconda che si considerino o meno le riserve tecniche.

per i sinistri che si sono verificati nel 1990, è possibile conoscere l'ammontare dei risarcimenti liquidati nello stesso anno, nell'anno successivo, e così via.

Considerato che per la liquidazione di tutti i sinistri verificatisi in un dato esercizio occorre un certo numero di anni (in 9 anni viene risarcito circa il 99% dei sinistri), l'esercizio proposto presenta due ordini di problemi:

- i) il calcolo deve essere effettuato sulla base del valore attuale;
- ii) le serie storiche sono tronche, nel senso che, prendendo ad esempio il 1995, è possibile esaminare solo ciò che è avvenuto dal 1995 in poi, e quindi, considerato che occorrono oltre 9 anni per risarcire tutti i sinistri verificatisi in un dato esercizio, residua un certo numero di sinistri per i quali non si conoscono ancora i risarcimenti effettivi²⁷².

Le due problematiche sono state affrontate nel modo seguente:

- i) per quanto riguarda il primo aspetto, il valore attuale è stato calcolato sulla base di tre ipotesi differenti: a) prendendo come tasso di sconto l'indice dei prezzi al consumo (fonte Istat); b) utilizzando come fattore di sconto i redditi da investimenti a copertura delle riserve tecniche RCA effettivamente realizzati dalle imprese; c) utilizzando quale possibile benchmark il rendimento dei BTP (fonte Banca d'Italia)²⁷³.
- ii) per superare i problemi derivanti dalla natura tronca delle serie storiche, si è utilizzato, al fine di approssimare il valore degli indennizzi per i sinistri residui, il valore accantonato a riserva nell'ultimo periodo disponibile. Ad esempio, per il 1995 si conoscono i dati sui pagamenti effettuati dal 1995 al 1999, mentre non è ancora noto il valore dei risarcimenti erogati dal 2000 in poi. Si è quindi assunto che l'ammontare della riserva nell'ultimo periodo disponibile (in questo caso il 1999) coincida con i risarcimenti effettivi che saranno erogati in futuro. Tale ipotesi reintroduce il problema dell'aleatorietà delle

272. Si osservi, peraltro, che le imprese potrebbero ottenere elevati benefici economici riducendo i tempi di liquidazione dei sinistri. Un periodo di nove anni, oltre ad incrementare notevolmente il costo del contenzioso, determina un'elevata incertezza circa gli indennizzi futuri e dunque determina la necessità di aumentare le somme poste a riserva.

273. Nel primo caso si è tenuto conto esclusivamente della spesa a lire costanti, negli altri due si è ipotizzato un tasso di sconto intertemporale che includesse un rendimento per la moneta. In relazione alla scelta del tasso di rendimento sui BTP si osserva che la disciplina sugli investimenti a copertura delle riserve tecniche impone una serie di vincoli alla composizione del portafoglio di attività delle imprese. In ogni caso, le imprese possono detenere fino all'85% di attività in titoli di stato; pertanto il rendimento dei BTP costituisce una proxy adeguata del rendimento ottenibile da imprese avverse al rischio.

riserve, che è tanto più rilevante quanto più la serie storica è corta. Per questo l'esercizio è stato condotto fino all'anno 1997, in relazione al quale si dispone dei dati relativi ai pagamenti effettuati nei primi tre anni.

Si deve infine osservare che i dati relativi ai sinistri non tengono conto delle somme recuperate e da recuperare da assicurati e da terzi e, pertanto, sovrastimano i costi effettivi sostenuti dalle imprese.

Tabella 8.6 - Ricavi e costi effettivi a confronto (milioni di lire)

	A	B	C	D	E
	1. Premi di competenza (ISVAP)	2. Costo dei sinistri pagati e riservati	3. Costo dei sinistri pagati in lire costanti	4. Costo dei sinistri pagati attualizzati con proventi imprese	5. Costo dei sinistri pagati attualizzati con rendimento BTP
1990	9.849.626	9.265.270	9.973.327	9.492.177	8.943.150
1991	11.457.626	10.401.356	11.320.790	10.664.624	10.139.787
1992	13.296.791	11.460.127	12.120.208	11.380.474	10.987.812
1993	14.314.979	12.562.023	12.085.506	11.450.313	11.112.008
1994	15.693.410	13.835.640	13.416.335	12.776.035	12.465.638
1995	16.899.297	15.667.069	15.251.040	14.469.065	14.388.393
1996	18.064.875	17.523.424	17.369.859	16.429.238	16.516.823
1997	19.906.331	18.935.054	19.243.507	18.483.859	18.578.581

	F	G	H	I	L
	Rapporto 2/1	Rapporto 3/1	Rapporto 4/1	Rapporto 5/1	Differenza (5-2)
1990	94,1	101,3	96,4	90,8	-322.120
1991	90,8	98,8	93,1	88,5	-261.569
1992	86,2	91,2	85,6	82,6	-472.315
1993	87,8	84,4	80,0	77,6	-1.450.015
1994	88,2	85,5	81,4	79,4	-1.370.002
1995	92,7	90,2	85,6	85,1	-1.278.676
1996	97,0	96,2	90,9	91,4	-1.006.601
1997	95,1	96,7	92,9	93,3	-356.473

Fonte: elaborazioni su dati Isvap

I risultati dell'esercizio sono riassunti nella tabella 8.6, divisa in due parti: nella colonna A si riportano i premi di competenza dell'esercizio di riferimento; in quella B il costo dei sinistri pagati e riservati, come risulta dai dati Isvap sui bilanci delle imprese.

Nelle colonne C, D ed E sono riportate tre misure del costo dei sinistri, sostanzialmente depurate della componente aleatoria rappresentata dalle riserve, trattandosi di sinistri effettivamente pagati. Le misure sono state attualizzate utilizzando come fattore di sconto rispettivamente l'indice dei prezzi al consumo (colonna C, che riporta il costo dei sinistri pagati espressi

in lire costanti - rispetto all'anno di bilancio); i proventi dagli investimenti sulle riserve tecniche (colonna D); e il rendimento dei BTP (colonna E).

Nella seconda parte sono poste a confronto le grandezze sopra elencate: nella colonna F è riportato il rapporto tra il costo totale dei sinistri per ciascuna generazione ed i premi di competenza; il valore di tale rapporto dipende ampiamente dall'ammontare delle riserve, poiché il numeratore è dato dalla somma tra il costo dei sinistri pagati e quello dei sinistri riservati per ciascuna generazione.

Nelle colonne G, H e I sono indicati i rapporti tra costo dei sinistri pagati in lire costanti e premi di competenza, tra costo dei sinistri attualizzati sulla base dei proventi effettivi e premi di competenza, nonché tra costo dei sinistri attualizzati sulla base del rendimento dei BTP e premi di competenza.

La colonna L riporta la differenza tra il costo dei sinistri depurato delle riserve e attualizzato sul rendimento dei BTP e il costo dei sinistri desunto dall'analisi di bilancio.

Come emerge dalla tabella, l'esercizio effettuato consente di ricavare alcune utili indicazioni sulla situazione effettiva delle imprese nel ramo RCA.

Nel periodo 1990-92, il costo dei sinistri pagati e riservati in rapporto ai premi di competenza (colonna F) aveva un valore compreso tra l'86% e il 94%, che risultava inferiore a quello calcolato a lire costanti (colonna G) e superiore a quello stimato scontando i premi con il tasso di rendimento dei BTP (colonna I), ma inferiore a quello ottenuto scontando con i rendimenti effettivi. L'indicazione che emerge è che nei primi anni novanta vi era una certa sottoriservazione, anche se non particolarmente pronunciata. Peraltro, un investimento più redditizio, quale quello permesso dall'acquisto di titoli di Stato, avrebbe consentito alle imprese di compensare tale sottoriservazione²⁷⁴. Inoltre, considerato che l'incidenza delle spese di gestione sui premi in quel periodo era pari a circa il 20%, se ne deduce l'esistenza di perdite, anche se contenute, specie nel 1992²⁷⁵. Si deve però osservare, come mostrato in seguito, che i dati rilevati dal conto consortile per il calcolo della tariffa amministrata forniscono valori sensibilmente inferiori per il periodo 1990-91.

274. Il forte divario rilevato per gli anni 1990 e 1991 tra il costo dei sinistri attualizzato sulla base dei proventi degli investimenti sulle riserve tecniche e quello sulla base del rendimento dei BTP si spiega in gran parte con il forte incremento delle imposte sui redditi immobiliari a seguito della rivalutazione degli immobili avvenuta nel 1991. L'elevata incidenza degli immobili nel portafoglio delle imprese di assicurazione ha determinato in quegli anni una riduzione sensibile dei proventi degli investimenti.

275. Quando, sommando il rapporto costo dei sinistri/premi al rapporto spese di gestione/premi, si ottiene 100, vuol dire che il saldo tecnico è pari a zero (i ricavi sono uguali ai costi totali (costo dei sinistri + spese di gestione). Se si ottiene un valore superiore a 100, come nel caso in esame ($82,6+20=102,6$), il saldo tecnico è in passivo (i ricavi sono inferiori ai costi); chiaramente, maggiore è tale valore, più ampie sono le perdite della gestione tecnica.

Dopo il 1993, primo anno in cui l'accantonamento delle riserve da parte delle imprese viene effettuato nell'ottica di un mercato liberalizzato²⁷⁶, il costo dei sinistri pagati e riservati registra un sensibile incremento, imputabile essenzialmente all'aumento delle riserve. Viceversa, l'ammontare dei pagamenti effettivamente erogati dalle imprese diminuisce a partire dal 1993, come mostra l'andamento del costo dei sinistri a lire costanti (colonna C) e di quelli scontati per il rendimento delle riserve o dei BTP (colonne D e E). E' interessante osservare, inoltre, che la differenza tra costo dei sinistri pagati e riservati e costo dei sinistri attualizzati sulla base del rendimento dei BTP (colonna L) passa da 472 miliardi di lire nel 1992 a 1.450 miliardi di lire nel 1993.

Dal 1995 aumenta anche il costo dei sinistri in lire costanti (colonna C) e il costo attualizzato con i rendimenti (colonne D e E); tale fenomeno è però in larga parte una conseguenza della natura tronca delle serie storiche disponibili.

Nel complesso l'analisi condotta sembra fornire elementi in contrasto con quanto sostenuto generalmente dalle imprese circa l'eccessiva inadeguatezza delle riserve appostate prima della liberalizzazione. In base a questa tesi, tale inadeguatezza sarebbe all'origine degli incrementi nelle riserve e, quindi, nel costo dei sinistri e, in ultima analisi, dei prezzi, quali osservati successivamente al 1994.

Una conferma circa l'adeguatezza delle riserve prima del 1993 sembra invece ricavarsi osservando il valore dei principali indicatori, utilizzati per l'analisi di mercato propedeutica alla determinazione della tariffa Filippi negli ultimi cinque anni di applicazione della stessa (v. tabella 8.7): tra il 1987 ed il 1991, i cui dati di mercato sono stati utilizzati per il calcolo della tariffa Filippi dal 1989 al 1993, il rapporto sinistri a premi di competenza è sostanzialmente stabile, attestandosi intorno all'80%. Le riserve sinistri crescono ad un tasso mediamente superiore al tasso di crescita del costo medio complessivo, e del costo medio riservato.

Il tasso di variazione del premio medio è sostanzialmente analogo a quello del costo medio dei sinistri riservati.

276. Infatti, la liberalizzazione tariffaria è intervenuta nel 1994, anno in cui è stato redatto il bilancio relativo al 1993. Poiché dal 1994 le tariffe non sono più stabilite dal regolatore, le imprese sono libere di stimare le riserve che ritengono opportuno accantonare, senza essere obbligate ad utilizzare il premio puro determinato dal regolatore per fissare i premi finali.

Tabella 8.7 - Gli ultimi 5 anni della tariffa Filippi (milioni di lire)

	1987	1988	1989	1990	1991	Tasso medio di variazione
riserve sinistri	2.581.932	2.697.954	2.958.749	3.194.305	3.687.773	9,32
rapporto sinistri a premi di competenza	0,778	0,795	0,818	0,805	0,797	
costo medio del pagato* e riservato	1.518.953	1.636.540	1.690.679	1.850.997	2.058.551	7,90
costo medio del pagato*	814.662	886.973	944.453	1.042.528	1.115.738	8,18
costo medio del riservato**	2.582.783	2.814.909	2.797.297	2.969.915	3.361.932	6,81
premio medio di competenza	269.864	278.020	292.967	322.307	353.219	6,96

*escluse le spese di resistenza

** compresi i pagamenti parziali, escluse le spese di resistenza

Fonte: elaborazione su dati tratti dalla Relazione della Commissione Filippi, anni 1989-93

c) Le spese di liquidazione

Come già evidenziato, il costo dei sinistri comprende, oltre al costo dei risarcimenti, le spese sostenute per la valutazione e la liquidazione dei sinistri.

Nel periodo compreso tra il 1996 e il 2001 le spese di liquidazione sono aumentate passando rispettivamente da 612 a 784 milioni di (+28,1%) in relazione ai sinistri pagati dell'esercizio e degli esercizi precedenti, e da 685 a 796 milioni di (+16,1%) nel caso dei sinistri pagati e riservati dell'esercizio.

È il caso di ribadire che tale componente del costo dei risarcimenti non può in alcun modo essere considerata completamente esogena alle imprese di assicurazione. Nell'ambito delle spese di liquidazione sono incluse, infatti, tutte le spese sostenute per l'indagine, l'accertamento, la valutazione e la liquidazione dei sinistri²⁷⁷. Sulle diverse determinanti delle spese di liquidazione le imprese possono incidere in modo significativo, adottando comportamenti idonei a ridurre tempi e costi del contenzioso, nonché ad incentivare gli assicurati a non denunciare i sinistri che hanno provocato danni molto lievi.

277. In particolare, "le parcelle dei professionisti o di lavoratori autonomi per prestazioni a favore dell'impresa, nonché specifici compensi agli agenti; i costi per il personale dipendente di sede od esterno, che svolge le funzioni relative alla liquidazione dei sinistri, i costi e le quote di costo per acquisto di beni o di prestazioni di servizi relativi al funzionamento delle unità in cui operava il personale sopra indicato". Cfr. Isvap, L'assicurazione R.C. Auto in Italia: analisi e proposte, p. 65.

8.3 La gestione patrimoniale e finanziaria: i rendimenti finanziari

Come già evidenziato, un'analisi limitata ai soli risultati tecnici sarebbe parziale, in quanto non terrebbe conto dei proventi dell'attività di investimento, che costituisce un tratto essenziale della gestione assicurativa.

L'Isvap sottolinea a riguardo che: *“il contributo della gestione patrimoniale e finanziaria dell'impresa assicurativa, quale investitore istituzionale, è parte integrante del processo economico di assunzione e gestione del rischio. In questa accezione è importante sottolineare che l'insufficienza tariffaria che emerge dal confronto tra le entrate e le uscite di competenza dell'esercizio viene in parte compensata dalla capacità reddituale futura dell'impresa. A causa dell'inversione del ciclo produttivo le imprese acquisiscono liquidità dai premi, la quale, soprattutto per quanto riguarda i rischi con smontamento della relativa riserva a lunga durata, tra cui rientrano i rischi RC auto, non si esaurisce nel ciclo dello stesso esercizio, essendo necessari tempi lunghi per risarcire completamente tutti i sinistri di una certa generazione. Fino a quando le riserve accantonate permangono nel portafoglio dell'impresa, questa dovrà disporre di attività a copertura degli impegni, che genereranno interessi”*²⁷⁸.

168

Per analizzare l'effettivo andamento del ramo RCA occorre quindi esaminare l'evoluzione dei proventi generati dalla gestione patrimoniale e finanziaria, in particolare verificando se i rendimenti finanziari delle imprese sono stati in grado di compensare l'andamento non positivo della gestione tecnica.

Dai dati Isvap emerge che nel periodo compreso dal 1990 al 1996 l'ammontare complessivo dei rendimenti della gestione finanziaria attribuiti al ramo RCA è stato superiore al saldo tecnico, consentendo quindi alle imprese di ottenere risultati di segno positivo²⁷⁹.

Tale analisi, in quanto mostra la capacità delle imprese di fronteggiare i disavanzi della gestione tecnica con i proventi dell'attività di investimento, conferma i risultati dell'esercizio, riportati nella tabella 8.5, condotto sulla base dei dati, forniti dallo stesso Istituto, relativi allo smontamento delle riserve, da cui si evince come, nel periodo esaminato, le imprese siano state in grado di pagare i sinistri generatisi in ciascun esercizio e quindi abbiano potuto disporre di riserve adeguate.

278. Isvap, L'assicurazione R.C. auto in Italia: analisi e proposte, § 2.1

279. Si veda il grafico 13, p. 76, L'assicurazione R.C. auto in Italia: analisi e proposte. Si noti che l'analisi non tiene conto delle spese generali di competenza.

Nel 1997 i proventi netti ordinari e straordinari non sono stati in grado di compensare l'evoluzione del conto tecnico, a causa di una contrazione dei primi unita ad un incremento nei secondi.

A partire dal 1998 i dati non sono più direttamente confrontabili a causa della nuova normativa sulle modalità di redazione del bilancio d'esercizio. Tra l'altro, tale normativa prevede l'iscrizione a bilancio delle riserve valutate a costo ultimo, determinando così un incremento, di origine contabile, nel costo dei sinistri; pertanto, *ceteris paribus*, dal 1998 l'ammontare dei proventi dell'attività di investimento necessario a compensare l'andamento della gestione tecnica risulta inevitabilmente più elevato.

Sul descritto andamento della gestione finanziaria hanno influito ovviamente i tassi di rendimento sugli *assets* che compongono il portafoglio dell'impresa di assicurazione.

Nel periodo esaminato detti tassi hanno mostrato un andamento decrescente²⁸⁰.

In merito alla struttura del portafoglio delle imprese di assicurazione, vale osservare che l'attività di investimento a copertura delle riserve tecniche è sottoposta ad una serie di vincoli normativi²⁸¹, in un'ottica di tutela delle stesse, che rappresentano gli impegni assunti dall'impresa di assicurazione verso gli assicurati. Per questo, il regolatore ha previsto quote massime relative a ciascuna tipologia di investimento, limitando la discrezionalità delle imprese di assicurazione nell'attività di *asset management*.

8.4 La gestione economica: gli utili

Per comprendere la *performance* effettivamente realizzata nel ramo RCA non si può prescindere dalla considerazione che le imprese assicurano contemporaneamente rischi differenti.

280. A titolo di esempio si osserva che nel 1991 il tasso di rendimento medio annuo dei BTP era pari al 13,14%, nel 1992 ha raggiunto un massimo del 13,59%, per poi scendere costantemente fino al 1999, anno in cui ha raggiunto un minimo del 4,71%, per poi risalire di circa un punto nell'anno successivo. Nel 2001 il tasso dei BTP è di nuovo sceso al 5,17%. Fonte: Banca d'Italia, Relazione Annuale anno 2001.

281. Per i rami danni, si vedano il Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 174 ed il Decreto Legislativo 19 marzo 1996, n. 206, nonché il provvedimento Isvap 30 gennaio 1996, n. 148.

Pertanto, oltre alla mutualità che caratterizza l'offerta di coperture relative al medesimo rischio - per cui gli utenti meno rischiosi pagano un premio più elevato di quello corrispondente alla loro rischiosità effettiva, compensando così gli utenti più rischiosi, che pagano un premio inferiore - possono aversi anche forme di mutualità di tipo "orizzontale", nel senso che un'impresa potrebbe scegliere di sopportare perdite in relazione ad un dato rischio, sussidiandole con gli introiti ricavati dalla copertura di altri rischi.

Per questo, è essenziale considerare l'andamento della gestione economica complessiva, relativa all'intera attività dell'impresa di assicurazione, piuttosto che limitarsi all'analisi dei conti tecnici che, come già illustrato, forniscono indicazioni soprattutto in merito all'efficienza nella gestione tecnica dei diversi rami e non sulla redditività complessiva.

L'analisi degli indicatori economici di bilancio presenta, come è noto, diversi problemi legati al fatto che la redazione del bilancio di esercizio risponde ad esigenze specifiche, solo in parte coincidenti con la finalità di fornire un quadro oggettivo della situazione di un'impresa.

Nel caso delle imprese di assicurazione, tali problemi risultano ulteriormente acuiti sia per le specificità del bilancio, sia a causa della natura stimata delle principali voci di costo²⁸². È superfluo ricordare che un aumento nell'ammontare delle riserve, comunque motivato, determina automaticamente una riduzione degli utili.

Oltre alle problematiche accennate, valutare il risultato economico delle imprese attive nel ramo RCA si rivela particolarmente complesso, poiché, come già evidenziato, mentre accanto al conto tecnico dell'intero settore danni, ogni impresa è tenuta a predisporre conti tecnici separati per ramo di attività, il conto economico è unico. Pur esistendo specifiche disposizioni normative che stabiliscono le modalità per il calcolo della quota dell'utile da imputare a ciascun ramo, nulla

282. Di tali problematiche sono ben consapevoli gli operatori del settore i quali affermano che "premissa indispensabile ai fini di una corretta analisi è la valutazione dell'attendibilità e dell'espressività del bilancio oggetto di analisi. Alcuni studiosi considerano insufficiente e poco attendibile il contenuto informativo del bilancio d'esercizio destinato a pubblicazione (e conseguentemente delle analisi quantitative da esso derivabili); è infatti evidente che il bilancio non può considerarsi uno strumento di informazione oggettivo in senso assoluto, essendo presenti in esso poste stimate, espressive di processi in corso di attuazione al momento della chiusura d'esercizio, come è indubbio che i dati di bilancio subiscano l'influenza delle politiche di bilancio degli amministratori delle società". (Gismondi-Curti-Di Gregorio, prefazione di Desiata, Il bilancio delle imprese di assicurazione, edizioni Il Sole 24 Ore, 1999).

osta all'adozione di forme di mutualità orizzontali; la mera eventualità che le imprese possano subsidiare alcuni rischi a spese di altri, impedisce di trarre dal conto economico chiare indicazioni sui margini di profitto ottenibili dal ramo RCA. Ad esempio, un'impresa che ricavasse forti perdite dal ramo RCA potrebbe compensare tali perdite con gli extraprofitti di altri rami e mostrare comunque un saldo economico di segno positivo.

I dati aggregati sul conto economico sono quindi inadatti a trarre indicazioni sulla redditività del ramo RCA: essi indicano il valore medio della redditività dell'intero settore, calcolato su tutte le imprese attive nel settore, senza tenere conto della diversa incidenza che hanno i premi RCA sulla raccolta premi complessiva di ogni impresa.

Allo scopo di trarre indicazioni più puntuali sul ramo RCA, sono stati presi in esame i bilanci delle imprese specializzate nel settore dell'assicurazione auto. In particolare, per il quadriennio 1998-2001, sono state analizzate la SAI, società leader nel settore auto per raccolta premi²⁸³, un'impresa di tipo tradizionale specializzata nei rischi auto, Sara Assicurazioni, controllata dall'ACI, e due compagnie di vendita diretta, costituite dopo la liberalizzazione, attive esclusivamente nei rami auto.

L'analisi, i cui risultati sono riassunti nella tabella 8.8, mostra che tali imprese realizzano risultati positivi, in alcuni casi particolarmente importanti.

Ad esempio Sara, che opera quasi esclusivamente nel settore auto, presenta utili elevati, con un ROE addirittura pari al 22,26% nel 1998.

Per quanto riguarda le imprese di vendita diretta si osserva che Genertel, attiva dal 1994, ha raggiunto nel 1999 il break-even e già a partire dal 2000 mostra un ROE superiore al 4%. Lloyd 1885 (ora Genialloyd) è entrata più tardi nel mercato e non ha ancora raggiunto l'equilibrio, anche se le perdite vanno riducendosi annualmente.

Esaminando i bilanci delle imprese citate emerge, inoltre, un'indicazione interessante anche in relazione alla gestione tecnica, dalla quale risulta che alcune imprese sperimentano risultati positivi anche in merito a tale aggregato.

283. Per quanto riguarda Sai occorre tener conto che tale impresa opera anche nel settore vita.

Tabella 8.8 - La performance delle imprese specializzate nel settore auto

	SAI	Sara	Genertel	Lloyd 1885
GRADO DI SPECIALIZZAZIONE				
Quota premi raccolti nel settore auto	74,21	88,31	92,24	95,06
Quota premi raccolti nel ramo RCA	61,16	76,24	79,29	82,09
CONTO TECNICO 2001 (mgl di €)				
Premi di competenza	2.141.412	637.278	108.806	54.539
Oneri relativi ai sinistri	1.775.412	532.729	93.622	48.604
<i>di cui</i>				
<i>Importi pagati</i>	1.480.406	442.196	55.962	35.054
<i>Variazione dei recuperi</i>	-34.717	-10.482	-1.022	-180
<i>Variazione della riserva sinistri</i>	329.723	101.015	38.682	13.729
Risultato del conto tecnico dei rami danni	-38.547	1.160	1.788	-7.826
CONTO NON TECNICO 2001				
Risultato prima delle imposte	147.545	24.038	2.318	-5.752
INDICI DI EFFICIENZA (rami danni)				
Combined ratio				
1998	106,46	98,44	117,05	261,59
1999	105,04	104,96	112,14	166,67
2000	103,13	100,76	105,30	135,48
2001	105,14	104,46	99,55	119,51
Loss ratio				
1998	83,28	77,51	90,09	85,41
1999	82,20	84,04	88,17	95,74
2000	80,61	80,35	89,87	100,61
2001	82,91	83,60	86,04	89,12
Paid loss ratio				
1998	75,12	69,06	41,77	36,29
1999	75,70	72,72	49,34	54,23
2000	69,01	67,81	47,58	49,82
2001	67,51	67,74	50,49	63,94
INDICI DI REDDITIVITÀ				
ROE				
1998	4,86	22,26	n.d.	n.d.
1999	7,77	17,74	0,49	n.d.
2000	4,89	10,76	4,01	n.d.
2001	11,16	7,72	4,33	n.d.

Legenda: Combined ratio = (sinistri di competenza + spese di gestione)/premi di competenza

Loss ratio = sinistri di competenza/premi di competenza

Paid loss ratio = (sinistri pagati + variazione dei recuperi)/premi di competenza

ROE = Utile d'esercizio/patrimonio netto

Fonte: elaborazioni su dati Cerved

8.5 Conclusioni

L'analisi dei risultati di gestione delle imprese RCA dalla liberalizzazione in poi consente di trarre alcune significative conclusioni.

In merito alla gestione tecnica, si osserva che le spese di gestione hanno di fatto replicato la dinamica dei premi, aumentando in modo sostanziale nel periodo esaminato. In particolare, l'importanza crescente, sia in termini assoluti che relativi, delle spese di vendita, è l'inevitabile conseguenza di un sistema distributivo particolarmente rigido, su cui la liberalizzazione non ha in sostanza inciso.

Il costo dei sinistri mostra un trend continuamente crescente, a cui sembrano aver contribuito in modo significativo: i) gli accordi stipulati dalle imprese RCA per standardizzare la valutazione dei danni a cose (il costo dei risarcimenti per i sinistri con danni a cose è infatti aumentato sensibilmente nel periodo in esame); ii) l'incertezza sui risarcimenti spettanti nel caso dei sinistri con danni a persone, che ha condotto le imprese RCA a stime particolarmente prudenti dell'ammontare delle riserve, con effetti inflattivi sul costo complessivo dei sinistri.

Per altro verso, dal confronto tra premi pagati e risarcimenti effettivamente erogati, per il periodo 1990-1997, non emergono indicazioni circa un'eccessiva inadeguatezza delle riserve nel periodo antecedente la liberalizzazione, inadeguatezza che avrebbe potuto, in parte, giustificare il rilevante incremento subito da tale posta di bilancio dal 1994 in poi, ed il conseguente aumento nel costo dei sinistri.

Infine, anche l'ultima componente del costo dei sinistri, le spese di liquidazione, è aumentata, dal 1996 al 2001, di circa il 30%.

Non va peraltro trascurato che le innovazioni introdotte nella normativa sui bilanci a partire dal 1998, oltre a rendere più difficile il confronto tra i dati dei diversi esercizi, hanno prodotto un aumento, di natura contabile, del costo dei sinistri, che può essere stato utilizzato dalle imprese per giustificare i forti incrementi tariffari registrati negli ultimi anni.

L'insieme di tali fattori è alla base del continuo incremento degli "oneri relativi ai sinistri", la voce del conto tecnico che, in quanto riassume i costi dei risarcimenti, è influenzata sia dall'andamento delle diverse componenti del costo dei sinistri pagati sia dall'evoluzione delle poste stimate, vale a dire le riserve.

A tale incremento, come è noto, si è affiancato un analogo andamento dei ricavi (premi di competenza), che sono aumentati costantemente dal 1994 in poi.

Degno di nota è il fatto che a partire dal 2000, i premi di competenza sono stati superiori agli oneri dei sinistri. Nel 2001, poi, il passivo del conto tecnico del ramo RCA è stato più che compensato dall'attivo dell'altro ramo auto (CVT);

nel complesso il conto tecnico per i rami auto è stato positivo per circa 500 milioni di . Infine, nel 2002 i dati provvisori di bilancio mostrano un risultato positivo del conto tecnico anche per la sola RCA e ciò dovrebbe far venir meno ogni giustificazione per ulteriori aumenti tariffari.

Per quanto riguarda la gestione finanziaria, dal 1990 al 1996 i proventi dell'attività di investimento hanno compensato il saldo negativo della gestione tecnica, consentendo alle imprese di ottenere una redditività di segno positivo; nel 1997, i proventi netti dell'investimento sono diventati inferiori al saldo tecnico. È importante sottolineare che tale andamento non dipende solo dalla progressiva diminuzione dei tassi di interesse, che ha provocato una contrazione dei guadagni nella gestione finanziaria, ma anche dalla continua crescita del costo dei sinistri, che ha fatto aumentare ininterrottamente le perdite del conto tecnico. Peraltro, proprio il contesto di bassi tassi di interesse in cui le imprese si trovano a dover operare dovrebbe costituire un incentivo ulteriore per le stesse ad intervenire dal lato dei costi, al fine di mantenere un'adeguata redditività.

Sul fronte della redditività l'analisi condotta offre interessanti spunti di riflessione: i dati aggregati di mercato indicano il valore medio della redditività dell'intero settore danni, calcolato senza tenere conto della diversa incidenza dei premi RCA sulla raccolta premi totale di ogni impresa. Tali indicatori non sono quindi idonei a valutare la redditività del ramo RCA. Per questo, si è preferito esaminare i bilanci di singole imprese specializzate in tale ramo. Tali imprese, nel quadriennio 1998-2001, mostrano utili positivi, buoni valori degli indici di redditività e, spesso, un conto tecnico in attivo.

9. Il risarcimento dei danni: spunti di riflessione dall'esperienza internazionale

9.1 Premessa

Nei capitoli precedenti sono state evidenziate le principali anomalie del mercato RCA italiano per quanto concerne l'evoluzione dei prezzi e dei costi. In particolare, dai capitoli 7 e 8 è emerso come il sistema adottato dalle imprese italiane per la gestione degli indennizzi sia caratterizzato da talune disfunzioni che hanno condotto ad una forte lievitazione dei costi. Le imprese hanno potuto, per le ragioni esaminate nel corso dell'indagine, traslare tale aumento dei costi sui premi finali, i quali, come illustrato nel capitolo 6, presentano una dinamica del tutto peculiare nel panorama internazionale.

Tra le cause principali di tale anomalia sembrano esservi le possibili distorsioni derivanti dai meccanismi di indennizzo adottati dalle imprese italiane RCA, nonché, soprattutto nel caso dei danni a persona, l'elevato contenzioso e le problematiche associate alla valutazione e liquidazione del danno.

Di seguito, si propone un esame di alcune esperienze internazionali, al fine di verificare se esistono strumenti in grado di incidere su dette distorsioni.

In via preliminare si osserva che nella generalità dei Paesi è previsto che il responsabile di un sinistro stradale sia tenuto al risarcimento dei danni provocati a terzi. Per garantire ciò, di regola sono previste assicurazioni di responsabilità civile obbligatoria, riconoscendo finalità sociale alla tutela dei danneggiati²⁸⁴;

284. In Italia, l'obbligatorietà della copertura, sancita dalla legge n. 990/69 e successive modificazioni, è stata introdotta in attuazione della Convenzione di Strasburgo del 1959 mirante a tutelare i diritti delle vittime di incidenti stradali. La maggior parte dei Paesi ha preferito l'adozione di forme di assicurazione di responsabilità in luogo dell'assicurazione diretta del danno, in quanto le prime consentono di liberare il responsabile, impedendo azioni surrogatorie da parte dell'impresa di assicurazione nei confronti di quest'ultimo. Nei Paesi comunitari, la Seconda Direttiva del Consiglio 30 dicembre 1983, 84/5/CEE, *concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri in materia di assicurazione della responsabilità civile risultante dalla circolazione di autoveicoli* (in GUCE 11 gennaio 1984 n. L8), stabilisce importi minimi per i massimali RCA mentre la Terza Direttiva del Consiglio 14 maggio 1990, 90/232/CEE, *relativa al ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri in materia di assicurazione della responsabilità civile risultante dalla circolazione di autoveicoli* (in GUCE 19 maggio 1990 n. L129), prevede la costituzione di un fondo di garanzia per consentire il rimborso dei danni qualora il sinistro sia stato cagionato da veicolo non identificato o assicurato presso un'impresa di assicurazione insolvente perché assoggettata a liquidazione coatta amministrativa.

le eccezioni più rilevanti sono rappresentate da alcuni Paesi anglosassoni dove non è previsto tale obbligo oppure la copertura di tali rischi viene realizzata da forme di assicurazione diretta.

Come già osservato nel capitolo 7, il contratto di assicurazione della responsabilità civile si connota per l'instaurazione di un rapporto a tre: contraente, impresa di assicurazione e danneggiato. Nel caso della RCA, in ragione del numero elevato di sinistri che la caratterizzano, tale rapporto a tre può incentivare comportamenti opportunistici sia da parte del danneggiato, che tende a sovrastimare i danni subiti, sia da parte dei soggetti cui egli si rivolge per la riparazione del veicolo o per le cure mediche, visto che non è la vittima né la sua impresa di assicurazione a doverne sopportare le spese. Tali comportamenti sono indotti anche dal fatto che l'impresa non può stipulare contratti incentivanti dal momento che i soggetti che possono avere comportamenti di *moral hazard* (danneggiato, carrozzieri, medici, ecc.) non sono parte del rapporto contrattuale con l'impresa di assicurazione; qualora l'impresa volesse effettuare controlli diretti in relazione a ciascun sinistro dovrebbe sopportare costi di *monitoring* eccessivamente elevati per la maggior parte degli indennizzi. Ciò tende a produrre un contenzioso elevato e lunghi tempi di liquidazione, nonché elevatissimi costi di transazione, per raggiungere un accordo sull'entità del risarcimento.

In sostanza, il costo dei sinistri dipende da una serie di elementi su cui le imprese operanti nei vari Paesi hanno cercato di incidere con strumenti diversi: i) l'ampiezza della garanzia offerta; ii) l'esistenza di fenomeni di *moral hazard*; iii) i costi di transazione; iv) il grado di contenzioso.

Per quanto riguarda il primo aspetto, è evidente che esiste un *trade-off* tra ampiezza della garanzia e costo dei sinistri. In questo senso, è possibile per l'impresa di assicurazione ridurre il costo finale dei sinistri offrendo coperture parziali, ad esempio introducendo contratti con franchigia che non coprono i sinistri al di sotto di un certo importo (ovvero permettono all'impresa di rivalersi sull'assicurato per l'ammontare previsto dalla franchigia), oppure fissando un tetto ai risarcimenti (massimali), ovvero riconoscendo l'indennizzo solo per alcune tipologie di danno²⁸⁵. Si tratta di problematiche attinenti il tipo di contratto o le scelte del legislatore in materia di sicurezza sociale che non investono materie di rilievo antitrust e dunque esulano dagli obiettivi della presente indagine.

285. Alcuni Paesi hanno perseguito la riduzione dei premi per l'assicurazione auto riducendo progressivamente l'ampiezza della garanzia. Esempio a riguardo è il caso dell'Ontario, dove l'assicurazione auto riguarda solo i danni non coperti da altre forme assicurative, ad es. quelle offerte dai datori di lavoro per le spese sanitarie.

Per incidere sugli altri aspetti, nei vari Paesi sono stati adottati meccanismi di indennizzo idonei a rimuovere il rapporto di terzietà connaturato con la RCA, efficaci soprattutto nel caso dei danni a cose, nonché strumenti in grado di agevolare la valutazione del danno a persone e dunque di ridurre l'elevato contenzioso associato a tale tipologia di danno.

9.2 Criteri di classificazione dei sistemi assicurativi: responsabilità e modalità di indennizzo

I due principali criteri in base ai quali è possibile classificare i sistemi assicurativi sono:

- 1) il ricorso o meno a sistemi di copertura della responsabilità civile;
- 2) l'individuazione della compagnia di assicurazione che deve provvedere al risarcimento del danno.

In relazione al primo criterio, è possibile effettuare una ripartizione dei sistemi di assicurazione in due grandi categorie: *a)* sistemi di copertura della responsabilità civile, in base ai quali il soggetto che ha diritto al rimborso delle perdite per danni a cose o persone è esclusivamente la vittima dell'incidente²⁸⁶; *b)* sistemi che prevedono il risarcimento a favore del danneggiato a prescindere dalla responsabilità di quest'ultimo (c.d. *no-fault*).

Il secondo criterio consente, invece, di distinguere tra: *c)* sistemi assicurativi basati sull'indennizzo "diretto" in cui il soggetto danneggiato viene sempre risarcito dalla propria compagnia di assicurazione; e *d)* sistemi assicurativi basati sull'indennizzo "indiretto", in base ai quali la vittima viene rimborsata dalla compagnia di assicurazione del soggetto responsabile. Nel primo caso, vi è un rapporto diretto tra l'assicurato, che paga il premio e riceve l'eventuale indennizzo, e la propria compagnia di assicurazione; nel secondo caso, invece, come già evidenziato, il rapporto si instaura su tre lati: il danneggiato, che riceve l'indennizzo, il

286. In tale categoria rientrano sia i sistemi basati sulla responsabilità per colpa (*tort system* nella terminologia anglosassone), come quelli esistenti nel Regno Unito, in Portogallo, nei Paesi Bassi e in numerosi Stati Usa, sia i sistemi dove la responsabilità è di tipo oggettivo, come Austria, Danimarca, Germania e Italia. Con riferimento all'Italia, l'articolo 2054 del codice civile prevede: "Il conducente di un veicolo senza guida di rotaie è obbligato a risarcire il danno prodotto a persone o a cose dalla circolazione del veicolo, se non prova di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno. Nel caso di scontro tra veicoli si presume, fino a prova contraria, che ciascuno dei conducenti abbia concorso ugualmente a produrre il danno subito dai singoli veicoli."

responsabile dell'incidente, che è colui che paga il premio, e la compagnia di assicurazione di quest'ultimo, che provvede alla liquidazione del danno.

È evidente che i sistemi caratterizzati da un meccanismo di indennizzo indiretto delle perdite sono necessariamente sistemi di responsabilità civile, in quanto la circostanza che a pagare i danni sia un soggetto “terzo” implica che non si possa prescindere dall'individuazione del responsabile dell'incidente, titolare della polizza assicurativa. Tuttavia, non è sempre vero il contrario, nel senso che, come emerge dall'esperienza internazionale, è possibile coniugare sistemi assicurativi di responsabilità civile con forme di copertura diretta delle perdite.

Per altro verso, i sistemi *no-fault* devono necessariamente basarsi su meccanismi di indennizzo diretto²⁸⁷.

Di seguito vengono analizzate le principali caratteristiche dei diversi sistemi assicurativi, soffermandosi su alcune applicazioni concrete, al fine di evidenziare possibili soluzioni ai problemi di *moral hazard*, dei costi di transazione e del contenzioso, nonché verificare le implicazioni dei vari sistemi sotto il profilo antitrust.

9.3 Sistemi assicurativi a confronto²⁸⁸

Il sistema di responsabilità civile con indennizzo indiretto

Il sistema di responsabilità civile ad indennizzo indiretto presenta una serie di vantaggi, che possono essere sintetizzati nel seguente modo:

- il concetto di “responsabilità” soddisfa il comune sentimento delle persone coinvolte in incidenti stradali;
- nella misura in cui il sistema si accompagna a meccanismi di *experience rating* (es. bonus/malus), colui che causa l'incidente è doppiamente penalizzato: deve sostenere le spese relative ai danni che ha subito per propria responsabilità ed è soggetto ad un aumento del premio assicurativo. Ciò dovrebbe costituire un incentivo all'adozione di una guida prudente;

287. È evidente che nei sistemi *no-fault* modificati, dove coesiste accanto al *no-fault* anche il *tort-system*, parte dell'indennizzo è sicuramente diretto, mentre una parte, quella legata al superamento dei massimali del *no-fault*, può essere anche di tipo indiretto.

288. Buona parte delle informazioni contenute nel seguito sono tratte da Gardner D. et al. (1998).

- risultano immediatamente tutelati anche soggetti non assicurati come pedoni e ciclisti, senza dover ricorrere ad altre forme di copertura (assicurazione infortuni o fondi di garanzia).

Come già evidenziato, nella responsabilità civile con indennizzo indiretto si produce un'alterazione del sistema di incentivi che può condurre ad esiti indesiderati sotto il profilo concorrenziale e dell'efficienza produttiva.

Si ricorda infatti che, per la natura stessa del sistema, il soggetto cui spetta l'indennizzo, ovvero il beneficiario del servizio assicurativo, è diverso dal contraente la polizza.

Per il contraente, dunque, la polizza è solo un requisito necessario per circolare e il premio viene percepito come il corrispettivo per la traslazione del rischio nella massa di assicurati gestita dall'impresa di assicurazione, senza che da essa venga erogato alcun altro servizio.

Per l'impresa assicuratrice, invece, l'ammontare del risarcimento non è correlato alle caratteristiche del proprio assicurato, ma a quelle del danneggiato, di cui essa non sa nulla prima del sinistro. L'ammontare dei risarcimenti, cioè la principale voce di costo dell'impresa assicuratrice, risulta così determinato in gran parte dalle caratteristiche del danneggiato e dalle sue scelte riguardo alle riparazioni del veicolo e alle cure mediche da corrispondere. L'impresa può soltanto tentare di ridurre la probabilità di dover effettuare indennizzi, ad esempio stipulando polizze con guidatori più prudenti e quindi contenendo così l'entità del costo atteso, mentre incontra maggiori difficoltà a ridurre l'ammontare del risarcimento.

Lo svantaggio informativo dell'impresa che deve risarcire il danno incentiva comportamenti di *moral hazard*, volti a sovrastimare l'entità dei danni subiti e, di conseguenza, del risarcimento. Nel caso di danni a cose, il danneggiato e/o il carrozziere potranno far riparare danni preesistenti all'incidente o scegliere modalità di riparazione particolarmente costose. Nel caso di danni a persone, si potranno gonfiare le spese mediche, sovrastimare le capacità lavorative perse permanentemente, nonché esagerare i disagi temporanei (strappi muscolari ecc. e, in generale, tutti i pregiudizi rientranti nella categoria del "danno biologico").

Tutto ciò induce ad un incremento dell'entità dei risarcimenti che eccede quella effettivamente dovuta e genera elevati costi di transazione per il solo fatto che sia l'impresa che l'assicurato sono costretti a contrattare con soggetti estranei; sicché aumenta il rischio di contenzioso perché l'impresa sarà indotta a ritenere

che il risarcimento chiesto dal danneggiato sia eccessivo mentre il danneggiato cercherà di ottenere al contrario il risarcimento più elevato possibile, ritenendo insufficiente l'offerta dell'impresa.

Dal punto di vista concorrenziale, la responsabilità civile con indennizzo indiretto riduce gli incentivi alla concorrenza tra le imprese, in quanto: i) vi è scarso interesse ad intervenire sulla qualità del servizio di liquidazione, poiché i benefici del miglior servizio offerto da un certo assicuratore saranno goduti dai clienti di altre imprese assicuratrici; ii) le imprese non possono offrire ai propri assicurati contratti che li incentivino a chiedere forme di risarcimento meno costose. Ciò, oltre a ridurre la possibilità di controllo dei costi, limita la differenziazione dell'offerta quanto a servizi resi. Inoltre, per ridurre i costi del contenzioso, le imprese potrebbero cercare di individuare in comune livelli di risarcimento che possono essere ritenuti adeguati al pregiudizio subito effettivamente dal danneggiato e considerati accettabili da quest'ultimo (e da un eventuale giudice in caso di contenzioso); ciò genera scambi di informazioni e accordi per la definizione dei risarcimenti, con potenziale omogeneizzazione dei costi sostenuti dalle compagnie e, quindi, delle loro condotte commerciali.

Per ridurre le distorsioni insite nella responsabilità civile auto con indennizzo indiretto, in Italia le imprese hanno intrapreso una serie di iniziative, in particolare introducendo la convenzione CID che prevede il risarcimento diretto dei danni per una data categoria di sinistri.

In realtà, come evidenziato nel capitolo 7, tale meccanismo non si è rivelato adeguato a correggere dette disfunzioni. La convenzione è infatti applicabile solo ad un sottoinsieme di sinistri (danni a cose per i quali vi sia l'immediata attribuzione di responsabilità, con riferimento a sinistri avvenuti tra due veicoli, esclusi ciclomotori e veicoli agricoli), per cui l'impresa saprà di essere tenuta al risarcimento diretto solo successivamente al verificarsi del sinistro e non sarà quindi in grado di proporre ai propri assicurati contratti che li incentivino a scegliere forme di risarcimento meno costose per l'impresa (ad esempio, la riparazione diretta del veicolo presso un carrozziere di fiducia dell'assicuratore in luogo dell'indennizzo monetario, oppure l'uso di parti di ricambio non originali ma certificate come equivalenti). Inoltre, i costi dell'indennizzo non gravano sul soggetto che in definitiva li sosterrà, la compagnia di assicurazione del danneggiato, bensì sulla compagnia del danneggiante, che è chiamata a compensare integralmente la prima. Tale compensazione tra imprese viene tra l'altro determinata *ex post*, in ragione dei costi effettivamente sostenuti dall'impresa, stabiliti in base ai valori massimi previsti dall'accordo Ania/carrozziere. L'impresa non ha quindi alcun

incentivo a contenere i costi del risarcimento al proprio assicurato, dal momento che otterrà comunque dalla compagnia del danneggiante l'integrale importo già corrisposto al danneggiato.

Il sistema CID determina inoltre un notevole aumento dei costi di transazione, in quanto le imprese, oltre a determinare in comune l'entità del risarcimento riconosciuto per ciascun sinistro, devono scambiarsi informazioni puntuali per ogni sinistro indennizzato, al fine di permettere l'effettiva compensazione e gli eventuali conguagli. Ciò produce effetti negativi anche sotto il profilo *antitrust*.

Il meccanismo italiano è in grado di incidere solo in modo marginale sull'ampiezza del contenzioso: tramite la convenzione CID vengono liquidati direttamente numerosi sinistri sui quali le stesse parti hanno raggiunto un accordo sull'attribuzione di responsabilità; tuttavia ciò non vale ad eliminare il contenzioso per tutti i sinistri: va ricordato, infatti, che il contenzioso riguarda di regola i sinistri con danni di importo elevato, in genere non coperti dalla convenzione CID.

In definitiva, gli elementi correttivi introdotti dalle imprese italiane, invece di incidere sulle possibili distorsioni derivanti dalla responsabilità civile con indennizzo indiretto nel settore auto, potrebbero aver generato una tendenza interna del sistema ad accettare incrementi dei costi anche elevati, in quanto le condizioni concorrenziali attenuate permettono di traslare sui premi i maggiori oneri.

Il sistema no-fault

I principali vantaggi del sistema *no-fault* si correlano all'utilizzo di un meccanismo di indennizzo diretto. Inoltre, si deve considerare che nei Paesi che hanno adottato i meccanismi *no-fault* tale sistema si accompagna ad un criterio di indennizzo automatico e forfetario stabilito *ex-ante*, nel senso che l'assicurato conosce esattamente l'ammontare del risarcimento dovuto in caso di sinistro. Ciò riduce drasticamente il contenzioso. In effetti tale sistema è stato introdotto in numerosi Stati Usa proprio in alternativa al c.d. *tort system*, il quale è caratterizzato da un elevatissimo contenzioso che dipende anche dalla prassi americana di remunerare gli avvocati in modo proporzionale al risarcimento che questi riescono ad ottenere. Gli effetti di riduzione del contenzioso associati al *no-fault* sono particolarmente evidenti nei Paesi che hanno adottato il cosiddetto *no-*

fault puro, ad esempio il Quebec²⁸⁹, ove è espressamente inibito alle vittime di un sinistro il ricorso al giudice per il riconoscimento di danni ulteriori rispetto a quelli stabiliti *ex-ante*. Viceversa, negli altri Paesi che hanno adottato forme di *no-fault* modificato, principalmente alcuni Stati Usa, gli effetti sul contenzioso sono minori in quanto è comunque garantita in modo più o meno ampio la possibilità di ricorrere in giudizio per il riconoscimento di danni ulteriori (per tale ragione tali sistemi vengono definiti come *no-fault* modificato).

Passando all'analisi dei vantaggi sotto il profilo di controllo dei costi associati al *no-fault*, si osserva che questi sono riconducibili alla circostanza che, a differenza di quanto avviene per l'indennizzo indiretto, in questo caso si instaura un rapporto diretto tra assicurato e assicuratore. In particolare:

- il premio diviene il corrispettivo di un servizio ricevuto; l'assicurato potrà comparare l'ammontare del premio richiesto con la prestazione offerta dall'assicuratore, in termini di equità del risarcimento e rapidità dell'accertamento e della liquidazione del danno; avrà, quindi, un maggiore incentivo a ricercare l'assicuratore che offre il rapporto premio/qualità migliore;
- l'assicuratore riduce drasticamente l'incertezza al momento della determinazione del proprio fabbisogno; infatti, la conoscenza delle condizioni dei veicoli, dei soggetti che si assicurano e della loro storia, permette una stima molto più precisa dell'esposizione al rischio e riduce quindi la necessità di carichi di sicurezza; inoltre, poiché l'entità dei risarcimenti è più facilmente quantificabile, si riduce l'ammontare delle riserve sinistri. Tutto ciò dovrebbe comportare effetti benefici sull'entità dei premi;

289. In questa provincia del Canada esistono due sistemi separati per il risarcimento per i danni a cose e per i danni a persone. Il sistema *no-fault* si applica ai sinistri con danni alle persone, mentre per i danni a cose si applica il "*principe de l'indemnisation directe basée sur la faute*". Il risarcimento è garantito in misura forfetaria, sotto forma di rendita non tassabile, rivalutata annualmente in relazione all'evoluzione delle condizioni dell'assicurato, e stabilita dalla *Société de l'assurance automobile du Québec*, organismo pubblico incaricato di gestire il sistema. Gli indennizzi così stabiliti sono in grado di coprire la totalità dei danni patrimoniali per l'85% delle vittime di sinistri; per i danni alla persona di altra natura (danno biologico, ecc.) l'importo è stabilito sulla base di tabelle che in genere riconoscono risarcimenti di ammontare minore rispetto a quelli che potrebbero aversi applicando i criteri di liquidazione del danno propri dei tribunali civili. Peraltro, i cittadini sono liberi di stipulare polizze con le compagnie private che coprono la parte di danno non indennizzata dalla *Société*; anche tali rapporti sono regolati dal principio del *no-fault*, vale a dire il risarcimento è dovuto all'assicurato tanto responsabile quanto vittima dell'incidente.

I fondi per i risarcimenti provengono all'incirca per il 75% da contributi pagati da coloro che immatricolano una nuova autovettura, per il 15% da coloro che conseguono o rinnovano la licenza di guida e per il restante 10% dalle imposte di fabbricazione sui carburanti e da proventi di gestione finanziaria. Il livello dei contributi annuali medi per automobilista è diminuito in termini reali nel corso del tempo (100 \$ canadesi nel 1978, 142 \$ canadesi venti anni dopo, mentre l'indice dei prezzi al consumo, fatto 100 il 1978, nel 1998 era pari a 278), grazie anche ai crescenti proventi derivanti dalla gestione finanziaria dei fondi raccolti.

- l'impresa di assicurazione è in grado di produrre contratti ottimali, in grado di disincentivare comportamenti opportunistici da parte degli assicurati o di altri soggetti che intervengono nella fase di determinazione degli indennizzi. In particolare, l'impresa potrebbe proporre all'assicurato di ottenere il ripristino, presso carrozzerie fiduciarie, del veicolo in condizioni di efficienza, senza alcun indennizzo monetario, pattuendo uno sconto sul premio;
- i costi di transazione risultano estremamente contenuti, in quanto non vi è la necessità di avere rapporti con soggetti non legati dal rapporto contrattuale ed, inoltre, non esistono meccanismi di responsabilità civile che richiedono sistemi di compensazione tra le imprese;
- sotto il profilo distributivo, il sistema appare più equo, in quanto ciascun assicurato paga un premio corrispondente all'indennizzo che può ricevere e dunque chi possiede un veicolo di valore ridotto (in genere con un reddito di livello non elevato) sostiene un costo per l'assicurazione minore.

Il sistema dell'assicurazione *no-fault* copre necessariamente anche i danni che coinvolgono un solo veicolo (ad esempio, collisione con un albero), danni che non sono invece risarciti in un sistema fondato sulla responsabilità civile; proprio per questo motivo, dove l'assicurazione auto si innesta nell'alveo della responsabilità per illecito, tale tipologia di danni viene coperta mediante altre forme assicurative, quali la kasko in Italia o le polizze globali britanniche che, oltre alla copertura RCA, includono, tra l'altro, la garanzia collisione. In sostanza il sistema *no-fault* implica una maggiore copertura e dunque, *ceteris paribus*, premi tendenzialmente più elevati; tuttavia, esistono numerosi fattori che attenuano l'impatto sui premi complessivi: i costi di transazione nel *no-fault* sono drasticamente ridotti, oltre che per le ragioni su elencate, anche perché non è più necessario individuare il responsabile del sinistro. Inoltre, l'esperienza britannica, ove coesistono sia coperture solo RCA che coperture globali, mostra un diverso andamento del costo dei sinistri per le due tipologie, con i costi per la sola RCA che aumentano a tassi maggiori rispetto a quelli della copertura globale. Tutto ciò fa sì che il premio aggiuntivo necessario per ottenere anche la garanzia collisione sia di importo non particolarmente elevato (cfr. tabella 6.6, pag. 125).

Nel complesso, il sistema *no-fault* sembra contenere sufficienti incentivi per un miglioramento dell'efficienza complessiva del sistema e per indurre le imprese ad una maggiore concorrenza.

Per altro verso, i meccanismi basati sul *no-fault* presentano taluni inconvenienti prevalentemente di carattere sociale:

- viene meno il principio di responsabilità civile e, dunque, si attenua la funzione sociale dell'assicurazione per i rischi auto;
- potrebbero ridursi gli incentivi ad una guida prudente, in quanto non si subiscono le conseguenze dei danni inferti ad altri, mentre quelli subiti sono rimborsati dalla propria assicurazione²⁹⁰;
- le vittime di un incidente, diverse da quelle per cui è prevista la copertura dei danni dalla circolazione (conducenti e passeggeri), non hanno diritto al risarcimento. È, quindi, necessaria l'introduzione di garanzie per soggetti quali pedoni e ciclisti (ad esempio fondi sociali di garanzia);
- quando è presente nella polizza un meccanismo di *experience rating* come il *bonus/malus* o il *no claims discount*, utile a selezionare il rischio, il premio aumenterà al verificarsi di un sinistro, indipendentemente dalla responsabilità, con la possibilità di penalizzazioni eccessive per le vittime di un sinistro. Si può addirittura verificare che il responsabile di un sinistro riceva indennizzi superiori a quelli delle vittime;
- la riduzione del costo dei risarcimenti e del contenzioso dipende in buona parte dal riconoscimento di indennizzi inferiori rispetto a quelli riconosciuti in un contesto di responsabilità civile, soprattutto perché alle varie figure di danno non patrimoniale, in particolare quella di danno biologico, è riconosciuto un risarcimento modesto.

Per ridurre taluni inconvenienti del sistema *no-fault* puro, in particolare per consentire il riconoscimento di indennizzi superiori, diversi Paesi, soprattutto anglosassoni, hanno introdotto meccanismi di *no-fault* modificato nei quali permangono il principio del diritto al risarcimento, a prescindere dalla responsabilità e l'indennizzo diretto, ma sono consentite deroghe al divieto di ricorrere al giudice per il riconoscimento di ammontari ulteriori rispetto a quelli previsti dalle tabelle del *no-fault*. Ciò fa sì che gli assicurati debbano acquista-

290. Alcuni risultati empirici (cfr. ad esempio Cummins-Weiss-Phillips (1999) e Cohen-Dehejia (2002)) suggeriscono che il livello di attenzione nell'evitare un incidente potrebbe ridursi nel sistema *no-fault* rispetto a quello di responsabilità civile, portando ad un più alto numero di incidenti stradali con danni alla persona, in particolare con morti. La questione è tuttavia controversa; esistono infatti contributi secondo cui il *no-fault* non ha alcun effetto sui sinistri (come Kochanowski-Young (1985)) o addirittura un effetto di riduzione degli stessi (cfr. Zador-Lund (1986)).

re anche una copertura di tipo RCA per far fronte alle conseguenze di tali deroghe.

Le versioni modificate del *no-fault* si sono rivelate meno efficaci nel determinare una contrazione dei costi per le compagnie di assicurazione, avendo indebolito uno dei principi cardine su cui si fonda tale sistema: la protezione dalla rivalsa legale per danni non patrimoniali causati ad altre persone. L'ammontare effettivo del risarcimento diviene, infatti, più difficile da stimare e crescono sia i costi di transazione che le spese legali e quindi anche l'effetto finale sul livello dei premi diviene più incerto, non potendosi escludere un loro aumento²⁹¹.

Alla base dell'inefficacia mostrata negli Stati Uniti dai sistemi *no-fault* modificati vi è anche l'esistenza di bassi livelli di massimali e di risarcimenti di entità limitata riconosciuti dalle tabelle *no-fault*. Il livello ridotto di rimborsi così ottenibili incentiva inevitabilmente il ricorso al giudice.

Il sistema di responsabilità civile con indennizzo diretto

Nei sistemi di responsabilità civile con indennizzo diretto, fermo il principio per cui il risarcimento dei danni spetta al responsabile del sinistro, di fatto l'indennizzo viene pagato dall'impresa presso cui è assicurata la vittima, la quale si sostituisce così a quella del responsabile del sinistro. Successivamente, l'impresa del responsabile dovrà compensare l'assicuratrice del danneggiato, per il servizio di liquidazione reso.

Tale meccanismo consente di replicare i vantaggi del *no-fault* anche in un contesto di responsabilità civile. Tuttavia, rispetto ai sistemi esaminati finora, il funzionamento dell'indennizzo diretto nell'ambito della RCA richiede un passaggio ulteriore, rappresentato dal confronto necessario tra le imprese per determinare entità e modalità di erogazione delle compensazioni. Si viene a creare un coordinamento tra le imprese che potrebbe avere conseguenze di rilievo negativo sotto il profilo *antitrust*.

291. Proprio a causa degli incrementi nei premi verificatisi dopo l'introduzione di meccanismi di *no-fault* modificato, diversi Stati (Colorado, Florida, Hawaii, Kansas, Massachusetts, Michigan, Minnesota, New York, North Dakota, Utah, Nevada, Georgia e Connecticut) che avevano adottato tali sistemi negli anni '70, sono poi tornati alla responsabilità civile. In alcuni Stati (New Jersey, Pennsylvania e Kentucky) è lasciata agli automobilisti la scelta tra un *no-fault* modificato e la responsabilità civile (c.d. sistema *auto choice*). Tale sistema misto presenta numerosi problemi, in particolare nel coordinamento tra i diversi regimi, quando in un sinistro si trovano coinvolti guidatori *no-fault* e RCA, né sembra aver prodotto risultati apprezzabili dal punto di vista del controllo dei costi.

In realtà, come mostra l'esperienza internazionale, è proprio il meccanismo di compensazione tra imprese prescelto che determina la possibilità di ottenere i vantaggi associati all'indennizzo diretto. In sostanza è necessario che il meccanismo di compensazione sia tale da consentire alle imprese mandatarie di internalizzare i benefici derivanti dai guadagni di efficienza, rappresentati o da costi di liquidazione inferiori o da un miglior servizio liquidativo, in modo da permettere alle stesse di operare come se agissero nell'ambito del *no-fault*. Viceversa, si è ampiamente illustrato come nel mercato RCA italiano, anche quando le imprese procedono a liquidare direttamente i propri assicurati, tramite la convenzione CID, eventuali risparmi di costo finiscono con il beneficiare un soggetto diverso da quello che li ha conseguiti; non si creano quindi incentivi per la ricerca di efficienza produttiva.

In via preliminare è opportuno esaminare brevemente quali potrebbero essere i benefici associati, nell'ambito della responsabilità civile, all'indennizzo diretto. Di seguito si analizzerà quali dovrebbero essere le caratteristiche del meccanismo di compensazione per ottenere tali benefici.

Innanzitutto, anche nel caso della responsabilità civile, il sistema fondato sull'indennizzo diretto rende l'assicurato più sensibile alle caratteristiche del servizio offerto, dal momento che è consapevole che in caso di sinistro sarà la propria impresa a fornire direttamente il servizio liquidativo. Una cattiva gestione di tale servizio può allontanare i clienti dall'impresa. In tal modo per l'assicurato si creano incentivi a ricercare l'impresa che offre il miglior rapporto qualità/prezzo e dunque le imprese finiscono con il competere anche sulla qualità del servizio offerto.

Per quanto riguarda l'assicuratore, questi è posto in grado di predisporre contratti ottimali, tali da ridurre i comportamenti opportunistici da parte degli assicurati e degli altri soggetti che intervengono nella fase di determinazione degli indennizzi, con effetti benefici sui costi; inoltre, conoscendo le caratteristiche del proprio parco auto e l'entità delle eventuali compensazioni, l'assicuratore dispone di informazioni tali da permettere una migliore determinazione del fabbisogno, con effetti positivi sulle tariffe.

I benefici fin qui descritti sono sostanzialmente analoghi a quelli che possono essere ottenuti con un sistema di tipo *no-fault*. Le principali differenze risiedono invece nei costi di transazione tra imprese, mentre appaiono più incerti gli effetti sul contenzioso.

In un sistema di tipo *no-fault*, per definizione, non esistono costi di transazione tra imprese, in quanto ogni impresa ha rapporti esclusivamente con i propri assicurati, mentre nel caso dei sistemi di responsabilità civile con indennizzo diretto ogni

impresa ha diritto di ricevere una compensazione per l'indennizzo che ha corrisposto ai propri assicurati, vittime di un sinistro, da parte delle imprese che hanno assicurato i responsabili. Tale meccanismo genera costi di transazione che risulteranno più o meno elevati a seconda delle modalità di compensazione prescelte.

Per quel che riguarda il contenzioso, dall'analisi dei sistemi di tipo *no-fault* è emerso che il principale modo per ridurre tale onere è rappresentato dalla predeterminazione dei risarcimenti che spettano al danneggiato per tipo di sinistro e, dove è possibile, dall'introduzione di clausole che vietano il ricorso al giudice per il riconoscimento di indennizzi diversi o più elevati di quelli predeterminati. In un sistema di responsabilità civile, seppure con indennizzo diretto, appare assai difficile che si possa inibire al danneggiato la possibilità di ricorrere al giudice ordinario per il riconoscimento del "corretto" indennizzo ed, in questo senso, il sistema si presenta meno efficace di quello *no-fault* puro nel ridurre il contenzioso; tuttavia anche nei sistemi di responsabilità civile, con o senza l'indennizzo diretto, è possibile introdurre tabelle e parametri di riferimento per la valutazione del danno che, come si vedrà nel paragrafo dedicato ai sinistri con danni a persone, possono risultare particolarmente efficaci nel ridurre il contenzioso.

I sistemi con indennizzo diretto, specie laddove si prevede la riparazione diretta, ovvero il ripristino del veicolo alle condizioni in cui si trovava prima del sinistro, riducono il contenzioso per quanto riguarda i risarcimenti per i sinistri con danni a cose rispetto ad un sistema con indennizzo indiretto. Al riguardo si deve, tuttavia, ricordare che la maggior parte del contenzioso riguarda i sinistri di importo elevato, di regola con danni alle persone.

Dal punto di vista concorrenziale, infine, un sistema basato sull'indennizzo diretto presenta numerosi pregi:

- i) stimola la ricerca della migliore compagnia da parte dei potenziali clienti;
- ii) incentiva le imprese assicuratrici ad una concorrenza sulla qualità del servizio, perché, a differenza del sistema di indennizzo indiretto, chi gode dei miglioramenti qualitativi è il cliente dell'impresa che investe in tali miglioramenti. A tal fine le imprese di assicurazione saranno incentivate alla stipula di accordi con carrozzieri con l'obiettivo di spuntare condizioni migliori sotto il profilo qualitativo e/o quantitativo;
- iii) favorisce un miglior controllo sui costi consentendo alle imprese maggiori margini di manovrabilità sul livello dei premi al fine di attirare il maggior numero di clienti.

Invero, i descritti vantaggi, tanto in termini di efficienza quanto di maggior concorrenzialità del mercato, connessi con il sistema di indennizzo diretto in un ambito RCA, possono essere conseguiti a condizione che il necessario sistema di compensazioni tra le imprese venga opportunamente configurato. A tale proposito si è evidenziato come la convenzione CID, utilizzata in Italia, non risulti efficace per conseguire tali obiettivi. Innanzitutto, la convenzione CID si applica ad un numero limitato di sinistri e ciò non permette alle imprese di predisporre contratti ottimali; inoltre, la convenzione, presupponendo l'applicazione dell'accordo Ania-carrozzeri e adottando un complesso sistema di conguagli determinati *ex-post*, non incentiva le compagnie a un rigoroso controllo dei costi e richiede un continuo e oneroso scambio di informazioni tra gli operatori.

L'analisi delle esperienze internazionali, dove sistemi di indennizzo diretto, nell'ambito della RCA, hanno prodotto risultati positivi, mostra che la predisposizione di contratti incentivanti ed il ricorso a carrozzerie convenzionate con l'impresa di assicurazione è particolarmente efficace quando tutti i sinistri sono trattati direttamente dall'impresa di assicurazione. Ad esempio, in Francia o nel Regno Unito, di regola la vittima di un sinistro si rivolge direttamente alla propria impresa di assicurazione, nella consapevolezza di venire liquidata da tale impresa.

L'esperienza internazionale suggerisce inoltre che:

- i) le regole e l'entità delle compensazioni siano stabilite in maniera certa ed *ex-ante* rispetto ai sinistri da indennizzare;
- ii) le compensazioni non debbano essere commisurate all'ammontare dei singoli risarcimenti, in quanto un pieno recupero dell'indennizzo corrisposto in occasione di ogni sinistro non incentiva le imprese a controllare i costi e richiede uno scambio di informazioni disaggregato a livello di singolo sinistro.

Esemplare in tal senso è l'esperienza francese dove, nell'ambito del sistema RCA, il risarcimento dei danni a cose avviene attraverso un meccanismo di indennizzo diretto. La principale convenzione stipulata dalle imprese assicurative, denominata "*Convention IDA*" (*Indemnisation Directe des Assurés*)²⁹² si fonda sul principio di una rivalsa forfetariamente predeterminata. In altri termi-

292. La "*Convention IDA*", stipulata nel 1968, riguarda i sinistri tra due veicoli con danni a cose di ammontare non superiore ad una determinata soglia, aggiornata con frequenza annuale, pari a 6.500 per veicolo nel 2002. Tale convenzione è stata recentemente assorbita nella "*Convention IRSA*" (*Indemnisation directe de l'assuré et recours entre sociétés d'assurances*) che regola l'indennizzo diretto per la generalità dei sinistri, anche quelli che coinvolgono più di due veicoli.

ni, alla fine dell'esercizio, ogni impresa avrà diritto ad una compensazione pari al forfait stabilito per il numero di sinistri liquidati per conto delle altre imprese²⁹³. Tale sistema ha consentito una fortissima riduzione dei costi di gestione dei sinistri, in quanto viene attenuato il problema di *moral hazard* connesso con l'occasionalità e la terzietà del tradizionale rapporto tra impresa che effettua l'indennizzo e il danneggiato; inoltre, si determina l'incentivo a mantenere gli indennizzi medi al di sotto delle compensazioni forfetarie corrisposte dall'impresa assicuratrice del responsabile. I vantaggi della "Convention IDA" sono stati evidenziati dal Secrétaire Générale della "Commission de Contrôl des Assurances", l'organo di vigilanza francese, in un Convegno sulla RCA promosso dall'Isvap²⁹⁴: *"Ciò si può semplicemente riassumere in una fortissima diminuzione dei costi di gestione dei sinistri con danni a cose. Ad esempio, in presenza di una convenzione come quella IDA, si riduce e viene limitato il flusso di informazioni tra le diverse compagnie, che hanno ciascuna i loro periti, la loro rete, con conseguente diminuzione molto sensibile dei costi di gestione. A titolo indicativo ogni anno vengono scambiati 40 miliardi di franchi attraverso la convenzione IDA. Altrettanto sfugge quindi al sistema bancario e al criterio di contabilizzazione di data valuta. Quindi non c'è soltanto un guadagno interino sui costi di gestione, ma anche un guadagno in termini di costi finanziari poiché si tratta di scambi che non passano attraverso il sistema bancario. Oltretutto il sistema di rivalse forfetarie ha fornito un benchmark agli assicuratori. Infatti, qualora un assicuratore si ritrovasse ad avere costi di liquidazione dei sinistri di molto superiori a quanto emerge dalla convenzione IDA, potrebbe giustamente interrogarsi sulla ragione di questa variazione"*.

Per comprendere appieno gli effetti positivi sui costi delle imprese e, quindi, sui premi praticati ai consumatori finali, è sufficiente considerare che in Francia nel 2001 il premio medio pagato dagli automobilisti risultava pari a quello del 1992, nonostante il fatto che nel decennio il tasso di inflazione fosse stato pari al 14%²⁹⁵. Si consideri, inoltre, che visti i risultati ottenuti mediante la convenzione IDA, le imprese di assicurazione hanno stipulato una nuova convenzione, denominata

293. Il meccanismo è il seguente: *"Après avoir indemnisé son assuré, l'assureur dispose d'un délai de deux ans à compter de l'accident pour présenter son recours contre l'assuré du responsable. Le montant de ce recours est obtenu en multipliant un forfait, fixé 1.172 euros pour tous les sinistres survenus à compter du 1^{er} janvier 2002, par la part de responsabilité du tiers"* (Archives Editions Législatives – Dictionnaire Permanent Assurance, 2001). L'ammontare del forfait viene determinato sulla base del costo medio dei sinistri cui è applicata la convenzione

294. Cfr. Isvap, Il mercato R.C. auto in Italia e nei principali Paesi europei: l'analisi degli organi di controllo, Atti del Convegno Roma 17 novembre 2000.

295. Fonte FFSA, *L'assurance française en 2001*.

IRCA (Convention d'indemnisation et de recours corporel automobile), applicabile ai sinistri con danni alla persona che determinano una invalidità permanente non superiore al 5%, ovvero l'87% dei sinistri con danni a persone.

Un'altra esperienza interessante è quella della provincia canadese del Quebec, basata sempre sull'indennizzo diretto nell'ambito della responsabilità civile (*principe de l'indemnisation directe basée sur la faute*); a differenza di quanto avviene in Francia, l'impresa che effettua il risarcimento non ha diritto ad alcuna compensazione dalla compagnia che ha assicurato il responsabile del sinistro. Il sistema funziona grazie al fatto che si tratta di una copertura obbligatoria, che tutti i proprietari di un veicolo a motore devono possedere. La convenzione conclusa dalle imprese, per dare realizzazione concreta al sistema di indennizzo diretto, prevede un sistema di agevole accertamento della responsabilità di un sinistro, elencando 22 casi predefiniti di responsabilità, accertabili sulla base di parametri facilmente individuabili al momento del sinistro (circa l'80% di tutti i sinistri). Quando il sinistro non è riconducibile ad alcuno dei casi elencati, la responsabilità è suddivisa equamente tra le parti. Nel caso in cui le parti non si dichiarino soddisfatte dell'attribuzione di responsabilità, è possibile rivolgersi al giudice civile, che applica le norme del diritto comune.

Il sistema adottato in Quebec presenta pertanto ulteriori vantaggi rispetto a quello francese, in quanto riduce ulteriormente i costi di transazione, ma comporta lo svantaggio di rendere il sistema di *pricing* simile a quello delle assicurazioni dirette, per cui chi ha subito un sinistro, anche se non responsabile, finisce con il pagare premi più elevati.

Per altro verso, si osserva che nei Paesi che adottano l'indennizzo diretto nell'ambito della RCA, gli assicurati trovano conveniente richiedere alla propria impresa una copertura globale che comprenda anche i rischi collisione. Ad esempio, in Francia e Regno Unito, oltre l'80% degli assicurati ha una polizza globale. Di regola si può ottenere tale copertura più ampia pagando un premio di poco superiore a quello richiesto per la sola RCA.

Sotto il profilo della concorrenza, la possibilità per le singole imprese di gestire direttamente il contratto di assicurazione e la fase di liquidazione con i propri assicurati incentiva la competizione sulla qualità del servizio, consente una maggiore differenziazione dell'offerta, grazie anche alla possibilità di stipulare contratti incentivanti con gli assicurati e di istituire una propria rete di carrozzerie convenzionate. Per quanto riguarda i rapporti con i carrozzieri, si consideri che il passaggio da un accordo collettivo a livello nazionale a rapporti individuali tra

impresa e propria rete di carrozzerie consente all'impresa di assicurazione di offrire servizi personalizzati ai propri utenti e di ottenere significativi risparmi di costo sfruttando il proprio potere di acquisto²⁹⁶.

Sempre dal punto di vista *antitrust*, anche la determinazione *ex-ante* dell'indennizzo forfetario determina numerosi vantaggi, in quanto riduce decisamente la necessità di uno scambio di informazioni sensibili. In particolare, per la determinazione forfetaria del risarcimento è necessario osservare unicamente l'evoluzione del costo storico medio dei sinistri, senza doversi scambiare dati sui singoli sinistri. Si tratta peraltro di uno scambio di informazioni che potrebbe rientrare nell'ambito di applicazione del citato Regolamento di esenzione n. 3932/92. Viceversa, la determinazione delle compensazioni *ex-post* per ciascun sinistro, nonché degli eventuali conguagli, come richiesto dall'accordo CID, richiede uno scambio sistematico e puntuale di informazioni sensibili e attuali tra le imprese.

9.4 I danni alla persona

Come già evidenziato nel corso dell'indagine, il risarcimento dei danni alla persona presenta problematiche ulteriori rispetto a quelle esaminate per i danni a cose, al punto che numerosi Paesi hanno adottato sistemi differenti per la liquidazione delle due tipologie di danni²⁹⁷.

In generale si può osservare che il danno a persone si caratterizza per l'estrema aleatorietà nella determinazione dell'indennizzo dovuto, sia per i tempi più o meno lunghi per il recupero dell'integrità psico-fisica del danneggiato, sia per le difficoltà di accertamento dei danni patrimoniali e di altra natura. A tale aleatorietà è spesso associato anche un elevato contenzioso. Il contenzioso e l'aleatorietà degli importi da liquidare allungano i tempi di liquidazione e determinano la necessità di aumentare le risorse poste a riserva. Tutti questi elementi finiscono inevitabilmente per determinare un aumento dei costi e quindi dei premi fina-

296. Per avere un'idea dell'ampiezza dei risparmi che le imprese possono ottenere attraverso un controllo stringente della propria rete di carrozzieri, si possono riportare i risultati di uno studio recente di McKinsey relativo ai Paesi europei dove le carrozzerie fiduciarie sono diffuse già da tempo; dallo studio emerge che l'adozione di misure appropriate ha consentito alle imprese di assicurazione di tagliare i costi delle riparazioni del 3-5%, con punte dell'8%, grazie anche alle possibilità di utilizzare Internet per gestire i rapporti con i propri carrozzieri Cfr. *Lower repair costs for European auto insurers*, The McKinsey Quarterly n. 1 /2003. Per l'Italia, basta ricordare i risparmi notevoli che si potrebbero ottenere solo agendo sulle parti di ricambio che, secondo stime Ania, incidono per il 23% sugli indennizzi totali. Ulteriori possibilità di risparmio sui ricambi per gli assicuratori europei dovrebbero derivare dal Regolamento (CE) n. 1400/2002 del 31 luglio 2002 relativo all'applicazione dell'articolo 81, paragrafo 3, del trattato a categorie di accordi verticali e pratiche concordate nel settore automobilistico.

297. Ad esempio, Belgio, Finlandia, Spagna, Francia e Svezia adottano meccanismi di risarcimento distinti in base alla natura del danno (a cose o a persone).

li. Tale problema appare per molti versi indipendente dalle modalità di indennizzo prescelto, anche se è evidente che l'indennizzo diretto può contribuire a ridurre i costi di transazione nel processo di liquidazione.

Si è visto infatti come, nel caso del risarcimento con danni a cose, i vari Paesi abbiano cercato di adottare forme di indennizzo diretto per contenere i costi e ridurre il contenzioso; ciò in quanto il principale problema associato a tale tipologia di danno è rappresentato dall'esistenza di fenomeni di *moral hazard* da parte dei soggetti coinvolti. Nel caso dei danni a persone, l'indennizzo diretto, specie se attuato nell'ambito della RCA, oltre ad essere di più difficile attuazione, a causa degli importi anche elevati dei risarcimenti e dei tempi lunghi di accertamento, non appare da solo sufficiente a risolvere i problemi specifici associati alla liquidazione di tali danni. Proprio per tale ragione la maggior parte dei Paesi ha cercato di introdurre misure volte a rendere più prevedibile la valutazione dei danni o addirittura a predeterminare l'entità degli stessi risarcimenti, come avviene nei Paesi che hanno adottato forme di *no-fault* puro. L'obiettivo di tali misure è quello di ridurre l'incertezza, con effetti positivi sia sul contenzioso che sul livello delle riserve e, dunque, sul costo dei sinistri.

In Francia per i danni a persone si è gradualmente affermato un sistema di *indemnisation sans égard à la responsabilité* a partire dalla *Loi Badinter* del 5 luglio 1985, introdotta con l'obiettivo di ridurre il tempo medio di liquidazione dei sinistri da 36 a 18 mesi. Per tali danni la liquidazione avviene di regola sulla base del *calcul au point*, e cioè sulla base della percentuale di invalidità²⁹⁸. Con specifico riferimento al contenzioso, tale legge introduce l'obbligo di creare un archivio nazionale dei risarcimenti concessi ai danneggiati in base ai diversi tipi di danno e secondo i criteri adottati per determinarne l'ammontare, archivio che comprende i risarcimenti riconosciuti dalle imprese sia previo accordo con i danneggiati sia a seguito di contenzioso. Per effetto di tale misura, attualmente circa il 95% dei sinistri con danni alle persone viene liquidato dalle compagnie assicuratrici delle vittime in tempi molto rapidi, di regola a seguito di accordo tra compagnia e danneggiato.

In Inghilterra ed in Irlanda a partire dagli anni '50 si sono predisposte tabelle sul danno alla persona, raccogliendo ed ordinando i risarcimenti operati dai vari giudici in un'unica raccolta, ancora oggi utilizzata come parametro di riferimento per quantificare i danni alla persona²⁹⁹. Tali dati giurispruden-

298. Tale criterio non appare diverso da quello italiano; tuttavia, in Francia non esiste una categoria unitaria del danno biologico (nella quale, ad esempio, far ricadere il danno estetico), nè esiste una netta distinzione tra il danno alla salute ed il danno morale.

299. Risale al 1954 la prima edizione della raccolta di Kemp & Kemp, *The quantum of damages in Personal Injury and Fatal Accident Claims*, che ancora oggi costituisce lo strumento principale dei *personal injury lawyers*.

ziali sono stati recentemente utilizzati dal *Judicial Studies Board*, per la redazione delle *Guidelines for the Assessment of General Damages in Personal Injury Cases*, pubblicate per la prima volta alla fine del 1991, il cui scopo è di fornire una certa uniformità di base dei risarcimenti per i danni non pecuniari.

Anche in Germania si è istituzionalizzato il ricorso a tabelle per la liquidazione del danno alla persona, nelle quali si trovano raccolte le quantificazioni operate nei precedenti giurisprudenziali, classificate a seconda della tipologia medico-legale delle lesioni subite dalla vittima.

Di interesse appaiono anche le esperienze di Spagna e Danimarca. In Spagna si è cercato, soprattutto nell'ultimo decennio, di giungere ad un sistema uniforme di liquidazione del danno alla persona. In tal senso si ricorda la pubblicazione di una tabella dei *danòs corporales*, di carattere meramente indicativo, basata sul metodo del calcolo a punto; una successiva legge, la n. 30 del 1995 "*Ley de ordenación y supervisión del seguro privado*", ha definito un sistema, vincolante per tutti, per la valutazione dei danni e dei pregiudizi causati alle persone negli incidenti derivanti dalla circolazione stradale. Con tale legge, in particolare, si è passati dalla regola generale della riparazione integrale del danno alla salute ad un tipo di liquidazione di carattere indennitario. In Danimarca il risarcimento dei danni alla persona è sancito nell'*Act on Liability for Damages*, n. 228 del 23 maggio 1984, in cui vengono fissati i parametri per la liquidazione del danno alla salute. Tale rigidità del sistema risarcitorio si riscontra anche negli altri Paesi scandinavi, in cui l'intervento del legislatore è decisamente centrale anche in punto di liquidazione.

In definitiva, l'esperienza internazionale mostra la tendenza generalizzata alla ricerca di criteri uniformi per la valutazione e il risarcimento dei danni alla persona, con l'intento, oltre che di rispondere ad esigenze di equità sociale, di ridurre l'incertezza sui risarcimenti, consentendo di diminuire il contenzioso e accelerare i tempi di liquidazione, intervenendo su una delle principali determinanti del costo dei sinistri con danni alla persona.

Come emerso nel capitolo 7, anche in Italia il legislatore ha intrapreso questa strada, istituendo una tabella unica nazionale per i cosiddetti danni "micropermanenti" e prevedendo una legge delega per la predisposizione di una tabella per le altre tipologie di danno. Allo stato attuale non è quindi possibile valutare gli effetti di tali innovazioni normative.

9.5 Conclusioni

Il costo dei sinistri dipende sia dall'ammontare dei risarcimenti riconosciuti sia dai costi associati alla valutazione del danno e alla gestione della fase liquidativa, in particolare i costi di transazione e quelli che scaturiscono dal contenzioso. In altri termini, il costo dei sinistri può aumentare o perché, a causa di fenomeni di *moral hazard*, vengono concessi risarcimenti eccessivi rispetto a quelli necessari a garantire il ripristino delle condizioni precedenti il sinistro, oppure per la presenza di inefficienze, costi di transazione, contenzioso elevato, ecc.

L'esame dell'esperienza internazionale indica, in primo luogo, che è possibile intervenire sul livello dei risarcimenti non solo riducendo l'ampiezza delle garanzie offerte, come si verifica in taluni Paesi anglosassoni, ma anche incentivando comportamenti ottimali da parte dei soggetti coinvolti nella liquidazione del danno, per consentire alle imprese di assicurazione uno stretto controllo dei costi; in secondo luogo, l'analisi dei modelli applicati nei Paesi esteri fornisce indicazioni sugli strumenti utilizzabili per incidere sui costi connessi alla valutazione del danno e, in generale, alla gestione del sinistro, in modo da ridurre le inefficienze ed il contenzioso.

In genere, le iniziative finalizzate ad incidere sul costo dei sinistri sono differenti per i danni a cose e per quelli a persone, in considerazione delle diverse problematiche che caratterizzano le due tipologie di danno.

Per quanto riguarda i danni a cose, la generalità dei Paesi ha cercato di risolvere i problemi di *moral hazard* utilizzando strumenti che consentano di istituire un rapporto diretto tra impresa e assicurato anche al momento della liquidazione, soluzione che permette di ridurre le asimmetrie informative da ambo i lati del rapporto contrattuale. Concretamente ciò si è realizzato o attraverso forme di assicurazione diretta (c.d. meccanismi *no-fault*) oppure introducendo un meccanismo di indennizzo diretto nell'ambito della responsabilità civile. Entrambi gli strumenti sembrano aver contribuito alla riduzione del costo dei sinistri e del contenzioso, con evidenti benefici per i consumatori in termini di premi e qualità del servizio di liquidazione. Tali soluzioni, tuttavia, presentano alcuni inconvenienti di cui occorre tener conto.

Nel caso dell'assicurazione diretta, si rinuncia alla copertura fornita dalla responsabilità civile e si modifica il sistema di *pricing* in modo che la vittima di un sinistro potrebbe addirittura dover pagare premi più elevati. Siffatte ragioni spiegano la scarsa diffusione nei Paesi europei di tali coperture per i rischi della circolazione stradale.

L'indennizzo diretto nell'ambito della responsabilità civile richiede forme di compensazione tra le imprese, e dunque introduce nuovi costi di transazione, oltre ad aumentare il rischio di comportamenti collusivi tra le stesse. L'esperienza internazionale sembra indicare che sia i costi di transazione che il pericolo di collusione possono essere sensibilmente ridotti adottando un sistema di compensazione forfetaria determinata *ex ante*, sulla base del costo medio storico dei sinistri.

Con riferimento ai danni a persone, a parte alcuni Paesi che hanno cercato, in modo discutibile, di incidere sul costo dei sinistri riducendo di fatto l'ampiezza delle garanzie, la generalità dei Paesi è intervenuta sui tempi di liquidazione e sul contenzioso, variabili che influenzano il costo dei sinistri sia direttamente, che indirettamente, tramite le riserve. Ciò è avvenuto sostanzialmente attraverso la predisposizione - da parte del legislatore, delle imprese o dei giudici - di griglie di riferimento in grado di facilitare la valutazione dei danni a persone, riducendo in tal modo l'incertezza e soprattutto garantendo risarcimenti uniformi a livello nazionale.

In Italia solo recentemente il legislatore ha intrapreso iniziative del genere con riferimento ai danni alla persona, per cui allo stato non è possibile valutarne gli effetti; per i danni a cose le iniziative adottate dalle imprese si sono rivelate incomplete e nel complesso poco efficaci. Tutto ciò ha contribuito all'incremento dei costi sostenuti dalle imprese, che, attraverso i meccanismi messi in risalto nel corso dell'indagine, sono stati traslati interamente sui premi finali.

Conclusioni

1. I problemi emersi

Il processo di liberalizzazione del settore assicurativo e, in particolare, della RCA, avviato in Italia il 1° luglio 1994, aveva suscitato numerose aspettative relativamente all'impatto positivo che la deregolamentazione di tariffe e condizioni di contratto e una conseguente maggiore concorrenza tra le imprese assicurative avrebbero avuto sul livello dei prezzi, sulla qualità dei prodotti offerti e sulle modalità distributive. Il processo di liberalizzazione, tuttavia, già nelle prime fasi, aveva stentato a mostrare i suoi effetti benefici nei termini indicati, al punto che l'Autorità, nel 1996, ritenne opportuno l'avvio di un'indagine conoscitiva di natura generale ai sensi dell'art. 12, comma 2, della legge n. 287/90, con l'obiettivo di verificare la situazione del mercato italiano in termini di effettiva apertura alla concorrenza, nonché di monitorare nel tempo il processo di liberalizzazione. In particolare, già nei due anni immediatamente successivi alla liberalizzazione si era verificato, anziché l'auspicata riduzione dei premi unita al miglioramento del servizio, un incremento assolutamente rilevante dei premi assicurativi, sulle cui cause era doveroso per l'Autorità effettuare un'analisi al fine di accertare se lo stesso fosse riconducibile a comportamenti collusivi delle imprese ovvero a problematiche dell'assetto economico e normativo del mercato che avrebbero potuto ostacolare il dispiegarsi di dinamiche competitive tra le imprese.

La decisione di dedicare al settore assicurativo RCA un'indagine conoscitiva si è dimostrata particolarmente opportuna anche alla luce della complessiva evoluzione del mercato, nella quale l'aumento dei premi ha finito con il rappresentare una caratteristica costante e non solo transitoria. Nel corso di questi anni, infatti, a fronte di una scarsa innovazione e di una invariata qualità dei prodotti, i premi sono sistematicamente aumentati in misura eccezionalmente elevata, anche a causa del fatto che le imprese hanno reagito in maniera inadeguata alla crescita dei costi, adottando soluzioni in comune che hanno contribuito ad accelerarla.

Al fine di avere una corretta conoscenza dell'aumento effettivo dei prezzi, da più parti lamentato, ma sulla cui entità si è molto discusso, sono state utilizzate diverse stime. L'incremento dei premi subito dall'intera collettività degli assicurati mostra un sostanziale raddoppio del loro livello nel periodo 1994-2001; lo stesso risultato emerge calcolando la variazione del premio medio su un portafoglio tipo di profili tariffari. Con riferimento ai singoli profili, per il periodo 1994-2003, si evidenziano incrementi ancora più elevati del livello dei premi, che è più che raddoppiato, spesso triplicato e quadruplicato, talvolta addirittura quintuplicato.

Nel complesso si può ritenere che, in questi anni, i premi siano più che raddoppiati; né, d'altro canto, gli ampliamenti nella garanzia offerta o i miglioramenti di tipo qualitativo sono stati tali da giustificare, almeno in parte, i prezzi più elevati pagati dai consumatori. Ancora, l'aumento dei premi ha interessato in misura rilevante tutte le classi di bonus-malus, anche le migliori, mentre sarebbe stato ragionevole attendersi che la selezione del rischio, in un contesto competitivo, spingesse le imprese a contenere i premi soprattutto per gli utenti caratterizzati da una rischiosità minore. Considerato che la maggior parte degli assicurati si colloca nelle prime 5 classi di bonus, il vigoroso aumento dei premi RCA ha interessato così anche la vasta platea di utenti che negli ultimi anni si sono resi responsabili di un numero esiguo di sinistri. Per altro verso, per gli individui che presentano caratteristiche tali da rientrare nella classe di ingresso del sistema bonus-malus o in quella successiva, i premi chiesti da talune imprese sono divenuti così elevati da rendere di fatto impossibile ottenere persino la stessa copertura RCA³⁰⁰.

300. A tale proposito si deve sottolineare che sono stati acquisiti agli atti dell'indagine conoscitiva documenti che sembrano dimostrare il rifiuto di alcune imprese a stipulare il contratto. Si tratta di fenomeni in violazione della legge sull'assicurazione RCA obbligatoria – inerenti quindi a profili di vigilanza -, che non hanno costituito oggetto di specifico esame nel corso della presente indagine.

La misura degli aumenti è stata poi eccezionale con riguardo ai ciclomotori³⁰¹: attualmente, in diverse province, ad un consumatore che intenda stipulare una polizza RCA per un ciclomotore viene richiesto un premio che può essere anche pari al valore del veicolo stesso. Le innovazioni regolamentari occorse (quali l'introduzione dell'obbligo di copertura nel 1993 e dell'obbligo di bonus-malus nel 2000) non possono essere invocate per giustificare premi sei volte superiori a quelli esistenti al momento della liberalizzazione tariffaria.

Il generale incremento dei premi si è verificato in un contesto caratterizzato da stabilità delle quote di mercato, che sono rimaste sostanzialmente inalterate dal 1994, nonché dal limitato ingresso di nuovi operatori, sia italiani che esteri. La mancata redistribuzione delle quote di mercato e il limitato ingresso di nuovi operatori, pur in presenza di aumenti dei prezzi così rilevanti, testimoniano l'esistenza di significative problematiche concorrenziali.

Come dettagliatamente dimostrato nell'indagine, la situazione descritta deriva sia da comportamenti anticoncorrenziali delle imprese, sia da alcune caratteristiche dell'organizzazione del mercato, che sono in parte retaggio del periodo precedente alla liberalizzazione e che ostacolano lo sviluppo di condizioni competitive.

Con riferimento al primo aspetto, l'indagine ha, tra l'altro, creato le premesse per un procedimento istruttorio per violazione delle regole della concorrenza da parte della maggioranza delle imprese attive nel mercato RCA. A conclusione di tale procedimento, è stata accertata, in particolare, l'esistenza di un'intesa restrittiva della concorrenza, consistente in un intenso e prolungato scambio di informazioni strategiche atto a facilitare il raggiungimento di equilibri di mercato caratterizzati da livelli dei premi significativamente superiori a quelli che si sarebbero determinati in un contesto concorrenziale³⁰².

Con riferimento al secondo aspetto, l'analisi svolta nell'indagine ha mostrato che la ridotta tensione concorrenziale che caratterizza il mercato italiano RCA può essere ricondotta ad almeno due fattori principali:

301. Ad esempio, in provincia di Napoli, nel gennaio 2003 ad un neo-assicurato era richiesto, in media, un premio pari addirittura a 19 volte quello che avrebbe pagato 9 anni prima. Tra le province oggetto di analisi nel corso dell'indagine conoscitiva, l'incremento minore dei premi per i ciclomotori si è avuto a Padova, dove comunque un neo-assicurato paga un premio pari circa a sei volte quello previsto fino al 1994.

302 Cfr. Provv. del 27 luglio 2000, Caso I/377.

a) in primo luogo, le relazioni verticali di esclusiva tra produttori e distributori accrescono i costi dell'attività di ricerca per i consumatori, contribuendo ad irrigidire la domanda che si rivolge alle singole imprese, in un contesto in cui la domanda complessiva di mercato è rigida per effetto dell'obbligatorietà della polizza;

b) in secondo luogo, nella RCA, l'indennizzato non è il cliente dell'assicurazione, ma tipicamente è una terza parte senza vincoli contrattuali con la compagnia di assicurazione che deve effettuare il rimborso. Tale circostanza riduce, per le compagnie di assicurazione, la capacità di proporre contratti che incentivino comportamenti virtuosi da parte dei diversi soggetti coinvolti, evitando che ciascuno di costoro, per negligenza o per interesse economico, contribuisca ad elevare artificialmente l'ammontare del rimborso. In quest'ottica, gli strumenti (come gli accordi ANIA/carrozzeri, ANIA/periti, ecc.) che sono stati promossi dalle imprese attraverso l'associazione di categoria nel tentativo di controllare possibili comportamenti non virtuosi si sono rivelati inutili se non controproducenti, contribuendo essi stessi, in misura non indifferente, a far lievitare i costi di indennizzo. In una prospettiva più generale, una relazione economica che si instaura tipicamente "su tre lati", cioè tra compagnia di assicurazione, assicurato che paga il premio e danneggiato che riceve l'indennizzo, compromette le stesse condizioni attraverso le quali il meccanismo concorrenziale potrebbe efficacemente operare per tenere bassi i costi. Infatti, l'assicurato che è chiamato ad esercitare la sua scelta tra compagnie di assicurazione in concorrenza è di fatto indifferente alla qualità del servizio nella fase di liquidazione; inoltre, le compagnie determinano i premi e la qualità del servizio, avendo come riferimento una prestazione economica differita nel tempo e rivolta a un soggetto – il danneggiato – diverso da quello che ha acquistato la polizza.

L'insieme dei due fattori descritti ha fatto sì che le imprese, da un lato, abbiano incontrato difficoltà a esercitare uno stringente controllo dei costi – circostanza di cui si sono avvantaggiate soprattutto categorie di operatori economici che intervengono nella fase della liquidazione – e, dall'altro, non ne abbiano avuto nemmeno l'incentivo in quanto, grazie alla rigidità della domanda di impresa, hanno potuto traslare agevolmente i maggiori costi sui prezzi. D'altro canto, il sistema di distribuzione esclusiva e il fatto che nuovi operatori abbiano, in ragione dei vincoli derivanti dall'assetto regolamentare del settore e dal rispetto degli accordi di categoria, incontrato difficoltà nell'introdurre tecniche più efficienti di liquidazione, quali la riparazione diretta, contribuiscono anche a spiegare il ridotto accesso al mercato da parte di nuove imprese.

2. La distribuzione

L'indagine conoscitiva ha mostrato che le compagnie di assicurazione sono riuscite, nel tempo, a scaricare gli aumenti dei costi sulle tariffe senza perdere i clienti, a causa della elevata rigidità che caratterizza la domanda sia a livello di mercato che a livello di singola impresa. Tale caratteristica è in larga misura riconducibile all'assetto dell'industria nella fase distributiva.

L'elasticità della domanda misura le variazioni nelle quantità domandate di un bene a seguito di variazioni nel prezzo praticato da un'impresa (elasticità della domanda d'impresa) o dall'intero mercato (elasticità di mercato). Quando, a seguito di un aumento del prezzo di un bene, solo una piccola parte dei consumatori modifica le proprie scelte di consumo, si è in presenza di domanda rigida. Nel mercato RCA, l'obbligatorietà della copertura determina rigidità della domanda complessiva di mercato. Ciò però non implica che sia rigida anche la domanda della singola impresa. Infatti, anche se il consumatore è obbligato ad acquistare comunque la polizza, egli potrebbe reagire alle variazioni di prezzo praticate da una singola compagnia, ricercando un'altra compagnia che propone un'offerta migliore in termini di prezzo e qualità del servizio. Tale attività di ricerca viene svolta solo quando i vantaggi attesi dalla stessa risultano superiori ai costi che questa comporta. Quando i consumatori sperimentano elevati costi di ricerca, anche la domanda di impresa risulta rigida. A tale riguardo rileva considerare che, dal momento della liberalizzazione in poi, gli interventi sulla struttura tariffaria realizzati dalle imprese, con particolare riferimento alla personalizzazione delle polizze, hanno comportato un ampliamento della varietà dell'offerta del servizio assicurativo. Si è così venuta a determinare un'accentuata differenziazione del prodotto che, pur rappresentando di per sé un nuovo importante elemento del gioco concorrenziale, ha reso complessa per il consumatore, rispetto al passato, la scelta della migliore combinazione qualità/prezzo.

Tuttavia, a differenza di quanto si è verificato nei mercati esteri – che, come per esempio il Regno Unito, hanno sperimentato un positivo processo di liberalizzazione - la progressiva complessità dell'offerta non è stata accompagnata, in Italia, dallo sviluppo di adeguati canali distributivi in grado di facilitare, per il consumatore, il confronto tra prodotti diversi. L'unica novità che ha interessato il sistema italiano della distribuzione RCA dopo il 1994 è rappresentata dalle imprese specializzate nella vendita telefonica o telematica, le quali tuttavia, salvo rare eccezioni, costituiscono emanazione di gruppi assicurativi già presenti sul mercato italiano attraverso il tradizionale canale agenziale e detengo-

no quote di mercato ancora poco significative. La soluzione organizzativa prevalente in Italia, nella distribuzione delle polizze RCA, resta quella incentrata sull'impiego di agenti monomandatari, adottata già prima della liberalizzazione. Si tratta di una soluzione che di fatto ha ostacolato l'accesso al mercato da parte di nuovi concorrenti; ad essa sono inoltre associati, soprattutto in un mercato liberalizzato, rilevanti problemi informativi dal lato della domanda, giacché la presenza di una fitta rete di rapporti di esclusiva rende difficile per il consumatore il confronto tra le diverse offerte. Considerata la dispersione dei prezzi che, anche in ragione dell'aumento della personalizzazione, attualmente caratterizza il mercato RCA³⁰³, un consumatore in grado di confrontare agevolmente i prodotti offerti dalle diverse imprese potrebbe individuare quello che gli fornisce l'utilità più elevata e rivolgersi all'impresa che lo offre per acquistarlo. Viceversa, se i confronti sono difficili e non esistono soggetti idonei a coadiuvare il consumatore nel proprio processo di scelta, questi troverà difficoltà a spostarsi alla ricerca dell'offerta più soddisfacente, giacché i costi dell'attività di ricerca risulteranno superiori ai benefici che si potrebbero trarre in termini di minori prezzi e di maggiore qualità del servizio. Le condizioni di concorrenza nel mercato risulteranno significativamente compromesse: da un lato la rete di rapporti di distribuzione in esclusiva rende particolarmente difficile l'ingresso di nuovi operatori in grado di esercitare una pressione competitiva sulle imprese preesistenti; da un altro lato essa obbliga i consumatori ad una costosa ricerca e determina dunque una scarsa mobilità, la quale, a sua volta, accrescendo la rigidità della domanda individuale delle imprese, riduce gli incentivi delle stesse a competere e contribuisce a consolidare la stabilità delle quote di mercato.

A ciò si aggiunga che l'assetto attuale del sistema distributivo non è idoneo ad incentivare gli intermediari a sviluppare servizi informativi evoluti a favore dei consumatori: la scarsa flessibilità tariffaria consentita agli agenti assicurativi - anche per effetto della circolare Isvap n. 260/95, secondo la quale le imprese sono tenute ad indicare alle agenzie l'importo massimo degli sconti praticabili ed il numero dei possibili beneficiari - impedisce infatti agli agenti di agire sulla leva del prezzo, anche rinunciando ad una parte dei loro compensi per acquisire nuovi clienti. Ciò riduce direttamente la possibilità di concorrenza *intra*brand, con evidenti riflessi anche sulla concorrenza *inter*brand.

303. L'analisi condotta mostra che il tasso di dispersione dei prezzi delle polizze RCA è pari a circa il 10% per i profili di rischio migliori ed a circa il 20% per gli assicurati che presentano una rischiosità maggiore.

Condizioni di maggiore flessibilità tariffaria, oltre ad indurre gli stessi agenti a differenziarsi e migliorare la qualità del servizio offerto, sviluppando una serie di servizi di consulenza atti ad accrescere la qualità dell'informazione trasmessa al mercato, favorirebbero a loro volta lo sviluppo di intermediari multimarca e quindi di un sistema distributivo più idoneo a garantire trasparenza ai consumatori e a ridurre i costi di ricerca. Naturalmente, per consentire ai consumatori di beneficiare effettivamente dei vantaggi del nuovo sistema distributivo è necessaria una modifica del metodo di retribuzione dei distributori. Ciò al fine di evitare che questi ultimi siano incentivati a proporre al consumatore esclusivamente i prodotti delle compagnie che corrispondono loro il compenso più elevato. In questo senso le imprese potrebbero limitarsi a fissare il prezzo di cessione all'agente della polizza (una sorta di "prezzo all'ingrosso") e non il premio finale per il consumatore, avvicinando così la figura dell'agente a quella di un normale distributore³⁰⁴.

Si consideri infine che la maggiore concorrenza indotta dalla presenza di tipologie alternative di rapporti verticali di distribuzione incentiverebbe le stesse compagnie di assicurazione a prestare maggiore attenzione al controllo dei propri costi e al miglioramento del servizio offerto, senza ripercussioni negative sulla stabilità.

In definitiva, la scarsa trasparenza e il sistema distributivo tuttora esistente nel mercato RCA hanno prodotto elevate barriere all'entrata e costi di ricerca elevati, che i consumatori hanno mostrato di ritenere superiori ai benefici attesi. Ciò ha prodotto poca attività di ricerca da parte dei consumatori e questo ha reso rigida la domanda di impresa per la copertura RCA. La domanda di impresa rigida ha potuto consentire alle imprese di assicurazione di scaricare gli aumenti dei costi sulle tariffe, senza compromettere la redditività.

3. Il meccanismo di indennizzo

L'assetto distributivo descritto spiega perché le imprese di assicurazione RCA hanno potuto agevolmente scaricare gli aumenti dei costi sui premi finali, ma non le ragioni alla base dell'incremento consistente del costo dei sinistri osservato nel mercato italiano RCA.

304. Questo meccanismo consentirebbe agli agenti di praticare sconti senza incidere sulla stabilità delle imprese, preoccupazione che potrebbe aver ispirato la citata circolare dell'ISVAP n. 260/95.

L'indagine ha messo in evidenza come, in un sistema di assicurazione di responsabilità civile quale quello RCA il ricorso a forme di indennizzo indiretto del danno - in base al quale la vittima di un sinistro è risarcita dalla compagnia che assicura il responsabile dello stesso - riduce gli incentivi delle imprese al controllo dei costi e può compromettere l'efficace operare del meccanismo concorrenziale.

La circostanza che l'indennizzato non è colui che stipula il contratto di assicurazione, ma un soggetto terzo privo di vincoli contrattuali con la compagnia di assicurazione che deve effettuare il rimborso, produce infatti almeno due effetti di rilievo sotto il profilo della concorrenza:

- a) il contraente è scarsamente interessato alla qualità del servizio liquidativo, in quanto non ne beneficia;
- b) la compagnia di assicurazione e il danneggiato entrano, di regola, in contatto per la prima volta in occasione del sinistro e instaurano un rapporto che si esaurisce quando il sinistro viene liquidato.

In ragione di questi due effetti viene ad essere eliminata una delle principali variabili (la qualità del servizio nella fase di indennizzo) sulla quale può esplicarsi la concorrenza tra le imprese. Infatti, poiché l'assicurato non è interessato alla qualità del servizio di liquidazione fornito dalla propria compagnia assicuratrice e non esiste un rapporto diretto di mercato tra impresa e danneggiato, la compagnia di assicurazione non ha interesse ad effettuare investimenti per migliorare il servizio di indennizzo del danno, in quanto eventuali miglioramenti non andrebbero a beneficio dei propri clienti. Peraltro, proprio l'assenza di tali incentivi crea i presupposti perché i danneggiati possano attendersi comportamenti opportunistici (*moral hazard*) da parte delle imprese, come, per esempio, ritardi nella liquidazione o, nell'ipotesi in cui la riparazione fosse offerta direttamente, la fornitura di riparazioni di scarsa qualità. Per proteggersi in particolare da comportamenti opportunistici di questo secondo tipo, i danneggiati tenderanno a rifiutare un intervento diretto dell'impresa nel risarcimento del danno, preferendo ottenere un indennizzo monetario. In tal modo risulta però impedita la possibilità per l'impresa di controllare direttamente i costi di risarcimento del danno. Si consideri, inoltre, che, con un sistema di indennizzo indiretto, l'ammontare del risarcimento, che l'impresa assicuratrice si attende di dover corrispondere e che influenzerà la determinazione dei premi, non è correlato con le caratteristiche e i comportamenti del proprio assicurato, ma con quelli del danneggiato, non noti all'impresa. Pertanto, l'impresa può influenzare solo in parte

il costo atteso del risarcimento, stipulando polizze con guidatori più prudenti e quindi riducendo la probabilità di dover risarcire dei danni, ma non ha alcuna possibilità di agire sull'ammontare del risarcimento effettivo. Al fine di incidere su quest'ultimo, l'impresa di assicurazione dovrebbe poter influenzare le scelte del danneggiato, con il quale non ha alcun rapporto.

In secondo luogo, l'occasionalità del rapporto tra compagnia e danneggiato, accompagnandosi a uno svantaggio informativo della prima rispetto al secondo, incentiva comportamenti di *moral hazard* anche da parte del danneggiato che tenderà a sovrastimare l'entità dei danni subiti e, di conseguenza, del risarcimento³⁰⁵. In particolare, nel caso di danni a cose, il danneggiato potrà far riparare danni preesistenti all'incidente o scegliere modalità di riparazione particolarmente costose. Analoghi problemi si verificano nel caso di danni a persone, per cui la vittima può essere incentivata a “gonfiare” le spese mediche, sovrastimare le capacità lavorative perse permanentemente ed esagerare i disagi temporanei (strappi muscolari ecc., e tutto ciò che ricade nella categoria del “danno biologico”).

Per un altro verso ancora, gli stessi soggetti a cui si rivolge il danneggiato per la riparazione del veicolo o per le cure, possono essere indotti a tenere comportamenti opportunistici, in quanto chi sostiene il costo della prestazione è un soggetto diverso da chi la richiede.

In sintesi, il sistema di indennizzo indiretto, determinando la separazione tra chi stipula il contratto e chi ne beneficia, ricevendo l'indennizzo, riduce la possibilità per le imprese di assicurazione di proporre contratti in grado di incentivare, da parte dei diversi soggetti economici coinvolti, comportamenti virtuosi atti a contenere le spese di risarcimento. Nell'industria italiana dell'assicurazione RCA ciò ha contribuito in misura rilevante alla crescita dei costi, generalizzata a tutte le imprese, le quali hanno potuto avvantaggiarsi delle condizioni di scarsa trasparenza del mercato e di rigidità della domanda individuale, per traslare sistematicamente sui premi i rilevanti incrementi subiti dal lato dei costi.

Stante il sistema di indennizzo indiretto, gli accordi che le imprese hanno promosso, almeno con riferimento ai danni a cose, nel tentativo collettivo di migliorare la propria capacità di controllo sui comportamenti degli utenti che incidono

305. La riforma del settore RCA recentemente approvata, che prevede l'obbligo di comprovare l'avvenuta riparazione del veicolo entro tre mesi dall'indennizzo, incide solo marginalmente sul problema di *moral hazard* descritto.

in misura rilevante sui costi, si sono rivelati inutili se non controproducenti e hanno contribuito essi stessi a far lievitare i costi di indennizzo.

Rileva, in particolare, in questa prospettiva, l'accordo stipulato tra l'Ania e numerose associazioni di carrozzieri nel marzo 1992, nell'intento dichiarato di calmierare i costi delle riparazioni. Tale accordo stabilisce parametri per la valutazione del danno che, come mostra l'indagine conoscitiva, hanno determinato effetti opposti a quelli auspicati. L'Ania e i rappresentanti delle associazioni di carrozzieri hanno infatti fissato congiuntamente le tariffe della manodopera, i tempi di riparazione, il costo dei materiali e delle parti di ricambio ai livelli massimi. L'accordo implica una omogeneizzazione verso l'alto di importanti voci di costo, nel senso che i carrozzieri conoscono il valore massimo che ogni impresa è disposta a rimborsare per ciascun sinistro e sono quindi indotti a convergere verso tali massimi per i servizi di carrozzeria offerti alle imprese, certi di ottenere da queste il corrispettivo richiesto.

Il meccanismo denominato Convenzione Indennizzo Diretto - CID -, pur in linea di principio introdotto con l'obiettivo di correggere alcune disfunzioni tipiche dell'indennizzo indiretto, non si è rivelato adeguato ad incentivare il controllo dei costi di risarcimento. Sebbene finalizzata a consentire alle compagnie di indennizzare direttamente il proprio assicurato danneggiato rivalendosi successivamente sulla compagnia del danneggiante, la Convenzione è infatti applicabile solo nel caso di danni a cose per i quali esista un accordo tra danneggiante e danneggiato in ordine alla responsabilità del sinistro attestato dalla compilazione del modulo di constatazione amichevole. Inoltre, la Convenzione prevede che il danneggiato possa ottenere un risarcimento direttamente dalla propria impresa solo in caso di sinistri avvenuti tra due veicoli, esclusi ciclomotori e veicoli agricoli. Per queste ragioni, al momento della stipula del contratto, le parti non sanno se la Convenzione sarà o meno applicabile ad un eventuale sinistro.

Il sistema non si è rivelato adeguato, oltre che per la limitata applicazione dovuta al ridotto insieme di sinistri interessato, anche per le seguenti ragioni.

In primo luogo, i costi dell'indennizzo non gravano sul soggetto che effettivamente li sostiene, la compagnia di assicurazione del danneggiato, bensì sulla compagnia del danneggiante, che è chiamata a compensare integralmente la prima. In secondo luogo, la Convenzione stabilisce che la compensazione tra imprese venga determinata *ex post*, sulla base dei costi effettivamente sostenuti dall'impresa e che sono determinati in base ai costi massimi dell'accordo

Ania/carrozzeri. Ne consegue che l'impresa non ha sufficiente incentivo a contenere i costi del risarcimento al proprio assicurato, dal momento che otterrà comunque dalla compagnia del danneggiante l'importo corrisposto³⁰⁶.

Le condizioni descritte precludono alle imprese sia la convenienza economica, sia la stessa possibilità di proporre agli assicurati contratti che li incentivino a rivolgersi a carrozzerie fiduciarie delle imprese, circostanza che accrescerebbe invece significativamente la capacità delle compagnie di assicurazione di controllare i costi dell'indennizzo. Per poter traslare tali minori costi in premi più bassi e, pertanto, più competitivi, per esempio concedendo sconti o agevolazioni ai clienti che accettano il risarcimento in forma specifica con auto-riparatori convenzionati con l'impresa, l'impresa di assicurazione deve infatti essere certa di poter garantire sempre tali servizi ai propri assicurati e di riuscire ad appropriarsi dei risparmi di costo connessi con l'utilizzo delle carrozzerie fiduciarie. Viceversa, nelle forme in cui trova attuazione oggi in Italia la Convenzione CID, l'impresa è in grado di stabilire se potrà far fronte al risarcimento diretto solo successivamente al verificarsi del sinistro e, in ogni caso, eventuali risparmi di costo andrebbero a beneficio di un soggetto diverso (l'impresa di assicurazione del responsabile del sinistro)³⁰⁷.

Deve infine rilevarsi che la Convenzione CID richiede un intenso coordinamento tra le imprese, nella forma di uno scambio di informazioni su numero e costo dei sinistri, suscettibile di per sé di ostacolare le condizioni concorrenziali del mercato.

Per superare tali anomalie appare opportuno introdurre strumenti che, favorendo il determinarsi di un più appropriato contesto concorrenziale tra le imprese, possano fornire a queste ultime maggiori incentivi per il controllo dei costi. Sotto questo profilo, una soluzione radicale potrebbe consistere - specie nel caso di sinistri con danni a cose, che già da soli rappresentano la maggior parte del numero dei sinistri complessivi ed una quota rilevante degli importi liquidati - nel passaggio da una copertura di responsabilità civile verso terzi a contratti nei

306. La circostanza che la compensazione avvenga avendo a riferimento i costi contenuti in un accordo ampiamente condiviso riduce anche l'efficacia, in termini di contenimento dei costi, del sistema di conguagli recentemente introdotto, giacché di fatto tale nuovo sistema può esercitare un incentivo al contenimento dei costi solo con riferimento alle spese diverse da quelle di riparazione, più specificamente le spese di liquidazione, che sono di ammontare più contenuto.

307. L'indagine ha mostrato che, così come è stata disegnata, la convenzione CID si è rivelata inefficace a garantire il contenimento dei costi: il costo medio dei sinistri CID negli ultimi anni mostra infatti tassi di crescita elevati, pari a circa il 7% annuo nel periodo 2000-2001, in linea con quelli medi registrati da tutti i sinistri con danni a cose.

quali viene assicurato il danno (cosiddetta assicurazione diretta, quale quella oggi rinvenibile nella polizza incendio e furto auto)³⁰⁸. L'assicurato riceverebbe l'indennizzo dalla stessa compagnia con la quale ha stipulato il contratto, realizzandosi in tal modo, fin dalla stipula delle polizze, un rapporto diretto e fiduciario tra assicurato e assicuratore. Poiché la compagnia di assicurazione che ha stipulato il contratto è la stessa che dovrà corrispondere l'indennizzo, essa è incentivata a un serrato controllo dei costi. In particolare, risparmi di costi possono derivare dalla predisposizione di contratti incentivanti che inducano l'assicurato a scegliere il risarcimento in forma specifica, piuttosto che per equivalente, presso una carrozzeria indicata dalla compagnia di assicurazione.

Inoltre, potendo conoscere, in ogni momento, la storia pregressa del veicolo, l'impresa assicuratrice può evitare l'inconveniente che un danno sia indennizzato più volte, circostanza che si verifica quando l'assicurato pretende l'indennizzo per equivalente, senza procedere poi alla riparazione del proprio autoveicolo.

Infine, una soluzione simile appare idonea a ridurre in modo sensibile i costi del contenzioso legato all'accertamento della responsabilità, delle spese di resistenza e di perizia, con effetti benefici per le imprese e per gli assicurati. Al riguardo si deve richiamare quanto dichiarato dal Presidente dell'Isvap nel corso della Relazione sull'attività dell'Istituto del 1999, in merito all'incidenza elevata di tali voci di costo sulla spesa complessiva per indennizzi delle imprese di assicurazione³⁰⁹.

Vantaggi analoghi a quelli appena descritti potrebbero prefigurarsi, con riferimento anche al contenimento delle spese mediche, nell'ipotesi in cui il sistema di assicurazione diretta si estendesse a coprire i danni alla persona. Per quanto concerne i danni alla persona è, d'altra parte, opportuno considerare che la principale voce di costo è rappresentata dalle spese relative al danno biologico, il cui contenimento, in tutti i sistemi assicurativi, è generalmente ottenuto per via normativa (lo Stato definisce direttamente l'entità dei risarcimenti o impone l'isti-

308. L'indennizzo diretto per sinistri con danni alla persona presenta diverse difficoltà operative connesse sostanzialmente alla diversa natura del danno: 1) il risarcimento dovuto può essere anche di importo molto elevato; 2) la valutazione del danno richiede normalmente tempi lunghi ed è soggetta ad un notevole grado di discrezionalità, soprattutto per quanto riguarda i danni non patrimoniali. Inoltre, se è presente un'assicurazione diretta, in luogo della RCA, vi è il rischio concreto che il responsabile di un sinistro ottenga un risarcimento per i danni superiore a quello ottenuto dalle stesse vittime, le quali, peraltro, potrebbero anche subire l'imposizione di un premio più elevato (o di una franchigia). L'esperienza internazionale mostra che, proprio a causa delle difficoltà suddette, sono pochi i Paesi che hanno adottato forme alternative alla tradizionale assicurazione RCA per i danni a persone.

309. "...di fatto, su £ 100 di premio, solo poco più della metà restano destinate al risarcimento dei danni, la parte residua dovendosi attribuire mediamente per un 15% ai costi di gestione ed intermediazione e, per un altro 12%, agli oneri fiscali e parafiscali; il resto – seppure con forti variazioni da impresa ad impresa – ai costi del contenzioso, delle spese di resistenza, delle perizie e delle valutazioni medico-legali di un troppo ridondante mondo che vive e, spesso, prospera, intorno all'industria del sinistro".

tuzione di archivi che consentano di arrivare alla definizione di parametri omogenei) o per via giurisprudenziale.

Il passaggio da un'assicurazione di responsabilità civile ad un'assicurazione diretta pone tuttavia numerosi e difficili problemi, alcuni di natura giuridica - connessi con l'abbandono del tradizionale schema dell'assicurazione della responsabilità civile, impostata sul principio, che trova sanzione negli artt. 2043, 2052 e 1917 c.c., per cui del pregiudizio causato da altri deve rispondere l'autore del fatto lesivo che deve, attesa la sua colpa, risarcirlo integralmente al danneggiato, ovvero assicurarsi a tal fine per tale eventualità - altri di natura economica.

In particolare, un'assicurazione diretta dovrebbe per definizione coprire qualsiasi sinistro subito dal contraente la polizza, a prescindere dalla responsabilità. Trattandosi di una polizza destinata a coprire una gamma di rischi più ampia rispetto a quelli RCA, l'utente potrebbe trovarsi a dover pagare un premio più elevato. Inoltre, laddove le imprese prevedessero meccanismi di *experience rating* nei contratti (come il *bonus-malus*), il contraente si troverebbe a pagare un premio più elevato qualora dovesse subire un sinistro senza esserne responsabile: il passaggio dalla responsabilità civile verso terzi all'assicurazione diretta sposterebbe così l'onere connesso all'aumento del premio in conseguenza di un sinistro dal responsabile al danneggiato e contemporaneamente farebbe venir meno la responsabilità di colui che ha causato il danno.

Più in generale, l'indagine conoscitiva ha chiarito come, nell'esperienza internazionale, si evidenzino forti resistenze all'applicazione di un principio di assicurazione diretta e che anche i Paesi che, in via esclusiva o come opzione alternativa, lo accolgono, come alcuni degli Stati USA, hanno introdotto vaste e significative limitazioni e modifiche al suo operare.

La stessa esperienza internazionale, soprattutto con riferimento a Paesi in cui i mercati assicurativi presentano un significativo grado di concorrenza, mostra tuttavia che possono esistere vie intermedie efficaci fra l'attuale modello di responsabilità civile con indennizzo indiretto e l'adozione di forme di assicurazione diretta. Si tratta di sistemi che, pur mantenendo il principio della responsabilità civile verso terzi, in virtù di un'applicazione effettivamente generalizzata di meccanismi di indennizzo diretto, riescono ad ottenere gli stessi effetti, in termini di incentivi all'efficienza, dei sistemi di assicurazione diretta. Risulta particolarmente interessante l'esperienza della Francia, dove negli ultimi dieci anni il prezzo medio pagato dagli assicurati è rimasto invariato nonostante un tasso di inflazione del 14% nello stesso periodo. Analizzando il sistema francese, è emerso che, pur essendosi mantenuta la responsabilità civile verso terzi, è stato previsto il ricorso all'indennizzo diretto, accompagnato, tuttavia, da un efficace meccanismo di compensazione tra le imprese. A differenza di quanto oggi avviene in Italia con la CID, il ricorso all'indennizzo diretto si estende in Francia alla

quasi totalità dei danni a cose e ai danni alle persone al di sotto di una certa soglia di invalidità permanente; ma, soprattutto, la compensazione tra l'impresa del danneggiato che risarcisce il danno subito dal proprio assicurato e l'impresa che assicura il responsabile non avviene, come si verifica con la Convenzione CID, *ex post* sulla base di quanto effettivamente pagato, bensì prevedendo un importo fisso, determinato *ex ante* e commisurato al valore medio storico dei risarcimenti pagati in un appropriato periodo di riferimento³¹⁰.

Traendo ispirazione dal modello francese, che è quello la cui adozione comporterebbe minori modifiche rispetto al sistema oggi esistente in Italia, si potrebbe in particolare prevedere, in luogo dell'attuale Convenzione CID, una nuova e diversa convenzione tra le imprese, basata su due criteri fondamentali: (i) che gli assicurati debbano essere sempre indennizzati dalla propria compagnia, almeno per i danni a cose subiti; (ii) che quest'ultima riceva sempre una compensazione *forfetaria* predeterminata, da parte della compagnia del danneggiante.

La definizione di un meccanismo di compensazione, tra l'assicurazione del danneggiante e quella del danneggiato - a condizione che non presenti i limiti che caratterizzano i meccanismi attualmente previsti dalla Convenzione CID e al quale, soprattutto, sia estraneo ogni riferimento a un accordo collettivo tra Ania e carrozzieri - ha una rilevanza cruciale affinché tale sistema sia effettivamente idoneo a fornire agli operatori gli incentivi appropriati ad un efficiente contenimento dei costi. In particolare, come nel sistema francese, è necessario che la compensazione sia determinata *ex ante* e abbia carattere forfetario - sia per esempio commisurata a un valore medio dei risarcimenti pagati in un precedente periodo di riferimento - in modo da essere indipendente dalla effettiva onerosità del singolo sinistro. In tal modo, infatti, l'impresa di assicurazione del danneggiato avrebbe un forte interesse a contenere l'effettivo costo del risarcimento del sinistro, giacché gli eventuali risparmi di costo, rispetto alla compensazione forfetaria, andrebbero a suo beneficio. In questa prospettiva, le compagnie di assicurazione potrebbero anche trovare convenienza ad incentivare i propri assicurati, ad esempio mediante una appropriata politica di sconti sui premi, a servirsi di auto-officine autorizzate da parte della compagnia di assicurazione, in alternativa all'indennizzo in denaro.

Più in generale, almeno con riferimento ai danni a cose, un meccanismo di indennizzo diretto con compensazione forfetaria, mantenendo inalterata la responsabilità civile verso terzi, appare in grado di introdurre incentivi adeguati ad indurre comportamenti virtuosi, con riguardo al contenimento dei costi, da parte di tutti i

310. Questo meccanismo di compensazione, che sembra aver contribuito, in Francia, ad una seria riduzione dei costi a beneficio dei prezzi finali corrisposti dai consumatori, evita tra l'altro che tra le imprese si realizzi un pervasivo scambio di informazioni sui singoli sinistri.

soggetti coinvolti, stimolando significativamente il confronto competitivo tra le compagnie. In primo luogo, come già richiamato, la natura forfetaria della compensazione incentiva la compagnia di assicurazione del danneggiato, la quale effettivamente sostiene il costo della riparazione, ad effettuare un controllo stringente su tale voce, affinché resti sistematicamente al di sotto dell'ammontare previsto per la compensazione. In particolare, la compagnia sarebbe stimolata a controllare gli auto-riparatori, prevenendone comportamenti opportunistici. In questa stessa prospettiva, le imprese di assicurazione potrebbero trovare convenienza a incentivare i propri assicurati a ricorrere alla riparazione presso auto-officine convenzionate, limitando le richieste di indennizzi in denaro, alle quali possono più facilmente associarsi comportamenti fraudolenti. In secondo luogo, dovendo provvedere direttamente a indennizzare il proprio cliente, con il quale ha interesse a stabilire una relazione economica di lungo periodo, l'impresa avrà anche interesse a contenere le spese di riparazione con modalità che siano al contempo apprezzate dal danneggiato. Per le stesse ragioni, l'assicurato, posto dalla propria compagnia di fronte all'alternativa di rinunciare all'indennizzo monetario, avrebbe ragione di attendersi una soddisfacente qualità del servizio di riparazione, sul quale le imprese di assicurazione sarebbero stimolate a farsi concorrenza³¹¹.

Dal punto di vista dell'intero sistema, inoltre, in luogo di un'unica convenzione tra l'associazione di categoria e tutte le carrozzerie che omogeneizza verso il massimo i costi di tutte le compagnie, vi sarebbe un incentivo, per ciascuna impresa di assicurazione, a ricercare soluzioni individuali che contemperino l'esigenza di contenere i costi di riparazione con quella di fornire un servizio di qualità elevata per i propri assicurati. Ciò eviterebbe quegli scambi di informazioni cui le imprese fanno ricorso per coordinarsi sul funzionamento di un sistema di compensazione complesso, quale quello esistente oggi in Italia. Ulteriori vantaggi sono infine rappresentati dal miglior controllo che le imprese potrebbero esercitare sulla qualità del parco auto relativo al proprio portafoglio e quindi dalla possibilità di prevedere con maggiore precisione l'effettiva esposizione al rischio, con evidenti effetti benefici sul processo di tariffazione.

Gli argomenti che precedono sono stati compiutamente svolti facendo riferimento, anche per ragioni esemplificative, al risarcimento di danni a cose. Gli stessi argomenti possono, in linea di principio, ugualmente applicarsi al caso di danni alle persone, almeno per quanto riguarda il maggior incentivo concorrenziale che da un regime di risarcimento diretto, mantenendo il principio della responsabilità civile verso terzi, può derivare al contenimento delle spese mediche.

311. Si osservi che gli incentivi opererebbero invece in maniera perversa se, secondo una recente proposta, i servizi di riparazione fossero offerti dall'assicurazione del danneggiante, cioè nell'ambito del sistema attuale di indennizzo indiretto.

Occorre tuttavia considerare con adeguata ponderazione il diverso bene tutelato nel caso di danni alle persone: la salute e l'integrità fisica. Per i danni alle persone il risarcimento dovuto può dunque essere anche di importo molto elevato e la relativa valutazione richiede normalmente tempi lunghi ed è soggetta ad un notevole grado di discrezionalità. Tali difficoltà inoltre si accrescono quando si considerano più specificamente i danni non patrimoniali. Con riferimento a questa ultima tipologia di danni, è opportuno tenere conto dell'esperienza di altri Paesi, che mostra come sia possibile adottare alcuni accorgimenti atti a contenere l'impatto incontrollato sui costi delle imprese di assicurazione. In particolare, così come avvenuto nella generalità degli altri Paesi, è necessario procedere in tempi rapidi alla predisposizione di una tabella unica nazionale, quantomeno per il danno biologico. Questo tipo di soluzione, riducendo l'incertezza sull'ammontare dei risarcimenti, avrebbe effetti benefici sui tempi e sui costi di liquidazione e contribuirebbe a ridurre in modo rilevante il contenzioso, che rappresenta uno degli elementi che influiscono maggiormente sul costo dei risarcimenti per i danni a persone.

4. Considerazioni finali

In definitiva, l'indagine ha consentito di verificare che, accanto a comportamenti collusivi delle imprese già accertati dall'Autorità nel 2000 con un apposito procedimento istruttorio, il mercato assicurativo RCA presenta delle anomalie che sicuramente non hanno incentivato le imprese a competere, ma a cui dal canto loro le imprese non hanno saputo reagire efficacemente, come invece, avvenuto in altri Paesi che hanno sperimentato un'analoga liberalizzazione. A conclusione dell'indagine, l'Autorità ritiene che una rivisitazione dell'assetto distributivo ed una radicale innovazione del meccanismo di indennizzo indiretto, almeno con riferimento ai danni a cose, possano contribuire al raggiungimento di un corretto assetto concorrenziale. Soluzioni diverse rispetto all'attuale sistema di distribuzione monomarca, accompagnate da adeguati incentivi, anche connessi con un diverso sistema di remunerazione degli agenti, faciliterebbero il confronto del consumatore tra prodotti concorrenti e dunque una maggiore mobilità della domanda a vantaggio della concorrenza tra imprese. Il passaggio a forme di indennizzo diretto nell'ambito della responsabilità civile, a sua volta, dovrebbe comportare la ricerca individuale di soluzioni efficienti, essendo in questo caso rinvenibile un interesse effettivo dell'impresa a fornire un servizio di qualità elevata a prezzi contenuti al fine di non perdere i propri clienti.

L'adozione di siffatte soluzioni è in grado di stimolare la concorrenza a livello distributivo, di incentivare le imprese a competere sulla qualità del servizio e di eliminare numerose inefficienze riscontrate nel sistema attuale. Ciò dovrebbe tradursi in una riduzione dei costi, in un contesto che ne faciliterebbe la traslazione sui prezzi finali a beneficio dei consumatori.

Appendice A

Il calcolo del premio dell'assicurazione RCA

212

A.1 Il calcolo del premio per i rischi del settore danni

Il premio è il prezzo che l'assicurato deve pagare per il servizio reso dall'impresa di assicurazione. A causa del "ciclo produttivo invertito" che caratterizza il mercato assicurativo, in virtù del quale i ricavi (premi) sono anticipati rispetto ai costi, l'impresa deve stimare per ciascun esercizio l'ammontare complessivo di premi necessario a coprire i costi che essa sosterrà nel periodo di validità della tariffa. In sostanza, l'impresa deve stimare: l'ammontare dei risarcimenti relativi ai sinistri che si verificheranno; le spese di gestione sostenute per una data linea di *business* e la remunerazione del capitale investito, sempre con riferimento a quella linea di affari.

La metodologia utilizzata per il calcolo del premio nel ramo RCA non differisce da quella generalmente usata per tutti i rischi compresi nel settore dell'assicurazione danni.

Il premio di tariffa, che rappresenta il premio effettivamente pagato dal contraente, al netto delle imposte, è costituito da due componenti: 1) il premio

puro, che dovrebbe coprire il costo dei risarcimenti pagati dall'impresa, dato dal prodotto tra la probabilità che si verifichi il sinistro e l'ammontare medio del danno da risarcire; 2) il cosiddetto caricamento, che dovrebbe coprire le spese di gestione, fornire la remunerazione del capitale investito nell'impresa e garantire la stessa da possibili evoluzioni negative del mercato. Più esattamente, il caricamento dovrebbe coprire: il cosiddetto caricamento di rischio, determinato dall'impresa per fronteggiare il rischio che si verifichi uno scostamento negativo tra frequenza stimata e frequenza effettiva dei sinistri; i costi di gestione (spese generali, ammortamenti, costi del lavoro, provvigioni agli agenti, spese di liquidazione); la remunerazione del capitale proprio, commisurata ad un tasso corrispondente al rendimento medio dei capitali investiti nel comparto assicurativo.

Si ipotizzi di poter osservare n rischi omogenei e assicurabili¹, per un periodo della durata di un anno, e che nel corso di tale periodo si verifichino p sinistri, ciascuno dei quali determina un danno di importo pari a, per $i=1, \dots, n$.

La spesa media per ciascuno degli n rischi sarà quindi:

$$P = (D_1, \dots, D_p) / n$$

Per n sufficientemente grande, P rappresenta un valore approssimato del costo medio, nel senso del calcolo delle probabilità, dei danni determinati da un rischio del tipo considerato. Pertanto, considerando un altro gruppo di rischi analoghi, ad esempio i rischi relativi ad un dato insieme di autoveicoli nell'anno seguente, il costo medio dei danni per singolo veicolo avrà un valore approssimativamente uguale a P .

Prescindendo dal reddito derivante dall'investimento dei premi dal momento del pagamento del premio al momento dei pagamenti degli eventuali sinistri, P rappresenta un valore approssimato del premio puro relativo all'assicurazione considerata. Naturalmente, il grado di approssimazione è tanto maggiore quanto più è grande il numero dei rischi omogenei usati per determinare P .

1. Perché un rischio sia assicurabile devono essere soddisfatte le seguenti condizioni: omogeneità, aleatorietà, stabilità, indipendenza dagli altri rischi.

Con riferimento al ramo RCA, P viene calcolato come prodotto di due componenti:

$$P = q \times k \times D$$

dove $q = f \times k$ è la frequenza dei sinistri (sempre nel senso del calcolo delle probabilità), e $D = ((D_1, \dots, D_p)/n)$ è l'importo medio del danno che subisce un rischio in caso di sinistro².

In pratica, per determinare il premio puro è necessario stimare la distribuzione della frequenza dei sinistri e la distribuzione dell'ammontare medio del danno. Nel caso della RCA è possibile ipotizzare, con buona approssimazione, che tutte le polizze siano uniformemente esposte a rischio durante il periodo della loro validità (in genere pari a 12 mesi) e che i sinistri ad esse relativi si distribuiscano sempre uniformemente lungo lo stesso periodo. Nel calcolare l'ammontare medio dei sinistri occorre tenere conto del fatto che il pagamento dei sinistri spesso avviene successivamente alla chiusura dell'esercizio di riferimento. Ciò è particolarmente vero per la RCA, dove il pagamento del sinistro può avvenire anche diversi anni dopo il verificarsi dello stesso, in quanto esso riguarda anche danni alla persona, di difficile e non immediata determinazione. Inoltre, occorre prendere in considerazione i sinistri inizialmente denunciati e successivamente chiusi dall'impresa senza pagamenti ed i sinistri chiusi senza seguito che poi vengono riaperti, quando viene meno la motivazione per la loro chiusura. Di tali circostanze deve tenersi conto al momento di valutare i pagamenti futuri necessari ad una corretta determinazione dell'ammontare dei pagamenti riferiti ad un certo anno, in sostanza al momento in cui si determina la cosiddetta riserva sinistri. Va sottolineato come la valutazione della riserva sinistri, che ha grossi elementi di indeterminatezza, trasferisce la sua variabilità nella determinazione della tariffa da applicare.

2. In realtà, poiché ogni rischio può essere colpito da più di un sinistro, la formula è modificata nel seguente modo: indicando con pp il numero dei rischi colpiti in un anno, uno o più volte, per cui $pp \leq p$, il costo medio è dato da: $P = f \times k \times D$, dove $f = pp/n$ rappresenta la frequenza dei contratti che subiscono almeno un sinistro ed è quindi l'espressione empirica della probabilità che un dato rischio, avente le caratteristiche dei rischi osservati, venga colpito da almeno un sinistro nel corso dell'anno; $k = p/pp$ è il numero medio di sinistri che possono colpire un rischio in un anno, nell'ipotesi che il rischio venga colpito da almeno un sinistro $D = ((D_1, \dots, D_p)/n)$ è l'importo medio del danno che subisce un rischio in caso di sinistro.

A.2 Metodologia di calcolo della tariffa Filippi

La ragione per cui si ritiene opportuno presentare una tale descrizione dettagliata risiede principalmente nel fatto che questa metodologia è ancora largamente utilizzata dalle imprese di assicurazione italiane.

Da questo punto di vista, appare di particolare interesse approfondire gli aspetti di questa procedura relativi al calcolo del costo dei sinistri riservati e del rendimento delle riserve sinistri. In particolare, la valutazione del costo dei sinistri riservati influisce sia sul livello del premio (esso deve assicurare in media l'equilibrio finanziario) sia sull'entità degli accantonamenti alle riserve sinistri, due elementi cruciali nell'attività delle compagnie. Si è visto come le riserve tecniche vengano determinate in modo ampiamente discrezionale; poiché l'ammontare e la variabilità delle stesse influiscono in modo estremamente sensibile sul livello e sulla variabilità dei premi, è necessario comprendere le modalità di determinazione delle stesse.

A.2.1 Determinazione del premio medio puro del periodo T

La tariffa dell'anno T (e quindi la variazione da apportare alla tariffa del periodo T-1) era calcolata dalla Commissione Filippi nell'anno T-1, sulla base dei dati riferiti all'anno T-2. Tali dati, assieme a quelli degli anni T-3 e T-4, erano impiegati in particolare per determinare la struttura temporale dei pagamenti dei sinistri verificatisi in T-2, al fine di adeguare la stima del costo medio dei sinistri a riserva rispetto a quella desumibile dai bilanci delle compagnie assicuratrici. Una volta adeguati i valori relativi al periodo T-2, essi venivano riportati al periodo T e quindi era calcolato l'incremento del premio medio rispetto al periodo T-1.

Le fasi seguite nella determinazione della tariffa Filippi possono essere sintetizzate come segue. In primo luogo, si calcolava il costo medio dei sinistri con seguito (sinistri pagati+sinistri riservati).

Tale costo veniva quindi adeguato in base all'osservazione della struttura per anno di accadimento dei sinistri pagati negli anni T-2, T-3 e T-4, considerando a tal fine 10 generazioni pregresse. Per ciascuno di tali anni veniva calcolato il costo medio dei sinistri pagati in quell'anno ma generati uno, due, ecc. fino a 10 periodi prima; le serie di costi medi erano poi riportate tutte a valori T-2 applicando dei coefficienti che tenevano conto (i) delle modifiche intervenute al

parco veicoli assicurato e (ii) del tasso di inflazione tra T-3 e T-2 e tra T-4 e T-2. La media dei valori delle tre serie dava quindi una serie di costi medi che, proiettata nel futuro sulla base dei tassi di inflazione previsti e della cadenza stimata di pagamento dei sinistri generati in T-2, permetteva di calcolare un costo medio dei sinistri riservati “inflazionato”. Tale costo era poi corretto, in diminuzione, per i rendimenti finanziari derivanti dall’investimento della riserva sinistri.

Al costo medio, così corretto, era quindi applicato un ulteriore coefficiente di correzione per tenere conto del fatto che i dati utilizzati per calcolare il fabbisogno tariffario per l’esercizio T erano relativi a due esercizi precedenti.

La seconda fase consisteva nella stima della frequenza dei sinistri con seguito. La frequenza dei sinistri, ottenuta partendo dai dati osservati, era corretta per annullare gli effetti delle doppie denunce che scaturivano dall’applicazione della Convenzione CID, nonché per tenere conto dell’incidenza dei sinistri comunicati in ritardo rispetto all’esercizio di competenza e del cosiddetto fenomeno delle riaperture, ossia quei sinistri denunciati ed inizialmente eliminati dalle imprese perché ritenuti senza seguito, e successivamente riaperti. Il valore così ottenuto era quindi corretto per un coefficiente che tenesse conto del passaggio dall’esercizio T-2 all’esercizio T.

Nella terza fase si calcolava il premio medio puro della tariffa del periodo T, dato dal prodotto tra costo medio (corretto come descritto in precedenza) e frequenza dei sinistri (anch’essa corretta), modificato con un coefficiente che includeva il contributo obbligatorio al Fondo di Garanzia Vittime della Strada e consentiva di tenere conto del contributo al S.S.N³.

A.2.2 Determinazione della variazione del premio medio in vigore nel periodo T-1

Una volta ricavato il premio medio puro della tariffa del periodo T, sulla base dei dati del periodo T-2, occorre calcolare l’aumento che è necessario applicare alla tariffa in vigore nel periodo T-1 per raggiungere il premio medio puro della tariffa del periodo T. A tal fine occorre stimare il premio medio puro del periodo T-1, non ancora calcolabile direttamente sulla base dei dati a disposizione.

3. La Legge n. 38 del 28 febbraio 1990 ha assimilato il trattamento del contributo al SSN a quello dell’imposta governativa sui premi, rinviandone quindi l’applicazione ad un momento successivo alla determinazione dei premi puri di tariffa. Al fine di rendere omogeneo il confronto tra le stime fatte ed il premio puro necessario per la tariffa 1993 (comprensivo del contributo al SSN) è necessario applicare un coefficiente correttivo per scorporare il contributo al SSN dal premio.

Il punto di partenza è il premio medio netto del periodo T-2, ricavato dal rapporto tra premi imponibili e numero di veicoli anno; esso viene depurato dai caricamenti e dal contributo al SSN per ottenere il premio medio puro del periodo T-2.

Per ottenere il premio puro relativo alla tariffa del periodo T-1, in assenza dei dati di bilancio relativi al periodo T-1, si corregge il premio medio puro del periodo T-2 attraverso due coefficienti che riflettono la variazione del parco circolante (i) tra T-3 e T-2 e (ii) tra T-2 e T-1. Il primo coefficiente permette di trasformare i premi incassati in T-2 ma riferiti alla tariffa del periodo T-3 in premi riferiti alla tariffa T-2 (la tariffa generalmente non entra in vigore il primo gennaio ma più tardi); il secondo coefficiente permette invece di stimare il premio puro della tariffa T-1 sulla base di quello della tariffa T-2, così come corretto dal primo coefficiente. Per il calcolo dei coefficienti correttivi si considera che il premio medio è il risultato della moltiplicazione del premio di ingresso per i coefficienti medi relativi a massimali di garanzia, potenza dei veicoli, zone territoriali e classi di bonus/malus; questi ultimi coefficienti medi sono ottenuti come medie ponderate sull'ultima distribuzione disponibile del parco auto circolante, generalmente quella del periodo T-1.

Si ottiene in questo modo il premio medio puro corrispondente alla tariffa T-1, che viene successivamente depurato dal contributo al SSN per ottenere il cosiddetto premio medio garantito dalla tariffa T-1. Dalla differenza tra tale premio e il premio puro della tariffa T si ottiene la variazione da apportare alla tariffa T-1.

A.2.3 Il costo dei sinistri posti a riserva

I sinistri posti a riserva sono i sinistri avvenuti nell'esercizio, ma per i quali i relativi indennizzi verranno pagati in esercizi successivi. Parte dei premi incassati nell'esercizio deve essere dunque accantonata per coprire il prevedibile costo di liquidazione di tali sinistri in futuro. A tal fine, occorre stimare il costo futuro di liquidazione. Tale stima avviene sulla base del costo dei sinistri degli anni precedenti, aggiustato opportunamente per tenere conto dell'inflazione e delle variazioni nel parco circolante.

Punto di partenza per il calcolo è il costo medio sinistri pagati e riservati, al netto dei costi di liquidazione e delle "spese di resistenza", nel periodo per il quale sono disponibili i dati più aggiornati (nel caso della Tariffa Filippi relativa all'anno T, gli ultimi dati completi si riferiscono al periodo T-2); indicheremo

tale costo con $CMN(T-2)$. Una prima correzione è effettuata per tenere conto del fatto che una certa proporzione di sinistri denunciati, considerati senza seguito e quindi eliminati in T-2, viene riaperta negli anni successivi; tale correzione è basata sull'andamento delle riaperture nei tre anni precedenti T-2 e dà luogo ad una stima rettificata della percentuale di sinistri "riservati" nell'anno T-2. Indicheremo tale percentuale corretta con $\%SRc$.

Nella fase successiva, il costo medio dei sinistri posti a riserva viene ricalcolato sulla base dei dati elementari desumibili dagli allegati ai bilanci, al fine di neutralizzare gli effetti delle politiche di bilancio e delle particolari valutazioni aziendali. Tale calcolo si articola in quattro passaggi:

1) innanzitutto, sulla base della struttura per anno di generazione dei sinistri ancora aperti nei periodi T-2, T-3 e T-4, si stima la percentuale di sinistri riservati in T-2 che si prevede verranno chiusi in ciascuno degli anni successivi a T-2. Tale percentuale viene corretta per tenere conto delle doppie denunce dovute all'uso del CID;

2) i sinistri liquidati in T-2, ma avvenuti in periodi precedenti, vengono divisi in classi, a seconda che il sinistro sia avvenuto uno, due, tre, e così via fino a dieci o più periodi prima di T-2; per ogni classe si calcola il costo medio al netto delle spese di resistenza; la stessa procedura si applica agli anni T-3 e T-4, con riferimento ai sinistri liquidati in T-3 e T-4 ma avvenuti in anni precedenti (fino a T-11). Le tre serie di costi contengono tuttavia valori disomogenei, a causa dell'evoluzione del parco circolante e dell'inflazione. Esse vengono quindi corrette per riportare tutti i valori all'anno T-2, applicando dei coefficienti che tengono conto: (i) delle modifiche intervenute tra T-2 e T-11 al parco veicoli assicurato; e (ii) del tasso di inflazione tra T-3 e T-2 e tra T-4 e T-2. Si ottengono in tal modo tre serie di valori (per i sinistri liquidati in T-2, T-3 e T-4), riportanti i costi medi, corretti per le variazioni del parco circolante e a prezzi T-2, dei sinistri liquidati in un dato anno ma verificatisi uno, due, ecc. periodi prima. Si calcola poi, per ciascuna serie, la media (ponderata per la proporzione di sinistri generati in un certo anno e liquidati nel periodo considerato sul totale di quelli liquidati nel periodo); la media di tali medie dà una prima stima del costo medio rettificato dei sinistri a riserva;

3) occorre tuttavia considerare che il costo dei sinistri generati in T-2 ma liquidati in periodi successivi risentirà dei futuri tassi di inflazione. Il costo medio dei sinistri a riserva viene dunque corretto tenendo conto dei tassi di interesse previsti e della sequenza di pagamento stimata dei sinistri avvenuti in T-2 negli anni

successivi. La Commissione Filippi ha usato come stima dei tassi di inflazione i tassi programmati dal Governo. Si ottiene così il costo medio corretto dei sinistri riservati, $CMSRc$;

4) a questo punto è possibile ricalcolare il costo medio dei sinistri nel periodo T-2, secondo la formula $CMc=(CMSRc)(\%SRc)+(CMSP)(1-\%SRc)$. Dividendo il costo medio dei sinistri corretto per quello non corretto, si ottiene un coefficiente di adeguamento del costo medio dei sinistri (riservati e non) verificatisi in T-2.

A.2.4 Il rendimento finanziario delle riserve tecniche

Le riserve costituite dai premi accantonati per far fronte ai costi futuri derivanti dalla liquidazione dei sinistri avvenuti nell'esercizio corrente vengono investite, generalmente in attività a basso rischio. Il rendimento ottenuto da tali riserve è un reddito aggiuntivo che va a coprire in parte il costo del sinistro; perciò, occorre accantonare in T non una somma pari al costo medio (corretto) del sinistro riservato, ma una somma tale che, investita ad un certo tasso di rendimento per un periodo corrispondente al periodo che passa tra il verificarsi del sinistro e la sua liquidazione, produca al momento della liquidazione del sinistro un montante pari alla somma da liquidare.

Dato che i sinistri verranno pagati in più anni successivi alla generazione del sinistro, le somme accantonate nella riserva sinistri rimarranno investite per tempi diversi; inoltre, esse verranno utilizzate per diversi tipi di investimenti, aventi ognuno un diverso tasso di rendimento. Occorre allora determinare: (i) la dilazione di pagamento media; (ii) l'andamento futuro dei rendimenti, tenendo conto del tasso di inflazione; e (iii) la composizione del portafoglio delle imprese, ossia del patrimonio a copertura delle riserve tecniche. Attraverso (ii) e (iii) è possibile calcolare un tasso di rendimento medio ponderato del patrimonio investito; il costo medio corretto, per ciascun anno futuro di liquidazione dei sinistri avvenuti in T (calcolato in precedenza), è quindi attualizzato al tempo T utilizzando i tassi di rendimento ponderati e le dilazioni medie di pagamento⁴. Più precisamente, l'attualizzazione è rife-

4. Sia x il costo medio (corretto) del sinistro avvenuto in T e liquidato 2 anni dopo, con una dilazione media di 365+124 giorni. Se la data di incasso media dei premi derivanti dalla nuova tariffa è il 1° dicembre, per attualizzare x occorrerà utilizzare il tasso di rendimento di T per 30 giorni, il tasso di rendimento di T+1 per 365 giorni e quello di T+2 per i giorni rimanenti.

rita al giorno in cui in media saranno incassati i premi derivanti dalla tariffa del periodo T, per la durata della sua vigenza.

Si ottiene così un costo medio corretto scontato che, confrontato con quello non scontato, dà un coefficiente di correzione che verrà applicato al costo medio del sinistro in T-2.

A.3 La tariffa Filippi

La variazione da apportare al tempo T alla Tariffa T-1 è data da:

$$[1] \quad \Delta T = \left(\frac{A}{B} - 1 \right) \times 100$$

dove A = premio medio puro di tariffa (prodotto tra costo medio e frequenza dei sinistri che graveranno sulla nuova tariffa T

B = premio medio puro garantito di tariffa al tempo T-1 (premio medio incassato ai rinnovi contrattuali)

$$[2] \quad A = a_1 \times a_2$$

dove a_1 = premio medio puro per tariffa anno T

a_2 = coefficiente correttivo *ex lege* comunitaria

$$[3] \quad B = b_1 \times b_2 \times b_3$$

b_1 = premio medio puro esercizio T-2

dove b_2 = coefficiente per passaggio da esercizio T-2 a tariffa t-1

b_3 = coefficiente correttivo contributo al SSN

$$[4] \quad A = a_1 \times a_{11} \times a_{12} \times a_{13} \times a_{14}$$

a_{11} = costo medio per tariffa anno T

dove a_{12} = rendimento finanziario riserve tecniche (9,125% nella tariffa 1993)

a_{13} = frequenza sinistri per tariffa anno T

a_{14} = coefficiente contributo Fondo di Garanzia Vittime della Strada

- [5] $A = a_{11} \times a_{111} \times a_{112} \times a_{113} \times a_{114} \times a_{115}$
- a_{111} = costo medio (sinistri pagati+sinistri riservati) anno T-2 (dati delle imprese)
- dove a_{112} = adeguamento costo medio sulla base dei pagamenti
- a_{113} = passaggio da generazione T-2 a tariffa T
- a_{114} = spese di resistenza
- a_{115} = familiari infortunati
- [6] $A = a_{13} \times a_{131} \times a_{132} \times a_{133} \times a_{134} \times a_{135}$
- a_{131} = frequenza sinistri anno T-2
- a_{132} = coefficiente per IBNR
- dove a_{133} = coefficiente per riaperture
- a_{134} = ipotesi per passaggio da generazione T-2 a tariffa T
- a_{135} = familiari infortunati

Appendice B

222

Le fonti

Le informazioni ed i dati contenuti e/o utilizzati per l'indagine conoscitiva sono state tratte da diverse fonti, di seguito elencate.

Audizioni con le imprese:

Sono stati auditi i rappresentanti delle principali compagnie di vendita diretta:
in data 27 gennaio 2000, i rappresentanti della Linear S.p.A.;

in data 2 febbraio 2000, i rappresentanti della Lloyd 1885 S.p.A.;

in data 3 febbraio 2000, i rappresentanti della Crowe Italia s.r.l.;

in data 4 febbraio 2000, i rappresentanti della Genertel S.p.A.

Audizioni con le associazioni di categoria:

in data 4 maggio, i rappresentanti del Sindacato Nazionale Agenti;

in data 5 maggio 1999, i rappresentanti dell'AIBA - Associazione Italiana *Brokers* di Assicurazioni e Riassicurazioni;

in data 20 maggio 1999, i rappresentanti della Confederazione Sindacale Agenti di Assicurazione;

in data 4 novembre 1999, i rappresentanti di diverse associazioni di carrozzieri: ANC-Associazione Nazionale Carrozzeri, AIRA-Associazione Italiana Riparatori Auto, FIAM-Federazione Italiana Artigiani Metalmeccanici;

in data 8 novembre 1999, i rappresentanti delle seguenti associazioni di periti: Federperiti, Snapia, Snapis, Aicis, Cicapec, Snapi;

in data 4 novembre 1999, i rappresentanti del Cestar-Centro Studi Auto Riparazioni – gestito dall’Ania.

Audizioni con esperti del settore:

in data 1° febbraio 2000 è intervenuto in audizione il Prof. Luigi Buzzacchi, docente di Economia Industriale al Politecnico di Torino ed esperto del ramo RCA;

in data 29 febbraio 2000, i rappresentanti della Tillinghast-Towers Perrin, società di consulenza specializzata nel settore assicurativo.

Audizioni con le associazioni di consumatori:

in data 19 maggio 1999, i rappresentanti delle associazioni di consumatori riunite nel Consiglio Nazionale dei consumatori e degli utenti.

Studi di approfondimento:

uno studio realizzato dal Prof. Gennaro Olivieri, ordinario di Matematica Finanziaria all’Università Luiss “Guido Carli” e attuario. Nello studio sono stati sviluppati i seguenti argomenti, con riferimento ad un campione significativo di imprese operanti nel settore: verifica tecnico-attuariale delle tariffe RCA applicate dalle imprese; verifica delle riserve sinistri RCA in base alle usuali metodologie statistico-attuariali di valutazione; definizione di una tariffa attuariale di riferimento per il settore RCA sulla base di dati personalizzati di ciascuna impresa e verifica della rispondenza della tariffa applicata da ciascuna impresa inclusa nel campione a tale tariffa di riferimento;

uno studio realizzato dalla Prof.ssa Lucia Vitali, ordinaria di Economia dell’Assicurazione all’Università di Roma “La Sapienza”. Nello studio è stata

svolta un'analisi economica mirante a fornire un quadro generale dell'evoluzione del ramo RCA, con particolare riferimento ad un campione di imprese rappresentativo del mercato.

Questionari e richieste di informazioni:

23 dicembre 1998, questionario inviato ad un campione significativo di venticinque imprese attive nel ramo RCA, composto da una parte statistico attuariale e da una parte sulla struttura del mercato.

Indagine svolta per conto dell'Autorità dall'allora Centro tutela Concorrenza e Mercato della Guardia di Finanza su un campione di novanta agenzie in rappresentanza di quindici tra le principali compagnie di assicurazione. Il campione è stato scelto in modo tale da garantire la massima rappresentatività, selezionando per ogni gruppo assicurativo, l'impresa che raccoglie il più elevato volume di premi nel ramo della RCA. In ciascuna delle tre città incluse nel campione, Milano, Roma e Bari, sono state oggetto di accertamenti trenta agenzie, due per ogni impresa di assicurazione. L'indagine, effettuata allo scopo di accertare il comportamento delle imprese in materia di assicurazione auto, mirava a verificare 4 elementi fondamentali: a) la disponibilità effettiva delle agenzie a stipulare i due tipi di polizza RC e incendio e furto, anche separatamente, per gli autoveicoli e per i ciclomotori; b) i prezzi delle polizze; c) l'accessibilità da parte del pubblico al tariffario di riferimento; d) le eventuali condizioni aggiuntive. Ad esempio, per la RC la richiesta di franchigia sulla polizza di tipo bonus-malus; per l'incendio e furto, l'inclusione di garanzie accessorie non richieste⁵.

Richieste di informazioni inviate periodicamente a tutte le imprese operanti nel settore dell'assicurazione auto, su: bilanci relativi agli esercizi compresi tra il 1993 ed il 1998; tariffari in vigore dal 1994 al 1999.

⁵ Da tale indagine è emerso, tra l'altro, che tutte le agenzie oggetto di accertamenti hanno rifiutato di stipulare una polizza per la sola copertura dei rischi incendio e furto. Trattandosi di comportamenti riconducibili ad una possibile fattispecie di *tie-in*, potenzialmente lesiva della concorrenza, dagli accertamenti della Guardia di Finanza è scaturito un procedimento istruttorio, avviato in data 8 settembre 1999, nei confronti di quindici imprese. Detto procedimento è stato ampliato, soggettivamente ed oggettivamente, in data 10 novembre 1999, nei confronti di altre quattordici imprese di assicurazione e di una società di consulenza esterna, per un'ulteriore possibile violazione dell'articolo 2 della Legge n. 287/90 derivante dall'aver posto in essere un intenso scambio di informazioni. Un ulteriore ampliamento soggettivo del procedimento è stato effettuato in data 3 febbraio e 9 marzo 2000, in quanto dalla documentazione successivamente acquisita è emerso che a detto scambio di informazioni partecipavano anche altre imprese. Il procedimento si è poi concluso in data 28 luglio 2000 con un provvedimento sanzionatorio, nel quale l'Autorità ha riconosciuto che i citati comportamenti posti in essere dalle imprese di assicurazione costituiscono violazioni all'articolo 2 della Legge n. 287/90.

Richieste di informazioni inviate periodicamente all'Isvap, che ha fornito: le serie storiche relative alle quote di mercato delle imprese operanti nel settore dell'assicurazione auto, a livello nazionale per il periodo 1985-98 e provinciale per il periodo 1993-1998; dati relativi alla consistenza delle diverse classi di bonus/malus; le condizioni generali di contratto vigenti al gennaio 2000 per numerose imprese di assicurazione; le serie storiche sul costo medio dei sinistri pagati e riservati e sui caricamenti, per il periodo 1993-98; dati sulla frequenza dei sinistri; numerose pubblicazioni periodiche, tra cui relazioni annuali e bollettini mensili; uno studio ad hoc sul mercato RCA; tutte le circolari rilevanti in materia di assicurazione auto. Numerose informazioni sono state tratte direttamente dal sito web dell'Isvap. Nella fase finale dell'indagine è intercorsa una consultazione con l'Istituto di vigilanza che ha formulato alcune osservazioni in data 25 marzo 2003.

Richieste di informazioni all'Istat, che ha fornito le serie mensili degli indici nazionali dei prezzi al consumo relativi all'assicurazione sui mezzi di trasporto per il periodo 1991-1999 e all'ACI, che ha fornito i dati relativi al parco auto circolante in Italia.

Richieste di informazioni periodiche all'Ania – Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici, che ha fornito: le circolari e le diramazioni associative, nonché i verbali delle riunioni della Presidenza e dell'Assemblea della sezione tecnica sull'assicurazione auto, per il periodo compreso tra la fine del 1996 e la fine del 1998; diverse pubblicazioni su supporto cartaceo, tra cui le relazioni annuali e la banca dati RCA per il 1998.

Richieste di informazioni alle autorità di vigilanza francese (Commission de Contrôl des Assurances e Ministère de l'Economie des Finances et de l'Industrie), britannica (FSA - Financial Services Authority), tedesca e spagnola.

I dati sui mercati esteri provengono inoltre da pubblicazioni di fonte Eurostat, CEA (Comité Européen Des Assurances, che riunisce le associazioni di categoria nazionali), FFSA – Federation Francaise des Societes d'Assurances, ABI – Association of British Insurers, dell'III statunitense – International Insurer Organisation, della società di rating Moody's, di SwissRe, uno dei principali gruppi attivi nella riassicurazione a livello mondiale, della società di consulenza assicurativa Tillinghast-Towers Perrin.

Elenco dei grafici e delle tabelle

-
- Riquadro 1:* Effetti attesi sui margini di profitto
- Grafico 2.1:* Il peso del settore assicurativo nei principali Paesi UE
- Grafico 2.2:* Il peso dell'assicurazione auto nel settore danni
- Tabella 2.1:* Premi raccolti nel settore dell'assicurazione auto, nei principali Paesi UE
- Tabella 2.2:* L'Assicurazione auto e danni in Italia – 2001
- Grafico 2.3:* Raccolta premi nel settore auto
- Tabella 2.3:* Raccolta premi nel settore danni, 1993-2001
- Tabella 2.4:* I principali gruppi nel ramo RCA (2001)
- Tabella 2.5:* Numero imprese attive nel ramo RCA
- Tabella 2.6:* Il turn-over delle imprese estere
- Tabella 2.7:* Il turn-over delle imprese italiane
- Tabella 2.8:* La stabilità del posizionamento delle imprese nel mercato, 1994-2001
- Tabella 2.9:* Il grado di concentrazione nel mercato RCA, 1995-2001

Tabella 3.1: I canali distributivi nel settore assicurativo italiano – 3° trimestre 2002

Tabella 3.2: Premi raccolti dalle imprese nei diversi canali

Tabella 3.3: Quota di mercato delle imprese di vendita diretta nel settore dell'assicurazione auto, 1995-2001

Tabella 5.1: Principali variabili di selezione del rischio all'estero

Tabella 6.1: Evoluzione dei premi RCA e del parco circolante, 1990-2001

Tabella 6.2: Incremento dei premi medi nel periodo giugno 1994 - gennaio 2000

Tabella 6.3: Dinamica dei premi per singoli profili tariffari (1994-2003) e dispersione dei premi nel 2003 (valori nominali)

Tabella 6.4: Evoluzione dei premi auto in alcuni Paesi UE, 1995-2002

Tabella 6.5: Rapporto oneri dei sinistri su premi

Tabella 6.6: Premio medio e costo medio nel Regno Unito, 1988-1998

Tabella 6.7: Premi RCA e indice dei prezzi al consumo in Francia

Tabella 7.1: Il costo medio dei servizi di riparazione. Variazione 1992-97

Tabella 7.2: Il costo medio dei servizi di riparazione. Variazione 1996-2001

Tabella 8.1: Le spese di gestione. Incidenza percentuale sui premi

Tabella 8.2: Il peso delle “provvigioni di acquisizione” sulle spese di gestione

Tabella 8.3: Le spese di gestione

Tabella 8.4: Scomposizione dei sinistri nel 2001

Tabella 8.5: Il conto tecnico del ramo RCA

Tabella 8.6: Ricavi e costi effettivi a confronto

Tabella 8.7: Gli ultimi 5 anni della tariffa Filippi

Tabella 8.8: La performance delle imprese specializzate nel settore auto

Bibliografia

AKERLOF J. A., The market for “lemons”: quality uncertainty and the market mechanism”, in *Quarterly Journal of Economics*, 84, 488-500, 1970.

ANIA, L'Assicurazione Italiana nel 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001.

ANIA, Il grande paradosso, position paper 2001.

ANIA, La Customer Satisfaction nel settore assicurativo, III Rapporto - 1999.

ANIA, Listino dei prezzi delle parti di ricambio autovetture veicoli commerciali, settembre 1993, febbraio 1999.

ANIA, Prontuario dei tempi di riparazione e di sostituzione di carrozzeria e di meccanica autovetture, Ed. Ass., maggio 1993, gennaio 1999.

ARROW K. J., *Essays in the Theory of Risk Bearing*. Makeham, Chicago, 1971.

ASSINEWS, Numeri vari.

BAJTELSMIT V. L. - BOUZOITA R., Market Structure and Performance in Private Passenger Automobile Insurance, in *The Journal of Risk and I*, 1998, vol. 65, n. 3, 503-514.

BARROS P., Competition effects of price liberalization in insurance, in *The Journal of Industrial Economics*, settembre 1996, 267.

BISIN A. - GOTTARDI A. - GUAITOLI D., A Note on the Convergence to Competitive Equilibria in Economies with Moral Hazard, in P.J.J. Herings et al. (ed.): *The Theory of Markets*, North Holland, 1999.

- BORENSTEIN S. - ROSE N., Competition and Price Dispersion in the U.S. Airline Industry, in *Journal of Political Economy*, vol. 102, n. 4, 1994, 653.
- BUSINELLI F.D., Diritto alla salute e tutela risarcitoria, in *tutela della salute e diritto privato*, a cura di Busnelli - Breccia, Milano, 1978.
- BUZZACCHI L., L'evoluzione delle tariffe liberalizzate nel ramo responsabilità civile auto, Cerap, Milano, 1998.
- BUZZACCHI L. - COSTA A., Personalizzazione dei rischi e dispersione dei prezzi nel settore R.C. auto. Relazione Cerap, 1998.
- BUZZACCHI L. - SCHENA S., Tutela del consumatore e concorrenza nel mercato assicurativo, in *Diritto ed economia dell'assicurazione*, 1995.
- BUZZACCHI L. - SCHENA S., Efficienza ed equità della personalizzazione in un mercato con assicurazione obbligatoria, in *Diritto ed economia dell'assicurazione*, 1997.
- BUZZACCHI L. - VALLETTI T., Firm Size Distribution: Testing the "Independent Submarkets Model" in the Italian Motor Insurance Industry, LSE Discussion Paper Series, n. 24, luglio 2000.
- CALABRESI G., Costo degli incidenti, efficienza e distribuzione della ricchezza: sui limiti dell'analisi economica del diritto, in *Analisi economica del diritto privato*, a cura di G. Alpa, Giuffrè, 1998.
- CARLSON J. A. - MCAFEE P. R., Discrete Equilibrium Price Dispersion, in *Journal of Political Economy*, 91: 480-493.
- CARLTON D. W. - PERLOFF J. M., *Modern Industrial Organization*, third edition, 2000.
- CEA - COMITÉ EUROPÉEN DES ASSURANCES, *European Insurance in Figures Complete 1997 Data*, 1998.
- CEA - COMITÉ EUROPÉEN DES ASSURANCES, *The European Motor Insurance Market in 1997, 1998, 1999* (ed. 1999, 2000, 2001).
- CESTAR, *Indagine statistica sui costi di riparazione delle autovetture*, Ed. Ass, 1999.
- CHIAPPORÌ P. A. - SALANIÉ B., Testing for Asymmetric Information in Insurance Markets, in *Journal of Political Economy*, 2000, vol. 18, no. 1.
- COHEN A., *Asymmetric Information and Learning in the Automobile Insurance Market*, discussion paper no. 371, 6/2002, Harvard Law School Cambridge, MA 02138.
- COHEN A. - DEHEJIA R., *The Effect of Automobile Insurance and Accident Liability Laws on Traffic Fatalities*, working paper, december 2002.
- CROCKER K. J. - SNOW A., The Efficiency Effects of Categorical Discrimination in the Insurance Industry, in *Journal of Political Economy*, vol. 94, n. 2, 1986, 321.
- CROKER K. J. - SNOW A., *The Theory of Risk classification*, in *Handbook of Insurance* ed. by G. Dionne - Kluwer Academic Publishers Boston/Dordrecht/London, 2000.
- CUMMINS D. - TENNYSON S., Controlling Automobile Insurance Costs, in *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, n. 2, 1992, 95.

- CUMMINS D. - WEISS M. A. - PHILLIPS R., The incentive effects of no-fault automobile insurance, 1999.
- DANESE M. E., Diritto della concorrenza e condizioni generali di contratto nel settore assicurativo, in *Dir. com. sc. int.*, 1994, 447.
- DANESI S., Il controllo della tariffa R.C. Auto in un mercato concorrenziale, CUOA, 1994.
- DE MEZA D. - WEBB D., The Timid and the Reckless: Risk Preference, Precautions and Overinsurance, Manuscript. London: London School of Economics, 1999.
- DHALBY B. - WEST D., Price Dispersion in Automobile Insurance Market, in *Journal of Political Economy*, 1986, 418.
- DHALBY B. G., Adverse selection and statistical discrimination. An analysis of Canadian automobile insurance, in *Journal of Public Economics* 20, 1983, 121-130.
- DIAMOND P., A model of Price Adjustment, in *Journal of Economic Theory* 3, pp. 156-168, 1971.
- DIONNE G. - GAGNE R., Deductible Contracts Against Fraudulent Claims: Evidence from Automobile Insurance, in *Review of Economics and Statistics*, May 2001.
- DIONNE G. - GOURIÉROUX C. - VANASSE C., Evidence of Adverse Selection in Automobile Insurance Market, in *Journal of Political Economy*, 2001.
- DOHERTY N. A., Adverse Selection, Private Information, and Lowballing in Insurance Markets, in *Journal of Business*, vol. 63, n. 2, 1990, 145.
- DONATI A. - VOLPE PUTZOLU G., *Manuale di diritto delle assicurazioni*, Milano, Giuffrè, 1999.
- EDLIN A. S., Per-Mile Premiums for Auto Insurance, in NBER Working Paper Series, Working Paper 6934, 1999.
- EUROPEAN COMMISSION, *The Single Market Review, Impact on Services - Insurance*, 1998.
- EUROSTAT, *Insurance in Europe Data 1995-1997*, 1999 edition.
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE, *French Insurance in 2000*.
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE, *L'Assurance française en 2001*.
- FINKELSTEIN A. - POTERBA J. M., Adverse Selection in Insurance Markets: Policyholder Evidence from the U.K. Annuity Market, NBER Working Paper no. W8045, December 2000.
- FISINGER R. J. - SCHMID F. A., Price, Distribution Channels and Regulatory Intervention in European Insurance Markets, in *The Geneva Papers on Risk and Insurance* 19 (no. 70), January 1994, 22-36.
- GARDNER D. ET AL., *Le cahiers de droit*, Vol. 39, 1998, pp. 208-678 - Atti del Convegno Internazionale "Vingt ans d'assurance sans égard à la responsabilité" Université Laval, 4-5 giugno 1998.
- GISMONDI F. - CURTI G. - DI GREGORIO T., *Il bilancio delle imprese di assicurazione*, edizioni Il Sole 24 Ore, 1999.
- HARRINGTON S. - DANZON P., *The Economics of Liability Insurance*, in *Handbook of Insurance* ed. by G. Dionne - Kluwer Academic Publishers Boston/Dordrecht/London, 2000.

- HOLTAN J., Bonus Made Easy, in *ASTIN Bulletin*, 24, 61-74, 1994.
- HOY M., Categorizing Risks in the Insurance Industry, in *Quarterly Journal of Economics*, 1982, 321.
- IL SOLE 24 ORE, Danno biologico: le nuove tabelle dei Tribunali, Ed. Il Sole 24 ore, n. 4, 1998.
- IL SOLE 24 ORE - Tillinghast Towers Perrin, Atti del Convegno "Mercato Assicurativo: il "Big Bang del Terzo millennio"" Milano 1-2 dicembre 1999.
- ISVAP, L'Assicurazione RC Auto in Italia: analisi e proposte, 2000.
- ISVAP, Rapporto sull'attività dell'Istituto nell'anno 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001.
- ISVAP, Bollettini anni I, II, III, IV, V.
- ISVAP, Il danno biologico: problemi e prospettive di riforma, Quaderni Isvap, n. 4.
- JOSKOW P. L., Cartels, Competition and Regulation in the Property-Liability Insurance Industry, in *Bell Journal of Economics and Management Science*, 4: 375-427, 1973.
- JULLIEN B. - SALANIÉ B. - SALANIÉ F., Should More Risk-Averse Agencies Exert More Effort?, in *Geneva Papers Risk and Insurance Theory*, 2000.
- KRONER K. - WEST D., The Relationship Between Firm Size and Screening in an Automobile Insurance Market, in *The Journal of Risk and Insurance*, 1995, 12.
- KUNREUTHER H. - PAULY M. V., Market Equilibrium With Private Knowledge: An Insurance Example, in *Journal of Public Economics*, 1985, 269.
- LACKER J.M., WEINBERY J. A., Optimal Contracts under Costly State Falsification, in *Journal of Political Economy*, 1989, vol. 97, n. 6, 1343.
- LANDI P. - DI RENZO A. - PREMUTI F., Guida al risarcimento del danno alla persona. La tabella unica nazionale. Il Nuovo Tariffario, il Progresso Giuridico s.r.l., 1999.
- LEMAIRE J., Bonus-malus systems in automobile insurance, Kluwer Academic Publishers, 1995.
- LEMAIRE J. - SIRAOUX P., Empirical Determination of an Optimal Deductible in Automobile Collision Insurance. Proceedings of the Twenty-third International Congress of Actuaries, Helsinki, R, 219-284, 1988.
- MFBI - MOTOR INDUSTRY REPORTS, The car body repair market in north west europe. Summary report, published by Market Facts & Business Information, Great Britain, 2003.
- MINISTERO DELL'INDUSTRIA, Relazione della Commissione Ministeriale di cui all'art. 1 - IV comma della legge n. 39 del 26.2.1977 [Commissione Filippi] sulla tariffa R.C.A. obbligatoria del 1989, 1990, 1991, 1992, 1993.
- MIYAZAKI H., The rat race and internal labour Market, in *Bell journal of economics*, 8, 394-418, 1977.
- MOLINARI L., Il risarcimento del danno alla persona negli incidenti stradali, prontuario 1999, CEDAM.

- MOODY'S INVESTOR SERVICE - GLOBAL CREDIT RESEARCH, Italian Property and Casualty Insurance. Industry Outlook, 1998.
- MOODY'S INVESTOR SERVICE - GLOBAL CREDIT RESEARCH, UK Property and Casualty Insurance. Industry Outlook, July 1999.
- MOODY'S INVESTOR SERVICE - GLOBAL CREDIT RESEARCH, German Property and Casualty Insurance. Industry Outlook, June 2000.
- MURRAY M. L., A Deductible Selection Model: Development and Applications, in *Journal of Risk and Insurance*, 38, 423-436, 1971.
- NILSSEN T., Consumer lock-in with asymmetric information, in *International Journal of Industrial Organization* 18 (2000), pp. 641-666.
- O'BRIEN D. P. - SALOP S. C., Competitive Effects of Partial Ownership: Financial Interest and Corporate Control, in *Antitrust Law Journal* Volume 67 Issue 3, 2000.
- PECCENINI F., L'assicurazione della responsabilità civile automobilistica, serie Il Diritto privato oggi, Giuffrè Milano 1999.
- PORRINI D., Adverse selection, statistical discrimination and antitrust law: the case of italian automobile optional insurance, SSRN Working Paper, 1999.
- PUELZ R. - SNOW A., Evidence on Adverse Selection: Equilibrium Signaling and Cross-Subsidization in the Insurance Market, in *Journal of Political Economy* 102 (April 1994), 236-57.
- RAVIV A., The Design of an Optimal Insurance Policy, in *American Economic Review*, 84-96, 1979.
- REGAN L. - TENNYSON S., Insurance Distribution Systems, in *Handbook of Insurance* ed. by G. Dionne - Kluwer Academic Publishers Boston/Dordrecht/London, 2000.
- RICHAUDEAU D., Automobile Insurance contracts and Risk of Accident: An Empirical Test Using French Individual Data, in *Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, 24, 97-114, 1999.
- ROTHSCHILD M. - STIGLITZ J. E., Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information, in *Quarterly Journal of Economics*, 1976, 629.
- SABBATINI P., Regolamentazione e concorrenza nel settore assicurativo, in "Profili evolutivi del marketing e della distribuzione assicurativa" a cura di R. Varaldo e G. Turchetti - Franco Angeli 2000.
- SALANIÉ B., Sélection adverse et aversion pour le risque, in *Annales d'économie et de statistique*, n. 16 - 1990.
- SALOP S., Information and Monopolistic Competition, in *American Economic Review* 66, pp. 240-245, 1976.
- SALSAS-FORN P. - TENNYSON S., Patterns of Auditing in Markets with Fraud: Some Empirical Results from Automobile Insurance, working paper, September 11, 2000.

- SCHLESINGER H., The Optimal Level of Deductibility in Insurance Contracts, in *Journal of Risk and Insurance*, 48, 465-481, 1981.
- SCHMITT K.E., Europea Auto Insurance Pricing Considerations, in *Casualty Actuarial Society Forum*, 141-158, Winter 2000.
- SCHWARTZ G. T., Auto No-Fault and First-Party Insurance: Advantages and Problems, in *Southern California Law Review*, Vol. 73, pp. 611 ss., 2000.
- SELLERI L., Processo di produzione di valore, comportamento competitivo e valore del portafoglio delle imprese di assicurazione, in *Diritto ed economia dell'assicurazione*, 1995.
- SIGMA, Deregolamentazione e apertura del mercato: l'assicurazione europea alla vigilia di una nuova era competitiva, a cura di Swiss Re, 7/1996.
- SIGMA, Solvibilità degli assicuratori Danni: sicurezza vs redditività, a cura di Swiss Re, 1/2000.
- SIGMA, Focus sull'Europa: gli effetti del cambiamento strutturale nell'assicurazione danni, a cura di Swiss Re, 3/2000.
- SIGMA, Profitability of the non-life insurance industry: it's back-to-basics time, a cura di Swiss Re, 5/2001.
- SMART M., Competitive Insurance Markets with Two Unobservables, *International Economic Review*, Vol. 41, no. 1, February 2000.
- SPENCE M., Product differentiation and performance in insurance markets, in *Journal of Public Economics*, 10, 427-447, 1978.
- STANDARD & POOR, *Italy Insurance - Market Profile*, 1999 Edition.
- STIGLITZ J. E., Monopoly, non-linear pricing and imperfect information: The insurance market, in *Review of Economic Studies*, 44, 407-430.
- STIGLITZ J. E., Imperfect Information in the Product Market, in *Handbook of Industrial Organisation*, ed. by Schmalensee R. - Willig R. D., 1990.
- STUART C., Pareto-Optimal Deductibles in Property-Liability Insurance: The Case of Homeowner Insurance in Sweden, in *Scandinavian Actuarial Journal*, 227-238, 1983.
- TILLINGHAST-TOWERS PERRIN, *Motor Insurance. The Research report into the world's major markets*, febbraio 1996.
- VANDEBROEK M., Bonus-Malus System or Partial Coverage to Oppose Moral Hazard Problems?, in *Insurance: Mathematics and Economics*, 13, 1-5, 1993.
- VILLENEUVE B., The Insurers as an Informed Party: a Solution to three Insurance Puzzles, paper dell'Institut economie industrielle, Toulouse, n. 76, 1998.
- WILSON C., A model of insurance markets with incomplete information, in *Journal of Economic Theory*, 12, 167-207, 1977
- WINTER R. A., The Liability Insurance Market, in *Journal of Economic Perspectives*, Volume 5, Number 3 - Summer 1991, pp. 115-136

Allegato

Provvedimento di avvio dell'indagine conoscitiva

234

L'AUTORITÀ GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

NELLA SUA ADUNANZA del 29 luglio 1996;

SENTITO il Relatore Professor Luciano Cafagna;

VISTA la legge 10 ottobre 1990, n. 287;

VISTO, in particolare, l'articolo 12, comma 2, della legge citata, ai sensi del quale l'Autorità può procedere a indagini conoscitive di natura generale nei settori economici nei quali l'evoluzione degli scambi, il comportamento dei prezzi od altre circostanze facciano presumere che la concorrenza sia impedita, ristretta o falsata;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1991, n. 461 ed in particolare, l'articolo 13 dello stesso, relativo alle indagini conoscitive di natura generale;

CONSIDERATI i seguenti elementi;

1. A far data dal 1° luglio 1994, per effetto della entrata in vigore della Terza Direttiva Danni 92/49/CEE, le tariffe assicurative precedentemente assoggettate a regime di prezzi amministrati, tra cui la RC auto, sono state liberalizzate.

Solo successivamente, con il Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175, lo Stato italiano ha adottato una normativa organica di recepimento dei principi contenuti nella citata

Direttiva Comunitaria. La materia della RC obbligatoria è disciplinata in particolare dall'articolo 126 che modifica sostanzialmente la legge 24 dicembre 1969, n. 990.

L'obbligo dell'assicurazione per la RC, a seguito del Decreto Legislativo 10 settembre 1993, n. 360, contenente disposizioni correttive ed integrative del codice della strada, è stato esteso anche ai ciclomotori, a decorrere dal 1° ottobre 1993.

2. L'assicurazione degli autoveicoli rappresenta in Italia, come negli altri Paesi UE, una parte rilevante dell'intero settore assicurativo. Nel 1995, la raccolta premi complessiva per tale assicurazione è stata superiore, in Italia, a 22 mila miliardi di lire, pari al 35,5% del totale della spesa assicurativa e al 56,3% della raccolta complessiva limitatamente al settore danni. Il solo ramo RC obbligatoria ha registrato, nel corso del medesimo anno, una raccolta premi superiore a 18 mila miliardi di lire, con una crescita del 7,5% rispetto al 1994 (Fonte ANIA).

3. La liberalizzazione tariffaria ha dato avvio ad un processo di radicale trasformazione del settore dell'assicurazione degli autoveicoli. In primo luogo, si è verificata una parziale modificazione del comportamento delle compagnie, che tendono attualmente a formulare un'offerta di prodotti assicurativi non più standardizzati, bensì essenzialmente personalizzati.

4. Una prima analisi del settore evidenzia, infatti, un aumento del numero dei fattori che contribuiscono a determinare l'ammontare dei premi. Mentre in precedenza gli elementi di riferimento a tal fine erano rappresentati da massimale, provincia di residenza, potenza fiscale dell'autovettura e bonus-malus, attualmente le imprese considerano anche elementi relativi al conducente (età, sesso e/o professione dell'assicurato) e al tipo di veicolo (tipo e marca, alimentazione e/o dotazione di accessori di sicurezza). Tale forma di personalizzazione dei servizi assicurativi, in Italia molto meno diffusa che negli altri paesi dell'Unione Europea, da un lato, ha il pregio di consentire una prestazione assicurativa strettamente rispondente ai rischi assicurati, dall'altro, rende estremamente difficile per il consumatore un confronto tra le varie polizze offerte sul mercato.

5. A partire dall'avvio del processo di liberalizzazione, si è potuta riscontrare una tendenza generalizzata a significativi aumenti dei premi nel settore dell'assicurazione degli autoveicoli. In particolare, secondo rilevazioni del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, gli incrementi tariffari della RC auto si aggirerebbero attorno all'11% nel primo anno e al 9% annuo successivamente. Più elevate sono le stime condotte dalle Associazioni di consumatori. Analoghe evoluzioni sono state registrate nel ramo assicurazione auto rischi diversi (ARD).

6. Consistenti aumenti avrebbero interessato anche il segmento della RC ciclomotori, soprattutto a far data dall'entrata in vigore del richiamato Decreto Legislativo n. 360/1993 che ha reso obbligatoria tale assicurazione. Tale andamento dei prezzi, ove

fosse verificato, si presenterebbe particolarmente anomalo, in quanto, per effetto della recente introduzione dell'obbligo di assicurazione in questo settore, si è determinato un notevole aumento della domanda del servizio, cui, di norma, sarebbe dovuta conseguire una riduzione dei costi e, quindi, dei prezzi.

7. Con particolare riferimento all'assicurazione RC obbligatoria, l'Associazione Italiana fra le Imprese Assicuratrici (ANIA) attribuisce gli incrementi tariffari ad un peggioramento della gestione tecnica del ramo RC auto, riconducibile, a detta dell'Associazione, all'andamento negativo della sinistralità e all'aumento del costo dei sinistri soprattutto per i danni alla persona. Positivo risulta, invece, il risultato tecnico per il ramo ARD.

8. Il numero dei sinistri denunciati nel ramo RC auto è stato, nel 1994, pari a 5.604.404 di lire, con un incremento, rispetto al 1993, dello 0,7%, mentre il costo medio complessivo dei sinistri (pagati e riservati) risulta pari a 3.049.000 di lire, con un incremento rispetto al 1993 pari al 9,2% (Fonte ISVAP, Circolare n. 259 del 7 novembre 1995).

Il rapporto sinistri/premi, che rappresenta uno dei principali parametri per la determinazione della tariffa, dal 1991 al 1995 ha mostrato valori sempre elevati. Nell'ultimo anno, si registra un valore pari al 96,5% con un incremento dell'1,9% rispetto all'anno precedente. Diverse considerazioni valgono per il ramo ARD, ove, nel medesimo periodo temporale, il rapporto sinistri/premi è significativamente migliorato, passando dal 95,0% del 1991 al 54,8% del 1995.

Per quanto concerne il risultato tecnico del ramo RC auto, nel 1995 lo stesso è stato pari a 2.560 miliardi di lire di passivo, mentre il risultato di esercizio risulta negativo per un ammontare pari a 1.618 miliardi di lire (fonte ANIA). Il ramo ARD ha, invece, conseguito un risultato tecnico positivo per 1.386 miliardi di lire.

9. In questa prospettiva, è opportuno accertare le ragioni tecnico-economiche dell'aumento dei premi della RC auto e dell'ARD, settore quest'ultimo ove l'Autorità si è già pronunciata nel 1994, accertando l'esistenza di intese tra le principali imprese assicurative finalizzate alla fissazione di premi e altre condizioni contrattuali e vietandone la prosecuzione. E' altresì necessario verificare l'eventuale esistenza di comportamenti delle compagnie che abbiano per oggetto o per effetto di impedire, restringere o falsare in maniera consistente il gioco della concorrenza nel settore dell'assicurazione degli autoveicoli.

10. In considerazione di ciò, e della particolare rilevanza e complessità della materia, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato intende procedere ad un'indagine conoscitiva di natura generale nel settore dell'assicurazione degli autoveicoli, comprensivo dei segmenti relativi ai motoveicoli e ciclomotori.

Tutto ciò premesso e considerato;

DELIBERA

a) di procedere, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge n. 287/90, ad un'indagine conoscitiva riguardante il settore dell'assicurazione autoveicoli, comprensivo dei segmenti relativi ai motoveicoli e ciclomotori;

b) che il Responsabile del procedimento è il Dottor Giovanni Calabrò.

Il presente provvedimento verrà pubblicato ai sensi di legge.

IL SEGRETARIO GENERALE

Alberto Pera

IL PRESIDENTE

Giuliano Amato

Provvedimento di chiusura dell'indagine conoscitiva

L'AUTORITÀ GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

NELLA SUA ADUNANZA del 17 aprile 2003;

SENTITO il Relatore Professor Carlo Santagata;

VISTA la legge 10 ottobre 1990, n. 287;

VISTO, in particolare, l'articolo 12, comma 2, della legge 10 ottobre 1990, n. 287, ai sensi del quale l'Autorità può procedere a indagini conoscitive di natura generale nei settori economici nei quali l'evoluzione degli scambi, il comportamento dei prezzi od altre circostanze facciano presumere che la concorrenza sia impedita, ristretta o falsata;

VISTO il D.P.R. 30 aprile 1998, n. 217 e, in particolare, l'articolo 17, relativo alle indagini conoscitive di natura generale;

VISTO il proprio provvedimento del 29 luglio 1996, con il quale è stata avviata, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge n. 287/90, un'indagine conoscitiva sul settore dell'assicurazione autoveicoli;

VISTE le risultanze acquisite nel corso dell'indagine conoscitiva;

CONSIDERATO che:

[...]

Vedi conclusioni dell'indagine da pag. 196 a pag. 211.

[...]

Sulla base delle suesposte considerazioni:

DELIBERA

la chiusura dell'indagine conoscitiva.

IL SEGRETARIO GENERALE

Rita Ciccone

IL PRESIDENTE

Giuseppe Tesauro

**Autorità garante
della concorrenza e del mercato**

Supplemento n. 1 al Bollettino n. 16-17/2003
Anno XIII

Redazione

Autorità garante della concorrenza e del mercato
Ufficio Documentazione e Biblioteca
Via Liguria, 26 - 00187 Roma - Tel. (06) 481621



**Pubblicazione a cura della
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per l'informazione e l'editoria**
Via Po, 14 - 00198 Roma - Tel. 06/85981

Direttore

Mauro Masi

Coordinamento editoriale

Augusta Busico

Design

AREA Strategic Design

**Impaginazione, stampa
e distribuzione**

Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - Salario

Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 712/91
Spedizione in abbonamento postale 70% -
Filiale di Roma
