

Bollettino Statistico

L'attività assicurativa nel comparto salute e nei rami
incendio e r.c. generale (2012 – 2017)



Anno VI - n. 5, marzo 2019

SERVIZIO STUDI E GESTIONE DATI - DIVISIONE STUDI E ANALISI STATISTICHE

Il testo e le Tavole sono state curate da Pierfranco Mattei e Vieri Mosco

Coordinamento: Capo della Divisione – Lino Matarazzo



(decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135)

Registrazione presso il Tribunale di Roma n. 56/2015 del 23 marzo 2015

Direzione e Redazione presso l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni

Direttore responsabile

Roberto NOVELLI

Indirizzo

via del Quirinale 21 – 00187 ROMA

Telefono

+39 06 42133.1

Fax

+39 06 42133.775

Sito internet

<http://www.ivass.it>

Tutti i diritti riservati. È consentita la riproduzione a fini didattici
e non commerciali, a condizione che venga citata la fonte

ISSN 2421-3004 (online)

Sommario

1	NOTA METODOLOGICA E GLOSSARIO	6
1.1	CARATTERISTICHE DELLA RILEVAZIONE	6
1.2	IL PERIMETRO DELLA RILEVAZIONE E LA FONTE DEI DATI	6
1.3	AVVERTENZE	6
1.3.1	<i>Il perimetro delle imprese</i>	6
1.4	GLOSSARIO DEI PRINCIPALI INDICATORI ASSICURATIVI COMMENTATI NEL DOCUMENTO	7
2	I PRINCIPALI RISULTATI	18
2.1	ALLEGATI “TAVOLE STATISTICHE”	22
3	IL RAMO INFORTUNI	23
3.1	LA RACCOLTA PREMI	23
3.2	I COSTI DI GESTIONE	23
3.3	ANDAMENTO DEI SINISTRI	24
3.4	LA VELOCITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	24
3.5	IL COSTO MEDIO DEI SINISTRI	25
3.6	RISULTATO DEL CONTO TECNICO E PROFITABILITÀ ATTESA PER UNITÀ DI RISCHIO ASSICURATA	26
3.6.1	<i>Risultato del conto tecnico</i>	26
3.6.2	<i>Profittabilità attesa per unità di rischio assicurata della generazione 2017</i>	27
4	RAMO MALATTIA	28
4.1	LA RACCOLTA PREMI	28
4.2	I COSTI DI GESTIONE	28
4.3	ANDAMENTO DEI SINISTRI	29
4.4	LA VELOCITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	29
4.5	IL COSTO MEDIO DEI SINISTRI	30
4.6	RISULTATO DEL CONTO TECNICO E PROFITABILITÀ ATTESA PER UNITÀ DI RISCHIO ASSICURATA	31
4.6.1	<i>Risultato del conto tecnico</i>	31
4.6.2	<i>Profittabilità attesa per unità di rischio assicurata della generazione 2017</i>	31
5	RAMO INCENDIO	33
5.1	LA RACCOLTA PREMI	33
5.2	I COSTI DI GESTIONE	33
5.3	ANDAMENTO DEI SINISTRI	34
5.4	LA VELOCITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	34
5.5	IL COSTO MEDIO DEI SINISTRI	35
5.6	RISULTATO DEL CONTO TECNICO E PROFITABILITÀ ATTESA PER UNITÀ DI RISCHIO ASSICURATA	36
5.6.1	<i>Risultato del conto tecnico</i>	36
5.6.2	<i>Profittabilità attesa per unità di rischio assicurata della generazione 2017</i>	37
6	RAMO R.C. GENERALE	38

6.1	LA RACCOLTA PREMI	38
6.2	I COSTI DI GESTIONE	38
6.3	ANDAMENTO DEI SINISTRI	39
6.4	LA VELOCITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	39
6.5	IL COSTO MEDIO DEI SINISTRI	40
6.6	RISULTATO DEL CONTO TECNICO E PROFITABILITÀ ATTESA PER UNITÀ DI RISCHIO ASSICURATA	41
6.6.1	<i>Risultato del conto tecnico</i>	41
6.6.2	<i>Profittabilità attesa per unità di rischio assicurata della generazione 2017</i>	42

1 NOTA METODOLOGICA E GLOSSARIO

1.1 Caratteristiche della rilevazione

Il Bollettino riguarda l'attività assicurativa in Italia nel comparto salute (rami infortuni e malattia) e nei rami incendio-elementi naturali e r.c. generale delle imprese vigilate dall'IVASS (imprese nazionali e Rappresentanze per l'Italia di imprese con sede legale in uno stato extra Spazio Economico Europeo).

1.2 Il perimetro della rilevazione e la fonte dei dati

Le informazioni statistiche sono desunte dai moduli di bilancio e di vigilanza relativi alle imprese vigilate dall'IVASS, ossia dalle Imprese nazionali e dalle Rappresentanze in Italia di imprese extra Spazio Economico Europeo (SEE)¹ sottoposte alla vigilanza prudenziale dell'IVASS². I premi descritti nel bollettino sono quelli raccolti presso la clientela diretta (lavoro diretto italiano, vedi Glossario, al punto 1.4).

Ai fini di valutare il grado di copertura della rilevazione rispetto al complesso dell'attività assicurativa in Italia, si tenga presente che, nei rami di interesse, le imprese della rilevazione rappresentano nel 2017, rispetto alla stima del totale imprese dotate di stabile organizzazione nel nostro Paese (vigilate + Rappresentanze di imprese SEE in Italia)³:

- l'87,7% dei premi del lavoro diretto del ramo infortuni raccolti in Italia;
- il 93,4% dei premi del lavoro diretto del ramo malattia raccolti in Italia;
- l'87,2% dei premi del lavoro diretto del ramo incendio ed elementi naturali raccolti in Italia;
- il 68,8% dei premi del lavoro diretto del ramo r.c. generale raccolti in Italia.

I dati si riferiscono alle componenti di costo e ricavo della gestione tecnico-assicurativa del portafoglio diretto italiano nei comparti salute (rami infortuni e malattia – “rami 1 e 2”), nei rami incendio ed elementi naturali (“ramo 8”)⁴ e responsabilità civile generale (“ramo 13”).

Per il periodo 2012-2017, si forniscono gli andamenti relativi a: produzione, costi di gestione, sinistri e risultato tecnico.

1.3 Avvertenze

1.3.1 Il perimetro delle imprese

L'aggregato non comprende, per alcuni anni, informazioni relative a talune imprese; ciò ai fini del calcolo di variazioni su base omogenea di imprese. In dettaglio:

¹ Lo SEE (Spazio Economico Europeo) comprende i paesi dell'Unione Europea (UE), cui si aggiungono Norvegia, Islanda e Liechtenstein.

² Non sono quindi disponibili i dati relativi alle imprese con sede legale in altro stato aderente allo SEE che presentano i bilanci e la modulistica di vigilanza alle Autorità di Vigilanza dello Stato di origine, cui compete il controllo di solvibilità.

³ Per maggiori dettagli si rinvia al Bollettino Statistico IVASS n. 8/2018, <https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/statistiche/bollettino-statistico/2018/n8/index.html>.

⁴ Si fa riferimento alle coperture di danni causate da incendio, esplosione, tempesta, cedimento del terreno.

- dal 2012 non figura un'impresa nazionale, che ha trasferito il proprio portafoglio a una rappresentanza operante in Italia di impresa SEE;
- dal 2013 non figura un'impresa nazionale, che ha totalmente assegnato il proprio portafoglio a una rappresentanza operante in Italia di impresa SEE;
- dal 2016 non figura una impresa nazionale che ha acquisito integralmente il portafoglio di due rappresentanze di imprese SEE operanti in precedenza in Italia;
- nel 2017 una impresa nazionale, operante nei rami infortuni, malattia, incendio ed elementi naturali e responsabilità civile generale, sottoposta a procedura di amministrazione straordinaria, che non ha reso disponibili, conformemente alla legge, le informazioni di bilancio.

Per favorire la confrontabilità inter-temporale dei dati del comparto, tutte le variazioni di aggregati monetari o di conteggio di eventi sono state calcolate escludendo queste imprese dagli anni di esercizio antecedenti all'uscita dal perimetro in esame⁵.

1.4 Glossario dei principali indicatori assicurativi commentati nel documento

Di seguito sono riportate le principali definizioni utilizzate nel bollettino:

- **premi del lavoro (o portafoglio) diretto italiano** – Si tratta dei premi, contabilizzati nell'anno, raccolti presso la clientela diretta (sono quindi esclusi i premi raccolti in riassicurazione), al lordo delle cessioni in riassicurazione e al netto degli oneri fiscali e parafiscali e degli annullamenti per inesigibilità o per sostituzione;
- **portafoglio del lavoro italiano diretto** – Comprende tutti i contratti stipulati da imprese di assicurazione italiane, a eccezione di quelli stipulati da loro sedi secondarie in Stati terzi; sono esclusi i contratti di riassicurazione compresi nel portafoglio indiretto;
- **provvigioni di acquisizione** – Sono i compensi spettanti per l'acquisizione e il rinnovo dei contratti di assicurazione, come definiti all'art. 51 del D.lgs. 26 maggio 1997, n. 173;
- **provvigioni di incasso** – Compensi spettanti per l'incasso dei premi di assicurazione;
- **premio medio per polizza** – È calcolato sui premi lordi *contabilizzati*, rapportati alle Unità di rischio, e rappresenta il premio medio *nell'esercizio*;
- **unità di rischio** – nel numero delle unità di rischio, sono considerate:
 - la singola polizza nel caso in cui essa preveda la copertura assicurativa di una sola testa/cosa per uno o più rischi classificabili in uno solo dei rami di cui all'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 e successive modificazioni e integrazioni - Codice delle Assicurazioni Private (CAP). Qualora la polizza copra per una sola testa/cosa una pluralità di rischi classificabili in più di uno dei rami di cui all'articolo 2, comma 3, del CAP, essa va considerata come unità di rischio in ciascuno dei rami diversi in cui sono classificati i rischi;
 - il numero di teste/cose coperte nel caso di polizze collettive ed in abbonamento, nonché in generale di polizze che per uno o più rischi classificabili in uno solo dei rami di cui

⁵ Ad esclusione dei ratio e degli indicatori medi.

all'articolo 2, comma 3, del CAP coprano una pluralità di teste/cose ed i sinistri vengano rilevati in corrispondenza delle stesse. Qualora la polizza copra per una pluralità di teste/cose una pluralità di rischi classificabili in più di uno dei rami di cui all'articolo 2, comma 3, del CAP, per ciascun ramo sono da considerarsi unità di rischio le teste/cose che la polizza copre dai rischi afferenti al ramo medesimo.

- Le unità di rischio, come sopra individuate, sono considerate in proporzione al periodo di competenza dell'esercizio (N) in base al pro-rata effettuato sui giorni dell'anno. Per le polizze in coassicurazione il numero delle unità di rischio è indicato pro quota/anno.

L'elevato e crescente numero di unità di rischio nei rami infortuni (cfr. punto 3.3), malattia (cfr. punto 4.3), incendio-elementi naturali (cfr. punto 5.3) ed r.c. generale (cfr. punto 5.4) (si consulti per un esame dettagliato, il portale di "Educazione Assicurativa" dell'IVASS, www.educazioneassicurativa.it) è in buona parte riconducibile alla forte e talora crescente diffusione in Italia delle:

- assicurazioni multirischio contro i "danni alle persone" che prevedono le coperture dei bisogni di tutela della famiglia e della "persona/salute" in cui rientrano ad esempio quelle che tutelano l'assicurato e/o il suo nucleo familiare da casi di infortunio, malattia o da altre situazioni legate alla sua salute che possono limitarne le capacità lavorative. Tra esse negli ultimi anni hanno assunto crescente importanza le coperture assicurative "a ombrello" o "multigaranzia" di tipo modulare che, grazie alla loro flessibilità, consentono facilmente di aggiungere, modificare ed eliminare garanzie e servizi assicurativi nel tempo, a seconda dell'esigenza e del momento, assemblandole in un unico contratto. Tali polizze sono quindi caratterizzate dall'essere costruite dalle imprese di assicurazione come pacchetti standard che prevedono garanzie predefinite. Ad esempio, una polizza vita che offre copertura anche in caso di malattia o di perdita d'impiego; una polizza malattia che copre anche i casi di infortunio; a titolo esemplificativo, invalidità permanente da infortunio o da malattia, indennità giornaliera da ricovero per infortunio e malattia, capitali assicurati per premorienza a seguito di infortunio o malattia, rimborso spese mediche e odontoiatriche, "check up" sanitari, rimborsi spese mediche e segnatamente per grandi interventi chirurgici e per "gravi malattie"
- assicurazioni multirischio contro i danni alle abitazioni civili o dei fabbricati, civili o aziendali, in caso di incendio, scoppio, esplosione o eventi naturali come alluvioni, terremoti, trombe d'aria e fulmini. Sono prodotti particolarmente indicati per chi possiede abitazioni, fabbricati, stabilimenti produttivi, aziende commerciali, uffici o depositi, e qualsiasi proprietà a rischio di incendio. Sono sostanzialmente polizze che comprendono la copertura assicurativa di molteplici rischi diversi fra loro come il furto, l'incendio e la responsabilità civile, talvolta con presenza di vincolo a favore di terzi nella copertura assicurativa, come, ad esempio, nel caso di coperture assicurative incendio e scoppio connesse a mutui immobiliari per l'acquisto dell'abitazione, che proteggono l'immobile, **posto a garanzia del mutuo, contro numerosi eventi** – come ad esempio incendio, scoppio, fulmine, esplosione - **per tutta la durata del finanziamento**. Nelle polizze multirischio vi è di solito la presenza di copertura assicurativa incendio del contenuto (mobilio, arredamento in genere, raccolte, collezioni, valori e preziosi, capi di vestiario, attrezzature, scorte domestiche, elettrodomestici, impianti d'allarme). Sono invece poco

diffuse, sempre nell'ambito delle coperture incendio ed elementi naturali, quelle che coprono **eventi catastrofali** come il terremoto, congiuntamente o senza la copertura del rischio generale rischio incendio;

- assicurazioni monorischio, che assicurano il solo rischio incendio delle abitazioni, anche qui con la variante **incendio e scoppio** sopra precisata e con presenza di vincolo a favore di terzi nella copertura assicurativa connessa a mutui immobiliari per l'acquisto dell'abitazione. Anche in tal caso hanno finora avuto scarsa diffusione le coperture dei sopra indicati eventi catastrofali;
- polizze globali fabbricati: sono coperture assicurative proposte ai condomini e ai proprietari di immobili, sia che questi siano destinati ad uso civile, ad ospitare uffici o studi professionali. Anche queste sono una sorta di assicurazioni multirischio I contratti offrono una copertura per i danni derivanti da circostanze quali incendi, allagamenti o eventi sociopolitici e per la responsabilità civile verso terzi. Nel caso dei condomini, la sottoscrizione della polizza viene effettuata dall'amministratore, a seguito dell'autorizzazione dell'assemblea condominiale o in base a quanto stabilito dal regolamento. Al momento della sottoscrizione della polizza globale fabbricati possono inserite delle garanzie aggiuntive o accessorie che vanno a integrare la polizza di base, configurando anche in questo caso la fattispecie di coperture assicurative "a ombrello" o "multigaranzia" di tipo modulare. Queste garanzie accessorie permettono di personalizzare e di estendere l'ambito di applicazione della copertura, offrendo una garanzia completa ai proprietari degli immobili e ai condomini. Scegliendo le garanzie più idonee, i proprietari degli immobili e gli eventuali inquilini sono al sicuro da tutta una serie di eventi che possono causare spese ingenti. Sebbene le coperture assicurative di base e quelle opzionali siano stabilite singolarmente dalle compagnie, la polizza copre generalmente i rischi della r.c. generale per danni causati a terzi dalle strutture condominiali ma anche i danni subiti dagli stessi condomini;
- c.d. micropolizze nelle quali le compagnie propongono, nella maggioranza dei casi attraverso piattaforme tecnologiche, direttamente al cliente, delle coperture temporanee, talora di brevissima durata, calibrate sulle sue precise esigenze nel momento esatto in cui può averne bisogno. Trattasi di offerte di importo contenuto che per semplicità del processo d'acquisto si prestano alla vendita in abbinamento ad altri servizi e sempre più spesso in mobilità. Ad esempio garanzia infortuni dei conducenti legata alla circolazione, sia di durata annuale che di breve durata, queste ultime sovente connesse con operazioni di *car sharing*; assicurazioni infortuni per attività sportive non agonistiche (ad es. lo sci per un giorno);
- assicurazioni assistenza in caso di viaggio nelle quali possono essere garantite, tra l'altro, l'assistenza sanitaria senza limiti e massimali, 24 ore su 24, il rimborso delle spese mediche e la protezione totale da infortuni ovunque nel mondo, ecc.;
- polizze PPI (*Payment protection insurance*) e CPI (*Credit protection insurance*), tramite le quali il debitore è coperto dal rischio di non riuscire, per determinate e ben specificate ragioni a ripagare un prestito, sia esso sotto forma di mutuo ipotecario o di prestito personale. I prodotti di finanziamento che più frequentemente vengono coperti dalle polizze PPI sono quindi i mutui immobiliari e le varie forme di credito ai consumatori, quali i finanziamenti revolving concessi con carte di credito, i prestiti personali e i prestiti contro cessione del

quinto dello stipendio o della pensione. Con l'espressione "credito al consumo" si intendono le forme di finanziamento con le quali le banche o le società finanziarie concedono prestiti ad un consumatore, inteso come persona fisica che non agisce in qualità di imprenditore o professionista, per l'acquisto di beni e servizi o per soddisfare esigenze di natura personale (credito non finalizzato, ad esempio il prestito personale). Nello specifico, le garanzie assicurative sono attivate in caso di morte o di sopraggiunta difficoltà, causata da eventi come infortuni, malattia o perdita del lavoro (perdita di impiego) oppure incendio e scoppio dell'immobile ipotecato. Nel caso in cui, in abbinamento al finanziamento sia sottoscritta una copertura infortuni e/o malattia, tale copertura permette di mantenere gli impegni finanziari assunti con la banca e di salvaguardare il patrimonio del debitore e quello della sua famiglia, sollevando il debitore dall'onere di dover sopportare il peso economico del pagamento delle rate del prestito in momenti di particolare difficoltà dovuta a problemi di salute. Da ricordare che la polizza infortuni copre gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna che provocano lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea; tali polizze sono consigliabili a chi svolge attività lavorative autonome. L'invalidità permanente si verifica quando i danni subiti a causa dell'infortunio non sono reversibili e anzi condizioneranno tutta la vita futura dell'assicurato, impedendone l'attività lavorativa. L'inabilità temporanea, invece, è la perdita della capacità lavorativa per un lasso limitato di tempo e l'indennizzo generalmente previsto in questo caso è utile per coprire almeno alcune delle rate in scadenza durante il periodo di inattività dell'assicurato. In caso di decesso per infortunio l'indennizzo viene corrisposto al beneficiario indicato in polizza o, se non specificato, agli eredi in parti uguali.

Le coperture malattia coprono, invece, il caso in cui l'assicurato-debitore non riesca a svolgere la propria occupazione a causa di un'alterazione dello stato di salute che non dipenda da infortunio ma da una causa endogena e non violenta.

Invece, le coperture incendio e scoppio sono coperture utilizzate soprattutto nel caso si ottenga un mutuo per l'acquisto di un immobile. Con tali coperture, infatti, il proprietario dell'immobile è tutelato dal rischio della perdita o della rovina dell'immobile (o di una sua consistente diminuzione di valore) causata da un incendio, un'esplosione, uno scoppio provocato dalla perdita di gas o da un fulmine; le polizze possono prevedere, a richiesta, l'inserimento di altre coperture rientranti nel ramo r.c. generale (ad esempio, il risarcimento dei danni causati ai vicini, il rimborso delle spese di demolizione e sgombero) o in altro ramo (rimborso per spese di alloggio presso strutture alberghiere, ecc.). Pertanto, nel caso delle coperture assicurative incendio e scoppio, la compagnia di assicurazione, proprio grazie a queste coperture, provvede a estinguere, interamente o almeno in parte, il debito che l'assicurato stesso ha contratto con la banca o la società finanziaria, evitandogli spiacevoli conseguenze sul piano patrimoniale.

Un'unica polizza PPI o CPI, quindi, offre protezione in relazione a eventi diversi che, comunque, hanno come conseguenza quella di pregiudicare la capacità del debitore di rimborsare il prestito. Molto spesso le polizze PPI sono quindi costruite come "pacchetti multirischio", che abbinano coperture vita e danni (ad esempio, un'assicurazione sulla vita e una polizza per il caso di malattia o infortunio e, a volte, la perdita d'impiego) prestate anche da differenti imprese di assicurazione, per lo più appartenenti allo stesso gruppo. Le

polizze di cui parliamo sono stipulate al momento della conclusione del contratto di mutuo o di finanziamento al quale sono connesse e, solitamente, prevedono un premio unico che si aggiunge al capitale finanziato. Le polizze connesse ai finanziamenti possono essere stipulate in forma individuale o in forma collettiva.

Per la quasi totalità i premi vengono acquisiti attraverso polizze collettive in cui il contraente nei confronti della compagnia assicuratrice è la banca o la finanziaria che eroga il finanziamento e il cliente aderisce individualmente alla polizza in qualità di assicurato. Le polizze connesse ai finanziamenti possono essere stipulate in forma individuale o in forma collettiva. Nelle polizze collettive i contraenti sono le banche o le società finanziarie che hanno stipulato convenzioni (c.d. “polizza convenzione”) con le imprese di assicurazione. In questo caso gli assicurati sono i consumatori/debitori che aderiscono alla polizza, sottoscrivendo un modulo di adesione, e sostengono l’onere economico del pagamento del premio. Le polizze collettive rappresentano la forma più diffusa di PPI. Nei contratti individuali, invece, i contraenti delle polizze sono i singoli debitori che devono rimborsare il finanziamento;

- **premio puro** – Prodotto tra la frequenza di sinistro e l’ammontare medio del danno. Rappresenta il costo industriale della copertura assicurativa, su basi statistiche;
- **sinistri con seguito** – Sinistri denunciati per i quali sia stato effettuato un pagamento o sia stato iscritto a riserva un importo alla fine dell’esercizio. Sono esclusi i sinistri denunciati senza seguito, considerati a vario titolo come non aventi diritto a risarcimento. Fanno parte di questi sinistri anche i sinistri tardivi (IBNR), che si stima saranno denunciati con seguito in anni successivi all’anno di riferimento;
- **ramo 1. Infortuni** – Infortuni professionali (compresi gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali) ed extraprofessionali; prestazioni forfettarie; indennità temporanee; forme miste; persone trasportate. Le principali garanzie assicurative fornite in relazione al ramo sono il decesso, invalidità permanente (in caso di perdita definitiva ed irrimediabile, totale o parziale della capacità dell’assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo e, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa), inabilità temporanea (incapacità fisica, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni per una durata limitata nel tempo), infortunio del conducente responsabile e talora anche del suo trasportato in seguito alla circolazione stradale (talvolta si consente di assicurare il conducente e/o i trasportati dei veicoli indicati in polizza contro gli infortuni occorsi durante le operazioni rese necessarie in caso di fermata per la ripresa della marcia e per gli infortuni avvenuti durante la salita o la discesa dai veicoli, o gli infortuni subiti in qualità di pedoni) e altre garanzie come l’indennità di ricovero, l’indennità di immobilizzazione, il rimborso delle spese per la cura e la riabilitazione rese necessarie a seguito dell’infortunio. Si consulti per un esame dettagliato, il portale di “Educazione Assicurativa” dell’IVASS, www.educazioneassicurativa.it;
- **ramo 2. Malattia** – Malattia (prestazioni forfettarie; indennità temporanee; forme miste). Tra le principali garanzie assicurative offerte dal mercato si evidenzia il rimborso delle spese mediche, la diaria, la copertura per il rischio di invalidità permanente o di inabilità temporanea. Nell’ambito del ramo rientra anche la garanzia che copre il rischio di long term care da malattia (che prevede un risarcimento o assistenza e servizi “in natura” a seguito di perdita di autosufficienza nello svolgere determinate attività elementari della a vita quotidiana). Essa è pressoché assente in Italia in quanto commercializzata più frequentemente nel comparto Vita.

Si consulti per un esame dettagliato, il portale di “Educazione Assicurativa” dell’IVASS, www.educazioneassicurativa.it;

- **ramo 8. Incendio ed elementi naturali** – Ogni danno subito dai beni (diversi dai beni compresi nei rami 3, 4, 5, 6 e 7) causato da: incendio; esplosione; tempesta; elementi naturali diversi dalla tempesta; energia nucleare; cedimento del terreno;
- **ramo 13. Responsabilità civile generale**⁶ – Ogni responsabilità diversa da quelle dei rami 10 (Responsabilità civile autoveicoli terrestri), 11 (r.c. aeromobili) e 12 (r.c. natanti), compresa la responsabilità del vettore. Per polizza di assicurazione della responsabilità civile si intende il contratto di assicurazione con il quale la compagnia assicurativa si impegna a coprire/tutelare il patrimonio del soggetto assicurato da richieste di risarcimento danni, in caso di sinistri **involontariamente causati a terzi** e del quale l'assicurato è **responsabile**. In questo tipo di contratti, pertanto, il rischio coperto da garanzia è costituito da due elementi imprescindibili:
 - il primo è dato dal verificarsi di un fatto colposo, e non accidentale, che, causando danni a terzi, dà origine all'obbligo di risarcimento;
 - il secondo è dato da una richiesta di risarcimento formulata dal danneggiato all'assicurato; tuttavia, non sempre il danno si manifesta subito dopo il comportamento che l'ha causato.

Pertanto, **il danno causato con dolo, cioè volontariamente, non può in nessun caso essere assicurato.**

Quindi, sottoscrivendo una copertura assicurativa sulla responsabilità civile, alla sola condizione che i danni siano stati causati involontariamente, interviene la compagnia di assicurazione che, a protezione del patrimonio del soggetto assicurato, rimborsa quanto pagato al danneggiato. In altre parole, in presenza dei presupposti specificati nelle condizioni del contratto, la compagnia indennizza il proprio assicurato di quanto da questi dovuto, o già versato, al terzo a titolo di risarcimento del danno di cui si è reso, direttamente o indirettamente, responsabile. Tuttavia, la compagnia, nel limite del massimale di polizza, ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al danneggiato; è obbligata, se l'assicurato lo richiede, al pagamento diretto al danneggiato; può anche anticipare all'assicurato l'importo dovuto al terzo.

Sul mercato esistono **differenti tipologie di prodotto che assicura la responsabilità civile**, in base alla copertura dei danni che si desidera tutelare. Tali prodotti interessano, quindi, chiunque sia esposto al rischio di causare danni a terzi. La polizza può coprire danni causati direttamente dall'assicurato, per esempio quelli che un medico nel corso dell'attività professionale può involontariamente causare a un proprio paziente, oppure danni causati da persone, animali o cose di cui l'assicurato è responsabile (ad esempio un figlio minore, un domestico, il cane, la caduta di un vaso, mal posto sul davanzale di una finestra, che abbia provocato lesioni a un passante: per garantirsi dal rischio che accada un evento di tal genere) occorre sottoscrivere una polizza di responsabilità civile del capofamiglia. Si ricorda che sono due le **clausole**, alternative tra loro, che contraddistinguono le polizze di responsabilità civile generale:

⁶ Si consulti per un esame dettagliato, il portale di “Educazione Assicurativa” dell’IVASS, www.educazioneassicurativa.it

- con le clausole **loss occurrence** la garanzia è efficace solo per i fatti avvenuti durante il periodo di vigenza della polizza (a prescindere dalle date della richiesta di risarcimento del danneggiato e della denuncia del sinistro dell'assicurato). Rileva, quindi, soltanto il primo elemento del rischio coperto da garanzia, ossia il verificarsi del comportamento negligente o colpevole che ha prodotto o potrà produrre effetti dannosi su terzi. Per esempio, nel caso di un errore medico, la garanzia è efficace in relazione al momento in cui è stato effettuato l'intervento mal riuscito, indipendentemente dal momento in cui il danneggiato chiede o chiederà il risarcimento. Ciò significa che l'impresa è tenuta a indennizzare il medico, proprio assicurato, anche molti anni dopo l'intervento mal riuscito (anche quando non sia stata da questi rinnovata la copertura e, conseguentemente, non sussista più alcun rapporto tra assicurato e assicuratore), purché l'intervento che ha procurato il danno sia stato effettuato nel periodo di validità della polizza, cioè in un tempo intercorrente tra la data di effetto e la data di scadenza della polizza;
- con le clausole **claims made**, invece, la garanzia ha efficacia sempre per fatto caratterizzato da negligenza o colpevolezza che ha provocato il danno, anche se è avvenuto in un periodo precedente la stipula del contratto, ma delimitato espressamente in polizza. Inoltre, la garanzia copre anche i danni derivanti da fatti che si sono verificati in corso di contratto, ma solo se questi vengono denunciati entro uno specifico termine previsto in polizza, seppure successivo alla sua data di scadenza. Non copre invece quelli che, pur essendosi verificati in corso di contratto, vengono denunciati oltre detto termine. Nell'esempio di prima, con la polizza claims made l'assicurazione si farebbe carico del sinistro:
 - sia nel caso in cui il responsabile dei danni al terzo ricevesse, in vigenza di contratto, una richiesta di risarcimento riferita ad un danno subito prima della data di effetto della garanzia;
 - sia se la richiesta del danneggiato, riferita ad un evento verificatosi in vigenza di contratto, pervenisse entro un termine successivo alla data di scadenza del contratto stesso, ma entro quello espressamente stabilito nelle condizioni di polizza.

Nell'ambito del ramo assicurativo della **responsabilità civile generale** occorre distinguere tra garanzie di r.c. obbligatorie per legge e altre garanzie di r.c. non obbligatorie.

Le assicurazioni obbligatorie, per la maggior parte riferibili ad attività professionali⁷, industriali o in genere produttive, sportive, etc., sono regolate da condizioni di contratto principalmente dettate dalle norme di legge che ne hanno introdotto l'obbligatorietà, relative all'insieme dei rischi da coprire, ai minimi di massimale, alle esclusioni, etc. Tra le garanzie obbligatorie si ricordano:

- **le garanzie di "r.c. professionale medica"**. I medici iscritti all'Albo della professione medica sono tenuti a sottoscrivere una polizza di responsabilità civile professionale che protegge l'assicurato, cioè il medico, dal dover rispondere alle richieste di risarcimento avanzate da terzi, cioè i pazienti, durante il periodo di validità della polizza, in conseguenza

⁷ Di recente, la legge Gelli-Bianco n. 24 dell'8 marzo 2017, la legge c.d. Concorrenza emanata nel successivo mese di agosto e i D.M. Giustizia del 22 settembre 2016 e 10 ottobre 2017 hanno esteso la platea dei professionisti obbligati a stipulare l'assicurazione a tutela dei diritti dei propri clienti, definendo le garanzie minime dei relativi contratti e la durata delle coperture. A questo proposito, in particolare, sono state previste clausole di retroattività e ultrattività delle garanzie a maggior tutela del consumatore e del professionista. Per maggiori dettagli si veda la sezione Normativa del portale "educazione assicurativa" <http://www.educazioneassicurativa.it/normativa/>

di errori **professionali commessi dal medico stesso nello svolgimento dell'attività lavorativa**. Da non confondere con le garanzie di “r.c. professionale medica” sono le garanzie che assicurano la copertura della colpa grave, per tutelare ulteriormente il patrimonio professionista sanitario. È una garanzia accessoria a quella per la r.c. sanitaria che il professionista stipula assieme a quest'ultima o da sola. Con tale copertura assicurativa tali professionisti della salute che operano presso una struttura sanitaria pubblica o privata sono tenuti a tutelarsi con una polizza per colpa grave, a garanzia dell'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'esercente la professione sanitaria. Tale azione può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave promuovibile nei loro confronti dalla struttura stessa o dall'impresa assicurativa che offre copertura a quest'ultima. Nel loro complesso trattasi, *latu sensu*, dei noti casi di responsabilità civile sanitaria c.d. *medical malpractice*⁸ della cui rilevanza e rilievo dal punto di vista statistico ed economico si occupa una specifica pubblicazione dell'IVASS⁹;

- le garanzie di “r.c. professionale costruttori”¹⁰: La legge impone al costruttore di immobili l'obbligo di stipulare una polizza assicurativa, di durata decennale e con effetto dalla data di ultimazione dei lavori, a beneficio dell'acquirente dell'immobile di nuova costruzione. la garanzia riguarda sia i danni materiali e diretti causati all'immobile, cioè la rovina totale o parziale, gravi difetti costruttivi, vizio del suolo comunque manifestatisi successivamente alla stipula del contratto definitivo di compravendita o di assegnazione, sia i danni causati a terzi che il costruttore è tenuto a risarcire.

- **le garanzie di “r.c. professionale intermediari assicurativi e riassicurativi”**:¹¹ ai fini dell'iscrizione nella sezione del Registro unico elettronico degli intermediari assicurativi, anche a titolo accessorio, e riassicurativi, l'intermediario deve stipulare una polizza di assicurazione della responsabilità civile per l'attività svolta in forza dell'iscrizione al Registro stesso, valida in tutto il territorio dell'Unione europea, per danni arrecati da negligenze ed errori professionali propri ovvero da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato deve rispondere a norma di legge.

Le assicurazioni non obbligatorie sono, invece, regolate da condizioni di contratto concordate dalle parti che le sottoscrivono, l'assicurato e la compagnia, sulla base delle esigenze del primo e delle prestazioni che la seconda intende impegnarsi a rendere, a fronte del premio che l'assicurato è disposto a pagare come corrispettivo.

⁸ Vedasi sul tema anche la legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (cd. Legge Gelli-Bianco) “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”.

⁹ Cfr. Bollettino Statistico IVASS n. 14/2018 (“*I rischi da responsabilità civile sanitaria in Italia 2010-2017*”), <https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/statistiche/bollettino-statistico/2018/n14/index.html>.

¹⁰ Vedasi l'art. 1669 del codice civile per i danni causati a terzi che il costruttore è tenuto a risarcire.

¹¹ Codice delle assicurazioni private, decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, Titolo IX – Attività di distribuzione assicurativa e riassicurativa.

Tra le polizze **non obbligatorie** di responsabilità civile si ricordano le polizze di “responsabilità civile del capofamiglia”. Tali polizze sono normalmente *abbinate ad altri contratti assicurativi* che offrono diverse coperture a tutela del patrimonio *familiare o del singolo*. Per esempio, molte polizze prevedono anche la copertura dei danni subiti dall'assicurato in caso di incendio o furto presso la propria abitazione, indipendentemente dalla circostanza che si siano prodotti danni a terzi.

- **comparto salute** – Ai fini delle presenti statistiche si compone dei rami 1. Infortuni e 2. Malattia;
- **gestione danni** – E' l'attività assicurativa nei rami danni di cui all'articolo 2, comma 3, del CAP;
- **garanzia invalidità permanente totale o parziale da infortunio** – Prevede il riconoscimento di un indennizzo, determinato sulla base della somma assicurata, in caso di sinistro che abbia causato la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato allo svolgimento di qualsiasi attività;
- **garanzia infortunio del conducente** – Prevede il riconoscimento di un indennizzo del conducente responsabile in incidente stradale, che ne abbia causato la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea;
- **garanzia, infortunio o malattia, rimborso spese mediche** – Prevede il rimborso delle spese sostenute dall'assicurato pre e post ricovero in istituto di cura, nonché il rimborso per intervento chirurgico;
- **garanzia diaria giornaliera** – Prevede un'indennità giornaliera in caso di ricovero in istituto di cura conseguente a malattia. Nel caso in cui le spese mediche siano state totalmente sostenute dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), alcune polizze prevedono la corresponsione della c.d. “diaria sostitutiva”. Si tratta di una somma fissa giornaliera per il periodo di ricovero che si protragga entro un limite massimo di giorni;
- **garanzia invalidità permanente totale o parziale da infortunio** – Queste assicurazioni coprono la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità lavorativa derivante da invalidità permanente, se conseguente a malattia - e non a infortunio - manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto, ma entro la data di scadenza dello stesso;
- **assicurazioni contro le malattie gravi (Dread disease) o Critical Illness** – Queste assicurazioni coprono le necessità derivanti dal verificarsi di una delle gravi malattie tassativamente previste in polizza (es. infarto, cancro, cecità, ictus, insufficienza renale) con il pagamento di un capitale prefissato. La garanzia è spesso fornita in abbinamento a una assicurazione sulla vita che prevede la copertura in caso di morte;
- **polizza individuale** – E' la polizza sottoscritta da un singolo individuo per suo conto o per conto della propria famiglia, con **copertura di un rischio** che è quindi riferito a un soggetto o a più soggetti individuati all'interno del nucleo familiare. Il termine “individuale” non si riferisce quindi all'unico assicurato, bensì all'unico contraente: nulla vieta, invece, di assicurare con una polizza individuale **una molteplicità di soggetti** quali, tradizionalmente, i componenti dei nuclei familiari;
- **polizza collettiva** – E' la polizza stipulata da un'azienda, da un'associazione, da una cassa di

assistenza o altro organismo, in qualità di contraente, in favore dei propri dipendenti, associati, assistiti, clienti. In questo caso il rischio da coprire è riferito a **tutti coloro i quali fanno parte di un gruppo omogeneo e ben definito**. Nelle polizze collettive, di solito, le imprese di assicurazione indicano al contraente quali siano gli obblighi a proprio carico, indicando quindi – tra gli obblighi a carico del contraente – anche le modalità con le quali occorrerà consegnare agli assicurati le condizioni di assicurazione, affinché questi siano completamente consapevoli della natura dell'operazione;

- **impresa vigilata dall'IVASS** – Imprese nazionali e rappresentanze in Italia di imprese extra SEE sottoposte alla vigilanza di stabilità dell'IVASS;
- **altre spese di acquisizione** – Spese derivanti dalla conclusione di un contratto di assicurazione diverse dalle provvigioni di acquisizione, come definite dall'articolo 52 del D.lgs. 26 maggio 1997, n. 173;
- **spese di amministrazione** – Sono le spese di amministrazione, diverse dalle provvigioni di incasso. In particolare, sono ricomprese tutte le spese per la gestione della riassicurazione passiva e attiva, con esclusione, per quest'ultima, dei costi relativi alle commissioni e partecipazioni agli utili spettanti alle cedenti. Le altre spese di amministrazione comprendono, altresì, le spese per il personale non attribuite agli oneri relativi all'acquisizione, alla liquidazione dei sinistri e alla gestione degli investimenti. Sono compresi, inoltre, gli oneri sostenuti per la cessazione dei rapporti agenziali, per la parte non soggetta a rivalsa;
- **loss ratio dell'esercizio** – E' l'incidenza percentuale, rispetto ai *premi di competenza* dell'esercizio corrente, delle somme pagate e riservate per *i soli sinistri accaduti nell'esercizio corrente*, comprensive delle relative spese dirette e delle spese di liquidazione;
- **loss ratio di bilancio** – E' il *loss ratio* dell'esercizio al quale è aggiunto, considerando, *per i soli sinistri accaduti negli anni precedenti*, l'incidenza percentuale, sempre rispetto ai *premi di competenza* dell'esercizio corrente, della sufficienza (*rectius* eccedenza: componente positivo di reddito) o l'insufficienza (*rectius* carenza: componente negativo di reddito) della riserva sinistri appostata all'inizio dell'esercizio rispetto ai pagamenti (comprensivi delle spese dirette e delle spese di liquidazione) avvenuti durante l'esercizio e alla riserva accantonata alla fine dell'esercizio (anch'essa comprensiva delle spese dirette e delle spese di liquidazione) in relazione a tali sinistri;
- **expense ratio** – E' il rapporto tra *spese di gestione* (acquisizione, incasso e spese amministrative) e *premi contabilizzati*;
- **combined ratio, dell'esercizio o bilancio** – E' la somma di *expense ratio* e *loss ratio* (dell'esercizio o di bilancio);
- **ramo di assicurazione** – E' la classificazione secondo un insieme omogeneo di rischi od operazioni che descrive l'attività che l'impresa può esercitare al rilascio dell'autorizzazione;
- **riassicurazione passiva** – E' la *cessione* di rischi da parte di impresa di assicurazione o *retrocessione* dei rischi da impresa di riassicurazione;
- **velocità di liquidazione dei sinistri** – E' il rapporto tra numero (o importo) di sinistri pagati in un determinato esercizio e numero (o importo) dei sinistri con seguito (pagati e riservati) nel medesimo esercizio;

- **importi a prezzi costanti** – Sono i valori monetari espressi al valore della moneta dell'anno più recente disponibile (2017 per il presente bollettino). Sono ottenuti moltiplicando il valore originario per un coefficiente (indice di rivalutazione monetaria) che rappresenta la variazione dei prezzi avvenuta tra l'anno a cui si riferisce il valore e il 2017. L'indice di rivalutazione monetaria è ricavato usando l'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e di impiegati (FOI) al netto dei tabacchi;
- **spese di liquidazione** – Sono le spese esterne e interne sostenute dalle imprese per la gestione dei sinistri, come definite all'articolo 48, comma 3, del D.lgs. 26 maggio 1997, n. 173;
- **spese dirette** – Sono le spese sostenute dalle imprese per evitare o contenere i danni arrecati dal sinistro, quali, tra l'altro, le spese di lite di cui all'articolo 1917, comma 3, del codice civile, le spese di salvataggio nei rami trasporti e aviazione, le spese di spegnimento e i danni d'acqua nel ramo incendio.

2 I PRINCIPALI RISULTATI

Nel comparto salute (rami infortuni e malattia) e nei rami incendio-elementi naturali ed r.c. generale delle imprese vigilate dall'IVASS (imprese nazionali e Rappresentanze per l'Italia di imprese con sede legale in uno stato extra Spazio Economico Europeo). In tali rami è raccolto il 34% dei premi della gestione danni, quota che risulta in progressiva crescita dal 2012, quando era pari al 29,2% (Tav. 1).

Tav. 1 – Evoluzione dei premi contabilizzati

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Ammontare dei premi raccolti (milioni di euro)</i>						
Comparto salute (A)	5.113	5.027	5.030	5.105	5.357	5.656
Ramo incendio (B)	2.306	2.284	2.295	2.291	2.377	2.400
Ramo r.c.generale (C)	2.939	2.848	2.831	2.878	2.899	2.918
<i>Totale (A + B + C)</i>	10.358	10.159	10.156	10.274	10.633	10.974
Totale rami danni (D)	35.413	33.687	32.800	32.007	31.953	32.310
<i>Quota dei premi contabilizzati del comparto salute e dei rami incendio e r.c. generale sul totale dei premi dei rami danni (%)</i>						
(A)/(D) (%)	14,4	14,9	15,3	16,0	16,8	17,5
(B)/(D) (%)	6,5	6,8	7,0	7,2	7,4	7,4
(C)/(D) (%)	8,3	8,5	8,6	9,0	9,1	9,0
(A + B + C) / (D)	29,2	30,2	31,0	32,1	33,3	34,0
<i>Variazione dei premi raccolti^(a) (var. % rispetto all'anno precedente)</i>						
Comparto salute (A)	-1,8	-1,7	0,0	1,5	4,9	5,6
Ramo incendio (B)	-1,6	-1,0	+0,5	-0,2	3,8	0,9
Ramo r.c. generale (C)	+0,2	-3,1	-0,6	1,7	0,7	0,7
<i>Totale (A + B + C)</i>	-1,2	-1,9	0,0	1,2	3,5	3,2
Totale rami danni (D)	-2,6	-4,9	-2,6	-2,4	-0,2	+1,1

(a) Variazioni relative alle imprese confrontabili per tutta la durata del periodo considerato.

Si riporta nella seguente tavola, per ciascuno dei rami, l'evoluzione del costo medio e della frequenza sinistri avvenuta nel periodo in esame.

Tav. 2 – Evoluzione della sinistrosità

Anno di accadimento	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Costo medio e frequenza sinistri al lordo ibnr (euro, valori a prezzi costanti 2017)</i>						
Ramo infortuni						
Costo medio	3.018	3.085	3.401	3.911	3.913	3.948
Freq.sin. %	1,14	1,07	0,94	0,78	0,77	0,74
Ramo malattia						
Costo medio	372	360	349	329	316	293
Freq.sin. %	35,4	38,4	38,0	38,4	37,9	40,2
Ramo incendio						
Costo medio	9.673	5.319	5.399	5.778	7.612	7.841
Freq.sin. %	1,67	1,80	1,74	1,64	1,29	1,41
Ramo r.c. generale						
Costo medio	5.621	5.796	5.977	5.883	5.946	5.841
Freq.sin. %	2,61	2,51	2,28	2,12	1,91	1,89

Dalla tavola successiva si rilevano gli andamenti del *loss ratio* complessivo e dell'*expense ratio* dei quattro rami, messo a confronto con il “totale” dei diciotto rami danni.

Tav. 3 – Loss ratio ed expense ratio (%)

Ramo infortuni						
<i>Loss ratio di bilancio (%)</i>	47,4	42,6	43,8	41,4	39,9	39,2
<i>Expense ratio (%)</i>	32,8	33,7	34,5	34,9	35,9	36,4
Ramo malattia						
<i>Loss ratio di bilancio (%)</i>	73,1	71,1	67,9	67,6	66,9	67,5
<i>Expense ratio (%)</i>	24,4	24,0	23,8	23,3	23,9	22,9
Ramo incendio						
<i>Loss ratio di bilancio (%)</i>	90,0	47,8	54,2	56,3	60,1	70,1
<i>Expense ratio (%)</i>	30,9	32,0	32,1	32,6	33,4	33,6
Ramo r.c. generale						
<i>Loss ratio di bilancio (%)</i>	90,9	83,8	67,4	54,8	48,2	42,3
<i>Expense ratio (%)</i>	29,7	30,6	31,3	31,7	32,8	33,1
Totale rami danni						
<i>Loss ratio di bilancio (%)</i>	71,9	65,0	63,9	62,4	63,9	62,4
<i>Expense ratio (%)</i>	24,0	25,0	26,2	27,0	27,4	27,6

* Expense ratio calcolato come incidenza delle spese di gestione sui premi contabilizzati

Dalla tavola successiva si rileva, per ciascuno dei quattro rami e per il totale dei diciotto rami danni, l'incidenza del risultato tecnico sui premi di competenza.

Tav. 4 – Evoluzione del rapporto del risultato tecnico sui premi di competenza

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Rapporto tra risultato tecnico (al netto riassic.) e premi di competenza (%)						
Ramo infortuni (A)						
Risult. tecnico al netto riass./Premi comp. %	19,3	21,7	20,7	21,2	21,9	22,0
Ramo malattia (B)						
Risult. tecnico al netto riass./Premi comp. %	2,2	4,5	7,0	5,9	5,6	5,4
Ramo incendio (C)						
Risult. tecnico al netto riass./Premi comp. %	0,3	7,4	3,2	5,7	2,5	-2,7
Ramo r.c. generale (D)						
Risult. tecnico al netto riass./Premi comp. %	-11,7	-9,4	7,5	18,6	21,5	29,9
Totale (A + B + C + D)						
Risult. tecnico al netto riass./Premi comp. %	2,6	6,2	10,3	13,8	14,0	15,1
Totale rami danni						
Risult. tecn. al netto riass./Premi comp. %	7,4	10,0	10,6	10,9	8,9	9,0

Il comparto salute

Nel 2017, i premi contabilizzati complessivamente nel comparto si sono attestati a 5.656 milioni di euro, costituendo il 17,5% della produzione dei rami danni, quota in continuo aumento nell'ultimo quinquennio (era 14,4% nel 2012 e 16,8% nel 2016). Il comparto salute consta del:

- ramo infortuni;
- ramo malattia.

Ramo infortuni

- ✓ Nel 2017, i **premi contabilizzati** dalle 65 imprese del ramo Infortuni sono stati pari a 3.085 milioni di euro, con una crescita del +2,6% e rappresentano il 55,5% della raccolta del Comparto Salute. I premi sono in crescita per il secondo anno consecutivo. Conseguentemente la quota dei premi infortuni sul totale dei rami danni è continuata a crescere nel 2017, attestandosi al 9,5% (8,4% nel 2012).
- ✓ I **sinistri** nel 2017 sono stati 332.901, in riduzione del -2,5% rispetto al 2016. In confronto al 2012, i sinistri sono complessivamente diminuiti del -31,1%. La **frequenza sinistri complessiva**¹² rispetto alle unità di rischio assicurate (pari a 45.070.011; +1,3% rispetto al 2016) è dello **0,74%** nel 2017, sostanzialmente stabile rispetto al valore di 0,77% del 2016, ma in calo in confronto all'1,14% nel 2012.
- ✓ Il **premio medio per unità di rischio nel 2017**, al netto di oneri fiscali e parafiscali si attesta a **68,45 euro** (+0,2% a prezzi costanti rispetto all'anno precedente, ma in calo del -4,5% rispetto al 2012, ovvero considerando l'inflazione).
- ✓ Il **pagamento medio per sinistro** è stato di **2.568 euro**, in aumento (a prezzi costanti 2017) del +21,5% rispetto al 2012.
- ✓ Per effetto della crescita della raccolta premi di competenza e della diminuzione nel 2017 degli oneri complessivi dei sinistri, si è registrato un **lieve miglioramento del loss ratio**, sceso dal 39,9% del 2016 al 39,2% del 2017.
- ✓ L'**expense ratio**, ossia l'incidenza delle spese di gestione sui premi, è risultato in **crescita rispetto al 2016**, dal 35,9% al **36,4% dei premi contabilizzati**.
- ✓ Tenuto conto delle componenti economiche derivanti dai rendimenti finanziari¹³ e dalle cessioni in riassicurazione, si registra un **utile di 668 milioni di euro**, in crescita rispetto al 2016. Il **risultato tecnico netto per unità di rischio** è pari a **circa 15 euro**, in sostanziale stabilità rispetto ai 15,2 euro del 2013. Il ramo ha chiuso **sempre in utile negli ultimi venti anni**.
- ✓ Se si escludono le componenti finanziarie, di riassicurazione e altre voci residuali, il **marginale tecnico atteso per unità di rischio è sempre positivo e nel 2017 è pari a 14 euro circa**, come nel 2016 e nel 2012, a prezzi costanti 2017 (cfr. Tav. A.6).

¹² Inclusiva della stima per i sinistri accaduti ma non denunciati (IBNR).

¹³ Quote degli utili da investimenti attribuiti al ramo, derivanti dagli attivi a copertura delle riserve tecniche, pari nel 2017 a 531 milioni di euro.

Ramo malattia

- ✓ I **premi contabilizzati** nel 2017, raccolti da parte delle 61 imprese del ramo Malattia, raggiungono 2.571 milioni di euro (8% sul totale dei premi danni e in crescita del **+9,5% rispetto al 2016**) e rappresentano il 45,5% della raccolta del Comparto Salute. **Si conferma il trend d'aumento** evidenziatosi nel 2016 (+9,6%) e nel 2015 (+4,1%)
- ✓ I **sinistri denunciati** sono in totale **5.871.299**, in **netto aumento (+12,9%)** sia rispetto al 2016 che al 2012 (+38,4%).
- ✓ La **frequenza sinistri complessiva** rispetto alle unità di rischio assicurate è del 40,2%, in aumento sia rispetto al 2016 (37,9%) che al 2012 (35,4%).
- ✓ Il **premio medio emesso per unità di rischio assicurata nel 2017**, al **netto** degli oneri fiscali e parafiscali, è pari a **176 euro** (+1,9% a prezzi costanti rispetto al 2016).
- ✓ Per ogni **sinistro** sono stati **pagati in media 245 euro** (con un forte decremento del -33,4% rispetto al 2012 (a prezzi costanti 2017) a causa della forte crescita del numero dei sinistri).
- ✓ Tenuto conto delle componenti economiche derivanti dai rendimenti finanziari e dalle cessioni in riassicurazione, l'utile del ramo si è attestato nel 2017 a 130 milioni di euro, in crescita (+2,4%) rispetto al 2016. Il ramo **ha sempre chiuso in utile negli ultimi venti anni**.
- ✓ Il **risultato tecnico netto per unità di rischio assicurata** è pari a **circa 9 euro**, in **sostanziale stabilità** rispetto al 2016, ma in crescita in confronto al 2012 (circa 4 euro).
- ✓ Se si escludono le componenti finanziarie, di riassicurazione e altre voci residuali, il **marginale tecnico atteso per unità di rischio assicurata nel 2017** ammonta a **18 euro circa** (12 euro circa nel 2016 a prezzi costanti 2017).

Ramo incendio ed elementi naturali

- ✓ I **premi contabilizzati** nel 2017, raccolti da parte delle 57 imprese del ramo Incendio, raggiungono 2.400 milioni di euro (7,4% sul totale dei premi danni e in crescita del **+0,9% rispetto al 2016**). Si delinea un **trend in leggero aumento** (+1,1 nel 2016%).
- ✓ I **sinistri** sono in totale 222.550, in **netto aumento (+9,4%)** rispetto al 2016 (ma in flessione del -14,1% rispetto al 2012).
- ✓ La **frequenza sinistri complessiva** rispetto alle unità di rischio assicurate è dell'**1,41%**, in aumento del 9% circa rispetto al 2016 (1,29%), ma in calo rispetto al 2012 (1,64%) e questo a causa del decremento dei sinistri a fronte della sopracitata crescita delle unità di rischio.
- ✓ Il **premio medio per unità di rischio nel 2017**, al **netto** degli oneri fiscali e parafiscali, è pari a **152 euro circa** (-0,9% in termini reali rispetto al 2016).
- ✓ Per ogni **sinistro** sono stati **pagati in media 4.000 euro**, con un decremento del -5,4% rispetto al 2012, ma con una crescita del 12,6% rispetto al 2016 (a prezzi costanti 2017).
- ✓ Tenuto conto delle componenti economiche derivanti dai rendimenti finanziari e dalle cessioni in riassicurazione, il **risultato del ramo** si è attestato nel 2017 a **-61 milioni di euro**, in **controtendenza** rispetto ai risultati positivi del periodo 2011-2016 (picco di 168 milioni di euro nel 2013).
- ✓ Il **risultato tecnico netto per unità di rischio assicurata** è vicino ai **-4 euro**, in controtendenza rispetto al periodo 2011-2016 (picco di oltre 11 euro nel 2013).
- ✓ Se si escludono le componenti finanziarie, di riassicurazione e altre voci residuali, il **marginale tecnico atteso per unità di rischio assicurata nel 2017 torna in negativo** e sfiora **-10 euro**, in conseguenza degli eventi naturali, talora anche estremi che continuano a colpire il Paese, dopo 4 anni di margine positivo (quasi +4 euro nel 2016, ma in peggioramento, a causa

sostanzialmente del terremoto nelle zone dell'Italia Centrale, rispetto al picco di oltre 11 euro nel 2014), che seguivano il 2012 quando si era registrato il picco negativo di -57 euro, a prezzi costanti 2017 (ascrivibile al terremoto che aveva colpito l'Emilia Romagna).

Ramo r.c. generale

- ✓ I **premi contabilizzati** nel 2017, raccolti da parte delle 55 imprese del ramo r.c. generale, raggiungono 2.918 milioni di euro (9% sul totale dei premi danni), in crescita dello **0,7% rispetto al 2016, ma in decremento dello 0,7% rispetto al 2012.**
- ✓ I **sinistri** sono in totale 312.445, in **lieve aumento (+0,7%)** rispetto al 2016, ma in **decisa flessione del -26,4%** rispetto al 2012.
- ✓ La **frequenza sinistri complessiva** rispetto alle unità di rischio assicurate è dell'**1,89%**, *in continua riduzione* (2,61% nel 2012), a causa dell'aumento delle unità di rischio assicurate (+8,1% rispetto al 2012) e della sopra evidenziata riduzione dei sinistri.
- ✓ Il **premio medio emesso per unità di rischio assicurata nel 2017**, al netto degli oneri fiscali e parafiscali, è pari a **177 euro circa** (-2,0% in termini reali rispetto al 2016).
- ✓ Per ogni **sinistro** sono stati **pagati in media 1.938 euro**, con un decremento del -2,2% rispetto al 2016 in termini reali, mentre rispetto al 2012 si è registrato un incremento del +10,5%.
- ✓ Tenuto conto delle componenti economiche derivanti dai rendimenti finanziari e dalle cessioni in riassicurazione, l'utile del ramo si è attestato nel 2017 a 878 milioni di euro, in crescita del 40,2% rispetto al 2016. Il ramo risulta **in utile per il quarto anno consecutivo**, dopo le perdite registratesi dal 2008 al 2013.
- ✓ Il **risultato tecnico netto per unità di rischio assicurata** è pari a **52 euro**, in decisa e continua crescita per il quarto anno consecutivo (vicino ai 15 euro nel 2014 e ai 38,50 euro nel 2016).
- ✓ Se si escludono le componenti finanziarie, di riassicurazione e altre voci residuali, il **marginale tecnico atteso per unità di rischio assicurata nel 2017** si avvicina agli **8 euro ed è positivo per il terzo anno consecutivo**, *dopo un triennio di margini negativi* (con un picco di -8 euro nel 2013).

2.1 Allegati “TAVOLE STATISTICHE”

Gli allegati “tavole statistiche”, forniti esclusivamente in formato Excel, sono i seguenti:

Allegato A – “RAMO_INFORTUNI.xlsb” – Statistiche relative alla gestione del ramo 1. Infortuni;

Allegato B – “RAMO_MALATTIA.xlsb” – Statistiche relative alla gestione del ramo 2. Malattia;

Allegato C – “RAMO_INCENDIO.xlsb” – Statistiche relative alla gestione del ramo 8. Incendio;

Allegato D – “RAMO_R.C.GENERALE.xlsb” – Statistiche relative alla gestione del ramo 13. R.C. generale.

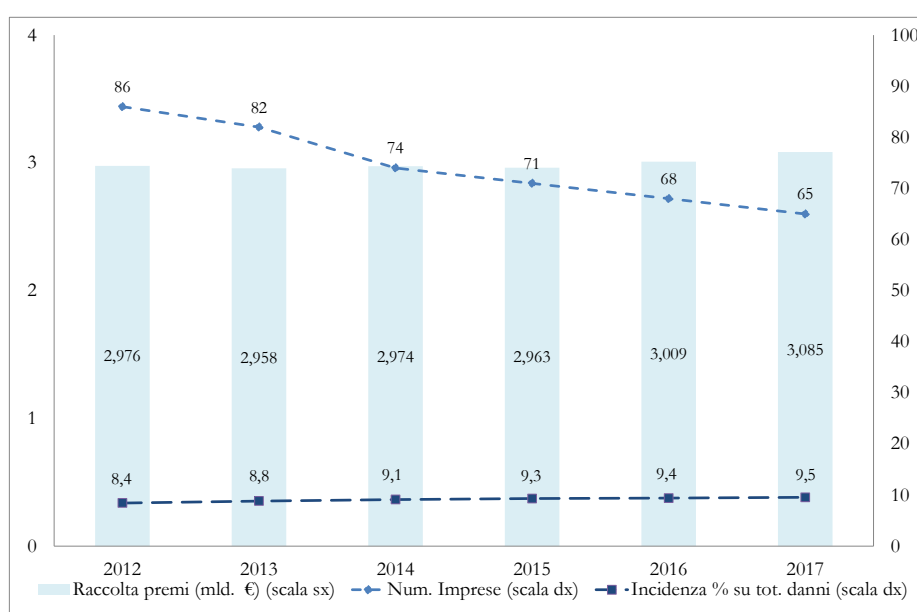
3 IL RAMO INFORTUNI

3.1 La raccolta premi

I premi del lavoro diretto italiano nel ramo infortuni, raccolti nel 2017 dalle 65 imprese nazionali e rappresentanze di imprese estere con sede legale in uno stato extra SEE che hanno esercitato il ramo (Allegato A – Tav. 1 e fig. A.1), sono stati pari a 3.085 milioni di euro, con un incremento del +2,6% rispetto al 2016. Il decremento del numero delle imprese è riconducibile alle operazioni societarie di fusione e di trasferimento di portafoglio intervenute nel periodo.

I premi del ramo rappresentano nel 2017 il 9,5% del totale dei premi dei rami danni, in crescita dal 2012 (8,4%).

Fig. A.1 – Numero imprese attive e valore della raccolta premi nel ramo infortuni
(unità, %, miliardi di euro)



3.2 I costi di gestione

Nel 2017 le provvigioni totali rappresentano il 25,6% dei premi (con un aumento di 4 decimi di punto rispetto al 2016, Allegato A – Tav. 6 e tav. A.1). Nel periodo 2012-2017 il costo di remunerazione della rete distributiva è in aumento (nel 2012 le provvigioni rappresentavano il 23,9% dei premi).

Le spese di acquisizione e amministrazione equivalgono nel 2017 al 10,8% dei premi raccolti e sono stabili rispetto all'anno precedente. Nell'arco temporale 2012-2017, il valore di queste spese in rapporto ai premi (pari al 9% nel 2012) è aumentato.

Le provvigioni rappresentano nel 2017 il 70,3% delle spese di gestione, sostanzialmente stabili rispetto al 2016, ma in riduzione rispetto al 2012 (72,6%). Risulta, invece, in progressiva crescita l'incidenza delle altre spese di amministrazione (dal 4,6% del 2012 al 6,1% del 2017).

Tav. A.1 – Spese di gestione: composizione e incidenza sui premi lordi contabilizzati

(%)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Composizione delle spese di gestione						
Provvigioni di acquisizione e d'incasso	72,6	71,9	71,4	69,3	70,1	70,3
Altre spese di acquisizione	13,3	13,5	13,5	14,6	13,4	13,0
Altre spese di amministrazione	14,1	14,6	15,2	16,1	16,5	16,7
Totale spese di gestione (<i>expense ratio</i>)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Incidenza delle spese di gestione sui premi lordi contabilizzati						
Provvigioni di acquisizione e d'incasso	23,9	24,3	24,6	24,2	25,2	25,6
Altre spese di acquisizione	4,4	4,6	4,6	5,1	4,8	4,7
Altre spese di amministrazione	4,6	4,9	5,2	5,6	5,9	6,1
Totale spese di gestione (<i>expense ratio</i>)	32,8	33,7	34,5	34,9	35,9	36,4

3.3 Andamento dei sinistri

Nel 2017 sono stati denunciati in Italia 332.901 sinistri con seguito accaduti nello stesso anno, in diminuzione (-2,5%, Allegato A – Tav. 9 e Tav. A.2) rispetto all'anno precedente e in sensibile flessione rispetto al 2012 (-31,1%). Il contemporaneo aumento (+7,0%) delle unità di rischio assicurate¹⁴ ha comportato di conseguenza una flessione della frequenza di sinistri (pari allo 0,74% nel 2017, rispetto all'1,14% del 2012).

Tav. A.2 – Unità di rischio assicurate e sinistri denunciati con seguito

(unità)

Anno	Numero Unità di rischio		Sinistri denunciati con seguito (al lordo della stima per i sinistri tardivi) ^(a)		
	Numero (A)	Var. (%) ^(b)	Numero (B)	Var. (%) ^(b)	Frequenza (B)/(A) (%)
2012	42.447.929	-0,4	484.238	-11,1	1,14
2013	42.330.357	-0,3	451.099	-6,8	1,07
2014	43.443.202	2,6	408.300	-9,5	0,94
2015	43.837.354	0,9	342.055	-16,2	0,78
2016	44.507.912	0,8	341.557	-0,5	0,77
2017	45.070.011	1,3	332.901	-2,5	0,74
Variaz. 2017/2012		7,0		-31,1	

(a) Sinistri accaduti nello stesso anno di denuncia. – (b) Variazioni a perimetro omogeneo di imprese.

3.4 La velocità di liquidazione dei sinistri

Numero dei sinistri pagati. Nel 2017 la velocità di liquidazione del numero dei sinistri denunciati nello stesso anno ammonta al 36,7% (Allegato A – Tav. 13-1 e tav. A.3), con un incremento rispetto al 2016, quando era pari al 35,4%.

¹⁴ Il fenomeno dell'elevato e crescente numero delle unità di rischio assicurate con prodotti ricadenti nei rami infortuni e malattia è sviluppato nel glossario (vedi punto 1.4).

Importi pagati. Anche in termini di importi pagati, lo stesso indicatore migliora in quanto ammonta al 29% per il 2017 (Allegato A – Tav. 14-1 e tav. A.3), rispetto al 2016, quando era pari al 27,4%.

Se si osserva invece la velocità di liquidazione degli importi entro l'anno successivo a quello di generazione, il 69,2% degli importi per i sinistri accaduti nel 2016 risultavano liquidati alla fine del 2017, sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente (69,1%).

Tav. A.3 – Velocità di liquidazione dei sinistri

(%)

Generazione di accadimento	Nell'anno di generazione	Al 1° anno successivo	Al 2° anno successivo	Al 3° anno successivo	Al 4° anno successivo	Al 5° anno successivo	Riserva Sinistri al 31.12.17
Velocità di liquidazione per numeri ^(a)							
2012	46,4	89,9	97,3	98,7	99,1	99,4	0,6
2013	45,1	89,7	96,8	98,3	98,8	.	1,2
2014	44,9	88,0	95,6	97,1	.	.	2,9
2015	40,7	84,5	92,0	.	.	.	8,0
2016	41,1	80,4	.	.	.	.	19,6
2017	36,7	.	.	.	.	.	63,3
Velocità di liquidazione per importi ^(b)							
2012	25,4	76,2	91,5	95,1	96,4	97,2	2,8
2013	24,3	75,9	91,2	94,7	95,8	.	4,2
2014	24,4	74,0	88,9	92,5	.	.	7,5
2015	21,8	70,8	85,9	.	.	.	14,1
2016	22,6	68,0	.	.	.	.	32,0
2017	24,1	.	.	.	.	.	75,9

(a) Percentuale dei sinistri pagati, cumulati in ciascun anno di sviluppo, rispetto ai sinistri risultati con seguito al 31.12.2017 (pagati + riservati) *al lordo della stima per i sinistri tardivi*. – (b) Percentuale dei pagamenti per sinistri, cumulati in ciascun anno di sviluppo, rispetto ai pagamenti per sinistri risultati con seguito al 31.12.2017 (pagati + riservati) *al lordo della stima per i sinistri tardivi*.

3.5 Il costo medio dei sinistri

Sinistri denunciati nell'anno di accadimento. Il costo medio dei sinistri indennizzati nello stesso anno di accadimento è stato pari a 2.568 euro per il 2017 (2.519 euro per la generazione 2016, tav. A.4). Il valore del costo medio è in forte aumento a prezzi 2017 (+21,5%) rispetto a quello del 2012 (l'aumento a valori correnti è del 24,2%).

Tav. A.4 – Indicatori di costo medio dei sinistri denunciati nell'anno di accadimento

(euro, valori a prezzi costanti e correnti 2017)

Anni	Costo medio dei sinistri pagati	Costo medio dei sinistri riservati (al lordo della stima per i sinistri tardivi)	Costo medio complessivo dei sinistri (al lordo della stima per i sinistri tardivi)	Premio puro ^(a)	
				Valore	Var. (%) ^(b)
<i>Valori a prezzi costanti 2017^(c)</i>					
2012	2.114	3.479	3.018	34	
2013	2.122	3.549	3.085	33	-4,5
2014	2.292	3.938	3.401	32	-2,8
2015	2.493	4.609	3.911	30	-4,6
2016	2.519	4.685	3.913	30	-1,6
2017	2.568	4.757	3.948	29	-2,9
Var. (%) 2017/2012	+21,5	+36,7	+30,8		-15,3
<i>Valori a prezzi correnti</i>					
2012	2.068	3.479	3.003	34	
2013	2.099	3.549	3.078	33	-4,3
2014	2.272	3.938	3.394	32	-2,7
2015	2.469	4.609	3.903	30	-4,5
2016	2.491	4.685	3.903	30	-1,6
2017	2.568	4.757	3.948	29	-2,6
Variazione 2017/2012	+24,2	+36,7	+31,5		-14,9

(a) Prodotto tra frequenza dei sinistri denunciati (tav. A.2) e costo medio complessivo dei sinistri, entrambi al lordo della stima per i tardivi. – (b) Variazioni rispetto all'anno precedente. – (c) Il coefficiente di rivalutazione monetaria utilizzato è basato sull'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e di impiegati (FOI) al netto dei tabacchi.

L'ammontare medio accantonato a riserva, in previsione di esborsi futuri, è stato pari a 4.757 euro per la generazione di sinistri del 2017, con un incremento del +1,5% rispetto al 2016. Nell'arco temporale 2012-2017 la riserva media è in forte crescita +36,7%.

Nel 2017, il costo medio complessivo è pari a 3.948 euro. Dal prodotto tra questo valore e la frequenza di sinistri (tav. A.4, ultima colonna) si ottiene un valore del premio puro (al netto dei caricamenti per spese e della fiscalità e parafiscalità) di 29 euro. L'indicatore è in calo in termini reali rispetto al 2016 (-2,9%). Rispetto al 2012 esso è in flessione di 15,3 punti percentuali (del 18,5% a prezzi correnti).

3.6 Risultato del conto tecnico e profittabilità attesa per unità di rischio assicurata

3.6.1 Risultato del conto tecnico

Il risultato del conto tecnico al netto della riassicurazione (Allegato A – Tavola 24, tav. A.5) ammonta nel 2017 a 668 milioni di euro (22% dei premi di competenza), in lieve crescita (+1,9%) rispetto al 2016. Questo incremento si è verificato perché all'aumento dei premi di competenza (+1,5%), alla leggera crescita della quota dell'utile degli investimenti e al lieve miglioramento del risultato della riassicurazione passiva e alla sostanziale stabilità degli oneri per sinistri (1.187 milioni nel 2017, -0,4%), ha corrisposto una crescita delle spese di gestione (1.124 milioni nel 2017, +3,9%). Il risultato tecnico per unità di rischio (Allegato A – Tavola 25) è pari a 15 euro, stabile rispetto ai 15 euro del 2016 e in lieve crescita rispetto ai 13 del 2012.

Tav. A.5 – Indicatori di sintesi del conto tecnico del ramo infortuni^(a)

(milioni di euro)

Voci		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Premi di competenza ^(b)	+	2.946	2.959	2.955	2.952	2.986	3.030
Oneri relativi ai sinistri	–	1.397	1.260	1.293	1.222	1.192	1.187
Saldo altre partite tecniche	+	–53	–66	–63	–81	–61	–65
Spese di gestione	–	978	998	1.026	1.035	1.082	1.124
Saldo tecnico del lavoro diretto al lordo della riassicurazione	=	518	636	573	613	651	653
Utile degli investimenti	+	94	67	71	71	63	69
Risultato del conto tecnico del lavoro diretto al lordo della riassicurazione	=	613	703	644	684	714	721
Risultato del conto tecnico del lavoro diretto al netto della riassicurazione	=	569	642	613	625	655	668

(a) Lavoro diretto italiano. – (b) I premi di competenza considerano la variazione della riserva premi e pertanto differiscono dai premi lordi contabilizzati riportati in Tav. 1 dell'Allegato A e in fig. A.1.

3.6.2 Profittabilità attesa per unità di rischio assicurata della generazione 2017

Nel 2017 il premio medio per singola polizza emessa nell'anno è pari a 68 euro¹⁵ (Allegato A – Tav. 18ter, Tav. A.6), superiore di 39 euro al premio puro (pari a 29 euro). Nello stesso anno le spese unitarie di gestione (Allegato A – Tav. 24) ammontano a 25 euro. Si ricava quindi un margine tecnico atteso per polizza (al netto della quota dell'utile degli investimenti trasferita dal conto non tecnico) che è sempre positivo nel periodo considerato e nel 2017 ammonta a 14 euro. Valutato a prezzi 2017, il valore risulta oscillare nel periodo in un range inferiore a un euro.

Tav. A.6 – Andamento delle componenti del premio medio Infortuni

Voci	2012	2013	2014	2015	2016	2017
(euro, valori a prezzi costanti 2017)						
Margine per unità di rischio (D = A – B – C)	13,69	13,92	13,27	13,90	13,75	14,35
Premio medio (A)	71,66	70,64	69,06	68,26	68,34	68,45
Premio puro (B)	34,43	32,88	31,97	30,52	30,03	29,16
Spese di gestione per unità di rischio (C)	23,54	23,83	23,82	23,84	24,57	24,94
(euro, valori a prezzi correnti 2017)						
Margine per unità di rischio (D = A – B – C)	12,83	13,50	12,93	13,52	13,35	14,35
Premio medio (A)	70,11	69,87	68,46	67,58	67,60	68,45
Premio puro (B)	34,25	32,80	31,91	30,46	29,95	29,16
Spese di gestione per unità di rischio (C)	23,03	23,57	23,61	23,60	24,30	24,94

¹⁵ Al netto delle componenti aggiuntive fiscali e para-fiscali.

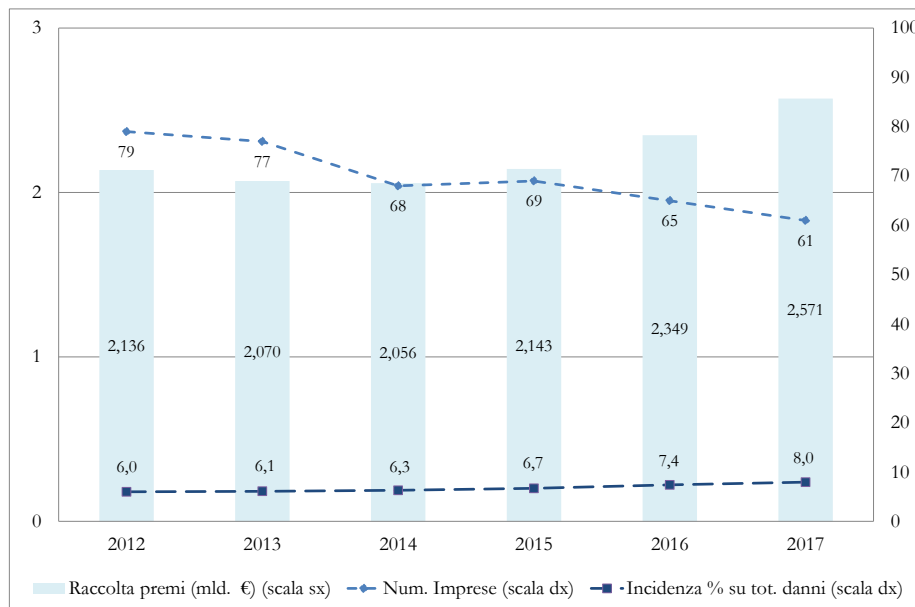
4 RAMO MALATTIA

4.1 La raccolta premi

I premi del lavoro diretto italiano nel ramo malattia, raccolti nel 2017 dalle 61 imprese nazionali e rappresentanze di imprese estere con sede legale in uno stato extra SEE che hanno esercitato il ramo (Allegato B – Tav. 1 e fig. B.1), sono stati pari a 2.571 milioni di euro (+9,4% rispetto al 2016), con un cospicuo incremento per il terzo anno consecutivo. Il trend riflette probabilmente la crescente percezione del rischio non sufficientemente coperto dal primo pilastro di welfare (Servizio Sanitario Nazionale e relative risorse pubbliche), anche se l'incidenza della raccolta premi del ramo sul complesso della spesa sanitaria privata nel 2017 (pari a 39.686 milioni di euro)¹⁶ è ancora limitata (6,5%).

I premi del ramo rappresentano nel 2017 l'8,0% del totale dei premi dei rami danni (in aumento di 6 decimi di punto rispetto al 2016). Tale quota è in costante crescita nel periodo 2012-2017 proprio a testimoniare lo sviluppo delle garanzie assicurative private in ambito sanitario.

Fig. B.1 – Numero imprese attive e valore della raccolta premi nel ramo malattia
(unità, %, miliardi di euro)



4.2 I costi di gestione

Nel 2017 le provvigioni totali rappresentano il 15,7% dei premi, con una diminuzione di 7 decimi di punto rispetto al 2016 (Allegato B – Tav. 6 e Tav. B.1). Nel periodo 2012-2017 il costo di remunerazione della rete distributiva oscilla dal massimo del 16,6% del 2012 al minimo del 15,2% nel 2015.

¹⁶ Fonte: Istat – Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, edizione giugno 2018.

Le spese di acquisizione e amministrazione equivalgono nel 2017 al 7,2% dei premi raccolti, stabili rispetto al 7,6% dell'anno precedente, e confermano la tendenza in atto dal 2013, quando il valore di queste spese in rapporto ai premi era stato pari all'8,2%, valore massimo del periodo 2012-2017.

Le provvigioni rappresentano nel 2017 il 68,4% delle spese di gestione, come nel 2016, confermando il valore massimo di periodo soprattutto per la diminuzione della quota delle altre spese di acquisizione.

Tav. B.1 – Spese di gestione: composizione e incidenza sui premi lordi contabilizzati

(%)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Composizione delle spese di gestione						
Provvigioni di acquisizione e d'incasso	68,0	66,0	65,8	65,2	68,4	68,4
Altre spese di acquisizione	14,8	15,6	16,9	17,2	14,5	13,6
Altre spese di amministrazione	17,2	18,4	17,2	17,6	17,0	18,0
Totale spese di gestione	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Incidenza delle spese di gestione sui premi lordi contabilizzati						
Provvigioni di acquisizione e d'incasso	16,6	15,8	15,6	15,2	16,4	15,7
Altre spese di acquisizione	3,6	3,8	4,0	4,0	3,5	3,1
Altre spese di amministrazione	4,2	4,4	4,1	4,1	4,1	4,1
Totale spese di gestione (<i>expense ratio</i>)	24,4	24,0	23,8	23,3	23,9	22,9

4.3 Andamento dei sinistri

Nel 2017 sono stati denunciati in Italia 5.871.299 sinistri con seguito accaduti nello stesso anno, in netto aumento (+12,9%, tav. B.2) rispetto all'anno precedente. Il numero è in forte crescita anche rispetto al 2012 (+38,4%). Il contemporaneo, ma più contenuto aumento (+6,2% rispetto al 2016 e +21,7% nel quinquennio) delle unità di rischio ha comportato di conseguenza una consistente crescita della frequenza di sinistri (pari al 40,2% nel 2017, rispetto al 35,4% del 2012).

Tav. B.2 – Unità di rischio assicurate e sinistri denunciati con seguito

(unità)

Anno	Numero di unità di rischio assicurate		Sinistri denunciati con seguito (al lordo della stima per i sinistri tardivi) ^(a)		
	Numero (A)	Var. (%) ^(b)	Numero (B)	Var. (%) ^(b)	Frequenza (B)/(A) (%)
2012	11.983.998	9,0	4.242.771	12,0	35,4
2013	11.396.235	-4,9	4.378.946	3,2	38,4
2014	11.697.231	2,6	4.444.341	1,5	38,0
2015	12.325.534	5,4	4.738.225	6,6	38,4
2016	13.734.677	11,4	5.198.881	9,7	37,9
2017	14.558.192	6,2	5.871.299	12,9	40,2
Variazione 2017/2012		21,7		38,4	

(a) Sinistri accaduti nello stesso anno di denuncia. – (b) Variazioni a perimetro omogeneo di imprese.

4.4 La velocità di liquidazione dei sinistri

Numero dei sinistri pagati. Nel 2017 la velocità di liquidazione del numero dei sinistri denunciati

nello stesso anno ammonta al 63,8% (Allegato B – Tav. 13-1, Tav. B.3), con un decremento di quasi due punti rispetto al 2017 (65,7%).

Importi pagati. In termini di importi pagati, lo stesso indicatore ammonta al 53,3% per il 2017 (Allegato B – Tavola 14-1), in flessione di quasi un punto e mezzo rispetto al valore corrispondente per il 2016 (54,7%).

Se si osserva invece la velocità di liquidazione degli importi entro l'anno successivo a quello di generazione, l'88,1% degli importi per i sinistri accaduti nel 2016 risultavano liquidati alla fine del 2017 (con una marginale flessione di circa mezzo punto rispetto all'anno precedente).

Tav. B.3 – Velocità di liquidazione dei sinistri – al netto della stima per sinistri ibnr (%)

Generazione di accadimento	Nell'anno di generazione	Al 1° anno successivo	Al 2° anno successivo	Al 3° anno successivo	Al 4° anno successivo	Al 5° anno successivo	Riserva Sinistri al 31.12.17
Velocità di liquidazione per numeri ^(a)							
2012	63,3	97,0	98,9	99,7	99,7	99,9	0,1
2013	67,2	97,8	99,3	99,5	99,7	.	0,3
2014	69,1	97,5	99,1	99,5	.	.	0,5
2015	69,7	96,7	98,3	.	.	.	1,7
2016	68,0	94,8	.	.	.	.	5,2
2017	63,8	.	.	.	.	.	36,2
Velocità di liquidazione per importi ^(b)							
2012	58,7	92,1	96,4	97,6	97,9	98,1	1,9
2013	59,3	91,4	95,6	96,9	97,2	.	2,8
2014	59,8	89,8	94,5	95,5	.	.	4,5
2015	59,5	89,8	94,2	.	.	.	5,8
2016	55,1	88,1	.	.	.	.	11,9
2017	53,3	.	.	.	.	.	46,7

(a) Percentuale dei sinistri pagati, cumulati in ciascun anno di sviluppo, rispetto ai sinistri risultati con seguito al 31.12.2017 (pagati + riservati) *al lordo della stima per i sinistri tardivi*. – (b) Percentuale dei pagamenti per sinistri, cumulati in ciascun anno di sviluppo, rispetto ai pagamenti per sinistri risultati con seguito al 31.12.2017 (pagati + riservati) *al lordo della stima per i sinistri tardivi*.

4.5 Il costo medio dei sinistri

Sinistri denunciati nell'anno di accadimento. Il costo medio dei sinistri indennizzati nello stesso anno di accadimento è stato pari a 245 euro per il 2017 (264 euro per la generazione 2016 a prezzi 2017, tav. B.4). Il valore a prezzi costanti 2017 del costo medio è in forte decremento (-33,5%) rispetto a quello del 2012 (il decremento a valori correnti è del -32%).

Tav. B.4 – Indicatori di costo medio dei sinistri denunciati nell'anno di accadimento

(euro, valori a prezzi costanti 2017)

Anni	Costo medio dei sinistri pagati	Costo medio dei sinistri riservati <i>(al lordo della stima per i sinistri tardivi)</i>	Costo medio complessivo dei sinistri <i>(al lordo della stima per i sinistri tardivi)</i>	Premio puro ^(a)	
				Valore	Var. (%) ^(b)
<i>Valori a prezzi costanti 2017^(c)</i>					
2012	368	378	372	132	
2013	334	399	360	138	+5,0
2014	314	408	349	133	-4,2
2015	293	397	329	126	-4,6
2016	264	414	316	119	-5,5
2017	245	379	293	118	-1,2
Var. (%) 2017/2012	-33,5	+0,3	-21,2		-10,5

<i>Valori a prezzi correnti</i>					
2012	360	378	368	130	
2013	330	399	358	138	+5,7
2014	312	408	347	132	-4,1
2015	290	397	327	126	-4,7
2016	261	414	314	119	-5,6
2017	245	379	293	118	-0,6
Var.(%) 2017/2012	-32,0	+0,3	-20,3		-9,4

(a) Prodotto tra frequenza dei sinistri denunciati (tav. B.2) e costo medio complessivo dei sinistri, entrambi al lordo della stima per i tardivi. – (b) Variazioni rispetto all'anno precedente. – (c) Il coefficiente di rivalutazione monetaria utilizzato è basato sull'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e di impiegati (FOI) al netto dei tabacchi.

L'ammontare medio accantonato a riserva, in previsione di esborsi futuri, è stato pari a 379 euro per la generazione di sinistri del 2017, in significativo decremento (-8,5%) rispetto al 2016. Nell'arco temporale 2012-2017 la riserva media si è mantenuta stabile (+0,3%).

Nel 2017, il costo medio complessivo è pari a 293 euro. Dal prodotto tra questo valore e la frequenza di sinistri (tav. B.2, ultima colonna) si ottiene un valore del premio puro (al netto dei caricamenti per spese e della fiscalità e parafiscalità) di 118 euro. L'indicatore è in decremento in termini reali rispetto al 2016 (-1,2%). Rispetto al 2012 esso è in flessione di oltre 10 punti percentuali.

4.6 Risultato del conto tecnico e profittabilità attesa per unità di rischio assicurata

4.6.1 Risultato del conto tecnico

Il risultato del conto tecnico al netto della riassicurazione (Allegato B – Tavola 24, tav. B.5), *in utile per il settimo esercizio consecutivo*, ammonta nel 2017 a 130 milioni di euro (5,4% dei premi di competenza), sostanzialmente stabile (+2,4%) rispetto al 2016. Questa sostanziale stabilità si è verificata perché l'aumento della raccolta premi di competenza (+6%) è stato compensato dagli incrementi degli oneri per sinistri (1.635 milioni nel 2017, +7%) e delle spese di gestione (590 milioni nel 2017, +4,9%). Il risultato tecnico per polizza (Allegato B – Tavola 25) è pari a 9 euro circa, stabile rispetto al 2016, ma in crescita rispetto ai circa 4 euro del 2012.

Tav. B.5 – Indicatori di sintesi del conto tecnico del ramo malattia^(a)

(milioni di euro)

Voci		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Premi di competenza ^(b)	+	2.108	2.102	2.121	2.163	2.284	2.421
Oneri relativi ai sinistri	-	1.541	1.493	1.441	1.463	1.529	1.635
Saldo altre partite tecniche	+	-37	-45	-44	-60	-65	-80
Spese di gestione	-	522	497	489	499	562	590
Saldo tecnico del lavoro diretto al lordo della riassicurazione	=	8	74	144	119	118	121
Utile degli investimenti	+	66	46	42	42	37	42
Risultato del conto tecnico del lavoro diretto al lordo della riassic.	=	74	120	187	161	155	163
Risultato del conto tecnico del lavoro diretto al netto della riassic.	=	46	95	149	128	127	130

(a) Lavoro diretto italiano. – (b) I premi di competenza considerano la variazione della riserva premi e le cessioni in riassicurazione e pertanto differiscono dai premi lordi contabilizzati riportati in Tav. 1 dell'Allegato B e in fig. B.1.

4.6.2 Profittabilità attesa per unità di rischio assicurata della generazione 2017

Nel 2017 il premio medio emesso per singola unità di rischio (UDR) nel 2017 è pari a 176,21

euro¹⁷ (Allegato B – Tavola 18ter, tav. 13), superiore di 58,19 euro al premio puro (pari a 118,02 euro). Nello stesso anno le spese unitarie di gestione (Allegato B – Tavola 24) ammontano a 40,41 euro. Si ricava quindi un margine tecnico atteso per unità di rischio assicurata (al netto della quota dell'utile degli investimenti trasferita dal conto non tecnico) di 17,78 euro. Valutato a prezzi 2017, il valore risulta in netta crescita sia rispetto al 2012 (5,86 euro) che al 2016 (quando risultava pari a 12,04 euro).

Nel 2017 il margine tecnico atteso sale a 18 euro per polizza, pari al 10,1% del premio medio.

Tav. B.7 – Andamento delle componenti del premio medio del ramo malattia

Voci	2012	2013	2014	2015	2016	2017
(euro, valori a prezzi costanti 2017)						
Margine per UDR (D = A – B – C)	5,86	1,13	2,65	8,22	12,04	17,78
Premio medio (A)	182,19	183,63	177,39	175,57	172,88	176,21
Premio puro (B)	131,79	138,43	132,58	126,47	119,46	118,02
Spese di gestione per polizza (C)	44,54	44,07	42,16	40,88	41,38	40,41
(euro, valori a prezzi correnti 2017)						
Margine per UDR (D = A – B – C)	4,48	0,45	2,11	7,62	11,33	17,78
Premio medio (A)	178,27	181,63	175,80	173,84	171	176,21
Premio puro (B)	130,20	137,59	131,90	125,75	118,74	118,02
Spese di gestione per polizza (C)	43,58	43,59	41,78	40,47	40,93	40,41

¹⁷ Al netto delle componenti aggiuntive fiscali e para-fiscali.

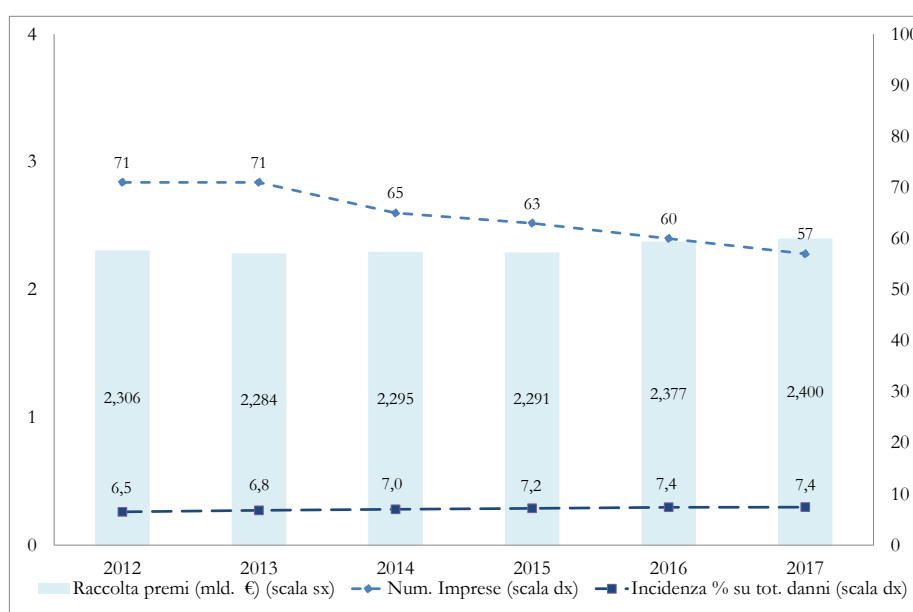
5 RAMO INCENDIO

5.1 La raccolta premi

I premi del lavoro diretto italiano nel ramo Incendio, raccolti nel 2017 dalle 57 imprese nazionali e rappresentanze di imprese estere con sede legale in uno stato extra SEE che hanno esercitato il ramo (Allegato C – Tavola 1 e fig. C.1), sono stati pari a 2.400 milioni di euro, in lieve crescita per il secondo anno consecutivo con un incremento dello 0,9% nel 2017, dopo il +1,1% nel 2016 (+4,1% rispetto al 2012).

Il peso dei premi del ramo incendio sul totale dei rami danni è del 7,4%, stabile rispetto al 2016, ma in costante, lieve crescita durante tutto il periodo 2012-2017 (era 6,5% nel 2012).

Fig. C.1 – Numero imprese attive e valore della raccolta premi nel ramo incendio
(unità, %, miliardi di euro)



5.2 I costi di gestione

Nel 2017 le provvigioni totali rappresentano il 24% dei premi (con un aumento di 3 decimi di punto rispetto al 2016, tav. C.1). Proprio nel 2017 il costo di remunerazione della rete distributiva ha raggiunto il suo valore massimo, con un rafforzamento del trend registrato nel periodo 2012-2016 quando era passato dal 21,9% dei premi nel 2012 al 23,7% nel 2016.

Le spese di amministrazione equivalgono nel 2017 al 5% dei premi raccolti, in leggera crescita nell'arco temporale 2012-2017 (4,5% dei premi nel 2012).

Le provvigioni rappresentano nel 2017 il 71,3% delle spese di gestione, quota in lieve aumento negli ultimi anni (70,5% nel 2015) soprattutto per la diminuzione dell'incidenza delle altre spese di acquisizione (14,8% nel 2015 e 13,9% nel 2017).

Tav. C.1 – Spese di gestione: composizione e incidenza sui premi lordi contabilizzati

(%)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Composizione delle spese di gestione						
Provvigioni di acquisizione e d'incasso	71,0	70,8	71,0	70,5	71,0	71,3
Altre spese di acquisizione	14,3	14,0	14,4	14,8	14,2	13,9
Altre spese di amministrazione	14,7	15,2	14,6	14,7	14,8	14,7
Totale spese di gestione (<i>expense ratio</i>)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Incidenza delle spese di gestione sui premi lordi contabilizzati						
Provvigioni di acquisizione e d'incasso	21,9	22,6	22,8	23,0	23,7	24,0
Altre spese di acquisizione	4,4	4,5	4,6	4,8	4,7	4,7
Altre spese di amministrazione	4,5	4,8	4,7	4,8	4,9	5,0
Totale spese di gestione	30,9	32,0	32,1	32,6	33,4	33,6

5.3 Andamento dei sinistri

Nel 2017 sono stati denunciati in Italia 222.550 sinistri con seguito accaduti nello stesso anno, in netto aumento (+9,4%, tav. C.2) rispetto all'anno precedente, ma in riduzione del -14,1% rispetto al 2012 (anno del Terremoto dell'Emilia). Il contemporaneo e progressivo aumento (+0,7% rispetto al 2016 e +2,0% nel quinquennio) delle unità di rischio assicurate ha comportato di conseguenza una riduzione della frequenza di sinistri (pari all'1,41% nel 2017, rispetto all'1,67% del 2012).

Tav. C.2 – Unità di rischio assicurate e sinistri denunciati con seguito

(unità)

Anno	Numero di unità di rischio assicurate		Sinistri denunciati con seguito (al lordo della stima per i sinistri tardivi) ^(a)		
	Numero (A)	Var. (%) ^(b)	Numero (B)	Var. (%) ^(b)	Frequenza (B)/(A) (%)
2012	15.515.311	3,2	259.435	-5,2	1,67
2013	14.749.969	-4,9	265.140	2,2	1,80
2014	14.971.055	1,5	259.896	-2,0	1,74
2015	15.260.185	1,9	250.723	-3,5	1,64
2016	15.723.344	0,2	203.395	-20,7	1,29
2017	15.835.938	0,7	222.550	9,4	1,41
Variazione 2017/2012		2,0		-14,1	

(a) Sinistri accaduti nello stesso anno di denuncia. – (b) Variazioni a perimetro omogeneo di imprese.

5.4 La velocità di liquidazione dei sinistri

Numero dei sinistri pagati. Nel 2017 la velocità di liquidazione del numero dei sinistri denunciati nello stesso anno ammonta al 69,2% (Allegato C – Tav. 13-1, Tav. C.3), con un decremento di due punti e mezzo rispetto al 2016 (71,7%).

Importi pagati. In termini di importi pagati, lo stesso indicatore ammonta al 35,1% per il 2017 (Allegato C – Tav. 14-1), praticamente stabile rispetto al valore corrispondente per il 2016 (35,0%).

Se si osserva, invece, la velocità di liquidazione degli importi entro due anni successivi a quello di generazione, l'87,9% degli importi per i sinistri accaduti nel 2015 risultavano liquidati alla fine del 2017, con un miglioramento di oltre un punto rispetto all'anno precedente (86,7).

Tav. C.3 – Velocità di liquidazione dei sinistri

(%)

Generazione di accadimento	Nell'anno di generazione	Al 1° anno successivo	Al 2° anno successivo	Al 3° anno successivo	Al 4° anno successivo	Al 5° anno successivo	Riserva Sinistri al 31.12.17
Velocità di liquidazione per numeri ^(a)							
2012	73,4	96,8	98,6	99,2	99,5	99,6	0,4
2013	73,3	97,5	99,0	99,5	99,6	.	0,4
2014	72,9	97,2	98,8	99,3	.	.	0,7
2015	80,7	96,9	98,6	.	.	.	1,4
2016	75,6	95,9	.	.	.	.	4,1
2017	69,2	.	.	.	.	.	30,8
Velocità di liquidazione per importi ^(b)							
2012	33,2	78,0	90,5	94,3	95,6	96,3	3,7
2013	39,7	81,3	90,1	93,2	94,2	.	5,8
2014	40,2	80,0	88,1	90,4	.	.	9,6
2015	45,5	81,6	87,9	.	.	.	11,9
2016	32,8	71,4	.	.	.	.	28,6
2017	35,1	.	.	.	.	.	64,9

(a) Percentuale dei sinistri pagati, cumulati in ciascun anno di sviluppo, rispetto ai sinistri risultati con seguito al 31.12.2017 (pagati + riservati) al lordo della stima per i sinistri tardivi. – (b) Percentuale dei pagamenti per sinistri, cumulati in ciascun anno di sviluppo, rispetto ai pagamenti per sinistri risultati con seguito al 31.12.2017 (pagati + riservati) al lordo della stima per i sinistri tardivi.

5.5 Il costo medio dei sinistri

Sinistri denunciati nell'anno di accadimento. Il costo medio dei sinistri indennizzati nello stesso anno di accadimento è stato pari a 4.000 euro per il 2017 (3.552 euro per la generazione 2016, Tav. C.4). Il valore reale a prezzi 2017 del costo medio è in diminuzione (-5,4%) rispetto a quello del 2012 (la diminuzione a valori correnti è del -3,3%).

Tav. C.4 – Indicatori di costo medio dei sinistri denunciati nell'anno di accadimento

(euro, valori a prezzi costanti 2017)

Anni	Costo medio dei sinistri pagati	Costo medio dei sinistri riservati (al lordo della stima per i sinistri tardivi)	Costo medio complessivo dei sinistri (al lordo della stima per i sinistri tardivi)	Premio puro ^(a)	
				Valore	Var. (%) ^(b)
<i>Valori a prezzi costanti 2017^(c)</i>					
2012	4.227	20.726	9.673	162	.
2013	2.801	10.730	5.319	96	-40,9
2014	3.007	10.206	5.399	94	-2,0
2015	3.447	12.458	5.778	95	+1,3
2016	3.552	17.909	7.612	98	+3,7
2017	4.000	16.348	7.841	110	+11,9
Variatz. % 2017/2012	-5,4	-21,1	-18,9		-31,9
<i>Valori a prezzi correnti</i>					
2012	4.136	20.726	9.612	161	.
2013	2.770	10.730	5.298	95	-40,7
2014	2.980	10.206	5.382	93	-1,9
2015	3.413	12.458	5.753	95	+1,2
2016	3.513	17.909	7.584	98	+3,8
2017	4.000	16.348	7.841	110	+12,3
Variatz. % 2017/2012	-3,3	-21,1	-18,4		-31,4

(a) Prodotto tra frequenza dei sinistri denunciati (tav. C.2) e costo medio complessivo dei sinistri, entrambi al lordo della stima per i tardivi. – (b) Variazioni rispetto all'anno precedente. – (c) Il coefficiente di rivalutazione monetaria utilizzato è basato sull'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e di impiegati (FOI) al netto dei tabacchi.

L'ammontare medio accantonato a riserva, in previsione di esborsi futuri, è stato pari a 16.348 euro per la generazione di sinistri del 2017, in diminuzione del -8,7% rispetto al 2016. Nell'arco temporale 2012-2017 la riserva media è in diminuzione più accentuata (-18,4%).

Nel 2017, il costo medio complessivo è pari a 7.841 euro. Dal prodotto tra questo valore e la frequenza di sinistri (Tav. C.2, ultima colonna) si ottiene un valore del premio puro (al netto dei caricamenti per spese e della fiscalità e parafiscalità) di 110 euro. L'indicatore è in aumento in termini reali rispetto al 2016 (+11,9%). Rispetto al 2012 esso è in flessione di circa 32 punti percentuali (sia a prezzi costanti che a prezzi correnti).

5.6 Risultato del conto tecnico e profittabilità attesa per unità di rischio assicurata

5.6.1 Risultato del conto tecnico

Il risultato del conto tecnico al netto della riassicurazione (Allegato C – Tavola 24, Tav. C.5) ammonta nel 2017 a -61 milioni di euro (2,7% dei premi di competenza), registrando una *inversione di tendenza dopo sei anni consecutivi in utile*. Questa inversione di tendenza si è verificata perché, a fronte di una sostanziale stabilità dei premi di competenza (-0,8%) vi è stato un forte incremento degli oneri per sinistri (1.598 milioni nel 2017, +15,7% rispetto all'anno precedente), mentre i lievi incrementi delle spese di gestione (807 milioni nel 2017, +1,6% sul 2016) e dell'utile sugli investimenti (da 68 milioni di euro nel 2016 a 84 nel 2017) si sono compensati tra loro. Il risultato tecnico per unità di rischio assicurata (Allegato C – Tav. 25) è pari a circa -4 euro, mentre nel 2016 era stato pari a +4 euro circa e nel 2012 a +0,5 euro.

Tav. C.5 – Indicatori di sintesi del conto tecnico del ramo

Incendio ed elementi naturali^(a)

(milioni di euro)

Voci		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Premi di competenza ^(b)	+	2.572	2.274	2.241	2.232	2.298	2.280
Oneri relativi ai sinistri	-	2.316	1.087	1.215	1.257	1.381	1.598
Saldo altre partite tecniche	+	-71	-50	-68	-72	-75	-74
Spese di gestione	-	712	730	738	746	794	807
Saldo tecnico del lavoro diretto al lordo della riassicurazione	=	-527	407	221	156	48	-199
Utile degli investimenti	+	90	61	69	71	68	84
Risultato del conto tecnico del lavoro diretto al lordo della riassic.	=	-436	468	289	227	115	-115
Risultato del conto tecnico del lavoro diretto al netto della riassic.	=	8	168	72	127	57	-61

(a) Lavoro diretto italiano. – (b) I premi di competenza considerano la variazione della riserva premi e le cessioni in riassicurazione e pertanto differiscono dai premi lordi contabilizzati riportati in Allegato C – Tav. 1 e in fig. C.1.

5.6.2 Profittabilità attesa per unità di rischio assicurata della generazione 2017

Nel 2017 il premio medio emesso per singola unità di rischio (UDR) nel 2017 è pari a 152 euro¹⁸ (Allegato C – Tav. 18ter, Tav. C.6), superiore di quasi 42 euro al premio puro (pari a 110 euro). Nello stesso anno le spese unitarie di gestione (Allegato C – Tav. 24) ammontano a 51 euro. Si ricava, quindi, un margine tecnico negativo atteso per polizza (al netto della quota dell'utile degli investimenti trasferita dal conto non tecnico) di -9 euro circa. Valutato a prezzi 2017, il valore risulta sensibilmente migliore di quello del 2012 (-57 euro), ma in peggioramento rispetto dal 2016 (quando era positivo e pari a circa 3 euro, nonostante il terremoto che ha colpito estese zone interne dell'Italia Centrale).

Tav. C.6 – Andamento delle componenti del premio medio del ramo

Incendio ed elementi naturali

Voci	2012	2013	2014	2015	2016	2017
(euro, valori a prezzi costanti 2017)						
Margine per UDR (D = A - B - C)	-56,70	10,87	11,25	7,28	3,31	-9,62
Premio medio (A)	151,93	156,53	154,69	151,62	152,85	151,53
Premio puro (B)	161,74	95,61	93,73	94,94	98,47	110,19
Spese di gestione per UDR (C)	46,89	50,05	49,71	49,40	51,07	50,98
(euro, valori a prezzi correnti 2017)						
Margine per UDR (D = A - B - C)	-57,94	10,08	10,62	6,68	2,56	-9,62
Premio medio (A)	148,66	154,83	153,31	150,12	151,19	151,55
Premio puro (B)	160,72	95,24	93,42	94,52	98,11	110,19
Spese di gestione per UDR (C)	45,88	49,51	49,26	48,91	50,52	50,98

¹⁸ Al netto delle componenti aggiuntive fiscali e para-fiscali.

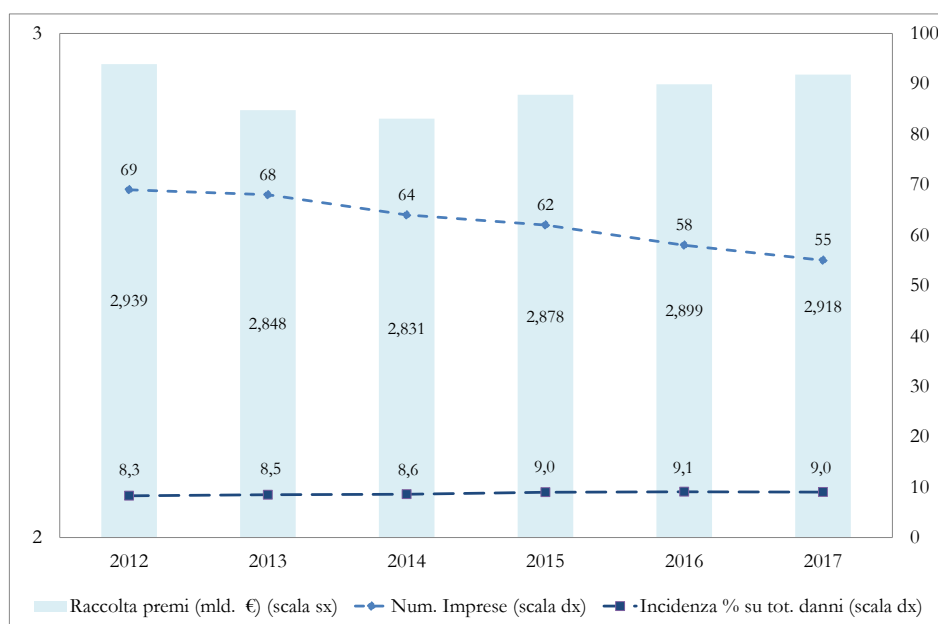
6 RAMO R.C. GENERALE

6.1 La raccolta premi

I premi del lavoro diretto italiano nel ramo r.c. generale, raccolti nel 2017 dalle 55 imprese nazionali e rappresentanze di imprese estere con sede legale in uno stato extra SEE che hanno esercitato il ramo (Allegato D – Tav. 1 e fig. D.1), sono stati pari a 2.918 milioni di euro, con un lieve incremento dello 0,7% rispetto al 2016, quando si era registrato un calo del -0,3%.

Il peso dei premi del ramo r.c. generale sul totale dei rami danni è del 9%, sostanzialmente stabile rispetto al 2016 (9,1%), ma in crescita rispetto al 2012 (8,3%).

Fig. D.1 – Numero imprese attive e valore della raccolta premi nel ramo r.c. generale (unità, %, miliardi di euro)



6.2 I costi di gestione

Nel 2017 le provvigioni totali rappresentano il 23% dei premi (con un aumento di 4 decimi di punto rispetto al 2016, Allegato D – Tav. 6 e Tav. D.1). Nel periodo 2012-2017 il costo di remunerazione della rete distributiva è in costante aumento (nel 2012 le provvigioni rappresentavano il 21% dei premi).

Le spese di acquisizione e amministrazione equivalgono nel 2017 al 10,1% dei premi raccolti e sono sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente. Nell'arco temporale 2012-2017, il valore di queste spese in rapporto ai premi (pari all'8,7% nel 2012) è quindi aumentato.

Le provvigioni rappresentano nel 2017 il 69,3% delle spese di gestione, in aumento di 4 decimi di punto rispetto al 2016, soprattutto per la diminuzione della quota delle altre spese di acquisizione.

Tav. D.1 – Spese di gestione: composizione e incidenza sui premi lordi contabilizzati

(%)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Composizione delle spese di gestione						
Provvigioni di acquisizione e d'incasso	70,6	69,5	68,3	67,8	68,9	69,3
Altre spese di acquisizione	14,8	15,0	16,2	16,8	15,2	14,9
Altre spese di amministrazione	14,6	15,5	15,4	15,4	16,0	15,8
Totale spese di gestione	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Incidenza delle spese di gestione sui premi lordi contabilizzati						
Provvigioni di acquisizione e d'incasso	21,0	21,3	21,4	21,5	22,6	23,0
Altre spese di acquisizione	4,4	4,6	5,1	5,3	5,0	4,9
Altre spese di amministrazione	4,3	4,7	4,8	4,9	5,2	5,2
Totale spese di gestione (<i>expense ratio</i>)	29,7	30,6	31,3	31,7	32,8	33,1

6.3 Andamento dei sinistri

Nel 2017 sono accaduti in Italia 312.445 sinistri con seguito accaduti nello stesso anno, in leggero aumento (+0,7%, Tav. D.2) rispetto all'anno precedente. Il numero è tuttavia in forte decremento rispetto al 2012 (-26,4%). Il contemporaneo aumento (+11,7% nel quinquennio) delle unità di rischio assicurate ha comportato di conseguenza una costante flessione della frequenza di sinistri (pari all'1,89% nel 2017, rispetto al 2,61% del 2012).

Tav. D.2 – Unità di rischio assicurate e sinistri denunciati con seguito

(unità)

Anno	Numero di unità di rischio assicurate		Sinistri denunciati con seguito (al lordo della stima per i sinistri tardivi) ^(a)		
	Numero (A)	Var. (%) ^(b)	Numero (B)	Var. (%) ^(b)	Frequenza (B)/(A) (%)
2012	15.032.082	.	391.867	.	2,61
2013	14.564.003	-3,1	364.957	-6,9	2,51
2014	14.633.834	0,5	333.750	-8,6	2,28
2015	15.076.939	3,0	319.358	-4,3	2,12
2016	16.246.116	7,8	310.237	-3,6	1,91
2017	16.502.243	2,4	312.445	0,7	1,89
Variazione 2017/2012		11,7		-26,4	

(a) Sinistri accaduti nello stesso anno di denuncia. – (b) Variazioni a perimetro omogeneo di imprese.

6.4 La velocità di liquidazione dei sinistri

Numero dei sinistri pagati. Nel 2017 la velocità di liquidazione del numero dei sinistri denunciati nello stesso anno ammonta al 42,0% (Allegato D – Tav. 13-1, Tav. D.3), con un incremento di 8 decimi di punto rispetto al 2016 (41,2%).

Importi pagati. In termini di importi pagati, lo stesso indicatore ammonta al 13,9% per il 2017 (Allegato D – Tav. 14-1), in lieve incremento (di tre decimi di punto) rispetto al valore corrispondente per il 2016 (13,6%).

Se si guarda la velocità di liquidazione degli importi entro l'anno successivo a quello di generazione, il

31,5% degli importi per i sinistri accaduti nel 2016 risultavano liquidati alla fine del 2017, con un significativo miglioramento di quasi due punti rispetto all'anno precedente (29,7%).

Tale velocità di liquidazione degli importi entro il quinto anno successivo a quello di generazione (quindi per i sinistri accaduti nel 2012) è pari al 62,8%, con un miglioramento di circa un punto rispetto all'anno precedente.

Invece, *entro il nono anno successivo a quello di generazione* (quindi per i sinistri accaduti nel 2008) la velocità di liquidazione per importi è pari all'81,1% stavolta in riduzione di oltre mezzo punto rispetto all'anno precedente (81,8%).

Tav. D.3 – Velocità di liquidazione dei sinistri

(%)

Generazione di accadimento	Nell'anno di generazione	Al 1° anno successivo	Al 2° anno successivo	Al 3° anno successivo	Al 4° anno successivo	Al 5° anno successivo	Riserva Sinistri al 31.12.17
Velocità di liquidazione per numeri ^(a)							
2012	51,6	83,1	88,5	91,1	93,1	94,7	5,3
2013	51,2	82,3	87,6	90,1	92,3	.	7,7
2014	51,6	81,2	86,3	89,0	.	.	11,0
2015	50,0	78,7	83,7	.	.	.	16,3
2016	47,4	74,2	.	.	.	.	25,8
2017	42,0	.	.	.	.	.	58,0
Velocità di liquidazione per importi ^(b)							
2012	13,1	33,4	43,8	51,2	57,3	62,8	37,2
2013	12,4	31,5	41,9	49,5	55,9	.	44,1
2014	12,8	30,3	40,5	48,3	.	.	51,7
2015	12,8	30,8	41,4	.	.	.	58,6
2016	13,6	31,5	.	.	.	.	68,5
2017	13,9	.	.	.	.	.	86,1

(a) Percentuale dei sinistri pagati, cumulati in ciascun anno di sviluppo, rispetto ai sinistri risultati con seguito al 31.12.2017 (pagati + riservati) *al lordo della stima per i sinistri tardivi*. – (b) Percentuale dei pagamenti per sinistri, cumulati in ciascun anno di sviluppo, rispetto ai pagamenti per sinistri risultati con seguito al 31.12.2017 (pagati + riservati) *al lordo della stima per i sinistri tardivi*.

6.5 Il costo medio dei sinistri

Sinistri denunciati nell'anno di accadimento. Il costo medio dei sinistri indennizzati nello stesso anno di accadimento è stato pari a 1.938 euro per il 2017 (-2,2% rispetto a 1.981 euro per la generazione 2016, Tav. D.4). Il valore a prezzi 2017 del costo medio è in aumento del +10,5% rispetto a quello del 2012 (l'aumento a valori correnti è del +12,9%).

Tav. D.4 – Indicatori di costo medio dei sinistri denunciati nell'anno di accadimento
(euro, valori a prezzi costanti 2017)

Anni	Costo medio dei sinistri pagati	Costo medio dei sinistri riservati (al lordo della stima per i sinistri tardivi)	Costo medio complessivo dei sinistri (al lordo della stima per i sinistri tardivi)	Premio puro ^(a)	
				Valore	Var. (%) ^(b)
<i>Valori a prezzi costanti 2017^(c)</i>					
2012	1.753	8.167	5.621	147	
2013	1.714	8.481	5.796	145	-0,9
2014	1.770	8.875	5.977	136	-6,1
2015	1.836	8.607	5.883	125	-8,6
2016	1.981	8.727	5.946	114	-8,9
2017	1.938	8.672	5.841	111	-2,6
Variatz. % 2017/2012	+10,5	+6,2	+3,9		-24,5
<i>Valori a prezzi correnti</i>					
2012	1.716	8.167	5.606	146	
2013	1.696	8.481	5.788	145	-0,7
2014	1.754	8.875	5.971	136	-6,1
2015	1.818	8.607	5.876	124	-8,6
2016	1.960	8.727	5.937	113	-8,9
2017	1.938	8.672	5.841	111	-2,4
Variatz. % 2017/2012	+12,9	+6,2	+4,2		-24,3

(a) Prodotto tra frequenza dei sinistri denunciati (Tav. D.2) e costo medio complessivo dei sinistri, entrambi *al lordo della stima per i tardivi*. – (b) Variazioni rispetto all'anno precedente. – (c) Il coefficiente di rivalutazione monetaria utilizzato è basato sull'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e di impiegati (FOI) al netto dei tabacchi.

L'ammontare medio accantonato a riserva, in previsione di esborsi futuri, è stato pari a 8.672 euro per la generazione di sinistri del 2017, in lieve flessione del -0,6% rispetto al 2016. Nell'arco temporale 2012-2017 la riserva media è in crescita (+6,2%).

Nel 2017, il costo medio complessivo è pari a 5.841 euro (-1,8% rispetto al 2016). Dal prodotto tra questo valore e la frequenza di sinistri (Tav. D.2, ultima colonna) si ottiene un valore del premio puro (al netto dei caricamenti per spese e della fiscalità e parafiscalità) di 111 euro. L'indicatore è in decremento in termini reali rispetto al 2016 (-2,6%). Rispetto al 2012 esso è in flessione di oltre 24 punti percentuali, sia in termini reali che nominali.

6.6 Risultato del conto tecnico e profittabilità attesa per unità di rischio assicurata

6.6.1 Risultato del conto tecnico

Il risultato del conto tecnico al netto della riassicurazione, in utile per il quarto esercizio consecutivo (Allegato D – Tav. 24, Tav. D.5) ammonta nel 2017 a 878 milioni di euro (29,9% dei premi di competenza), in crescita (+40,2%) rispetto al 2016. Questa crescita dell'utile è in larga prevalenza da ascrivere alla diminuzione dell'onere dei sinistri (1.242 milioni di euro nel 2017; -11,5%), mentre vi è stata una leggera crescita dei premi di competenza (2.935 milioni di euro nel 2017; +0,7%) e delle spese di gestione (967 milioni nel 2017, +1,7%). Il risultato tecnico per polizza (Allegato D – Tav. 25) è pari a circa 52 euro, in crescita continua rispetto ai 38,5 euro del 2016 e alla perdita di -23 euro del 2012.

Tav. D.5 – Indicatori di sintesi del conto tecnico del ramo r.c. generale^(a)

(milioni di euro)

Voci		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Premi di competenza ^(b)	+	2.947	2.883	2.869	2.902	2.915	2.935
Oneri relativi ai sinistri	-	2.680	2.418	1.934	1.590	1.404	1.242
Saldo altre partite tecniche	+	-75	-65	-64	-83	-75	-71
Spese di gestione	-	874	873	885	913	951	967
Saldo tecnico del lavoro diretto al lordo della riassicurazione	=	-681	-472	-15	316	485	656
Utile degli investimenti	+	347	268	285	290	245	276
Risultato del conto tecnico del lavoro diretto al lordo della riassic.	=	-334	-204	270	606	730	932
Risultato del conto tecnico del lavoro diretto al netto della riassic.	=	-345	-272	215	539	626	878

(a) Lavoro diretto italiano. – (b) I premi di competenza considerano la variazione della riserva premi e le cessioni in riassicurazione e pertanto differiscono dai premi lordi contabilizzati riportati in Allegato D – Tav. 1 e in Fig. D.1.

6.6.2 Profittabilità attesa per unità di rischio assicurata della generazione 2017

Il premio medio emesso per singola unità di rischio assicurata nel 2017 è pari a 177 euro¹⁹ (Allegato D – Tav. 18ter, Tav. D.6), superiore di circa 66 euro al premio puro (pari a 111 euro). Nello stesso anno le spese unitarie di gestione (Allegato D – Tav. 24) ammontano a quasi 59 euro. Si ricava quindi un margine tecnico atteso per polizza (al netto della quota dell'utile degli investimenti trasferita dal conto non tecnico) prossimo agli 8 euro. Valutato a prezzi 2017, tale margine risulta sostanzialmente stabile rispetto al 2016, ma in deciso miglioramento rispetto al triennio 2012-2014 quando era negativo.

Tav. D.6 – Andamento delle componenti del premio medio del ramo r.c. generale

Voci	2012	2013	2014	2015	2016	2017
(euro, valori a prezzi costanti 2017)						
Margine per UDR (D = A – B – C)	-6,11	-8,12	-2,18	7,04	7,70	7,66
Premio medio (A)	199,83	197,69	195,19	192,82	180,42	176,84
Premio puro (B)	146,53	145,24	136,33	124,62	113,54	110,60
Spese di gestione per UDR (C)	59,41	60,57	61,04	61,16	59,17	58,58
(euro, valori a prezzi correnti 2017)						
Margine per UDR (D = A – B – C)	-8,74	-9,42	-3,23	5,89	6,55	7,66
Premio medio (A)	195,52	195,54	193,45	190,91	178,45	176,84
Premio puro (B)	146,13	145,05	136,18	124,47	113,37	110,60
Spese di gestione per UDR (C)	58,13	59,91	60,50	60,56	58,53	58,58

¹⁹ Al netto delle componenti aggiuntive fiscali e para-fiscali.