

Dipartimento  
di Impresa e Management

Cattedra di Controllo di Gestione

# La gestione del rischio nel settore assicurativo: Il caso Generali

Prof.ssa Adriana Rossi

---

RELATORE

Sara Amoroso (Matr. 246701)

---

CANDIDATO

Anno Accademico 2021/2022

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	2
<b>CAPITOLO 1: IL RISCHIO NEL SETTORE ASSICURATIVO</b> .....	3
1.1 L'attività assicurativa e il rischio sistemico .....	3
1.2 Classificazione dei rischi .....	5
1.2.1 La correlazione tra sinistro e rischio: l'assicurazione contro i danni .....	9
1.3 L'Enterprise Risk Management (ERM) .....	12
1.4 Quadro normativo: Solvency II.....	18
<b>CAPITOLO 2: SFIDE E OPPORTUNITÀ NELLA GESTIONE DEL RISCHIO</b> .....	26
2.1 Le asimmetrie informative .....	26
2.2 L'impatto dei cambiamenti demografici e sociali nelle assicurazioni (ESG) .....	33
2.3 Il piano strategico nella gestione del rischio .....	40
2.4 Fasi e strumenti per la valutazione dei rischi .....	47
<b>CAPITOLO 3: IL CASO GENERALI</b> .....	55
3.1 Introduzione .....	55
3.2 Intervista .....	59
3.3 Esperienza formativa .....	62
<b>CONCLUSIONE</b> .....	65
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	66
<b>SITOGRAFIA</b> .....	68
<b>APPENDICE</b> .....	69

## INTRODUZIONE

L'*Enterprise Risk Management* è uno strumento fondamentale all'interno del settore assicurativo in quanto permette di supportare l'organizzazione nell'attuazione dei piani strategici e operativi. Tale strumento, nella prospettiva di gestione del rischio, permette di valutare e gestire l'incertezza andando a creare un vantaggio competitivo sostenibile.

L'implementazione delle relazioni con i clienti e la gestione dei rischi reputazionali sono la base per lo sviluppo sostenibile delle compagnie di assicurazione e, nello scenario attuale, i criteri ESG sono considerati i principali fattori di misurazione della sostenibilità e dell'impatto etico delle aziende.

La pandemia di COVID-19 ha aumentato la componente di rischio nella maggior parte delle aziende, facendo così emergere le compagnie che non erano pronte a cambiamenti improvvisi in quanto non dotate di una struttura flessibile.

L'elaborato intende illustrare gli strumenti di gestione del rischio nel settore assicurativo e come questi trovino fondamento nel contesto attuale, andando ad analizzare le problematiche all'interno delle compagnie di assicurazione. Inoltre, l'obiettivo dell'elaborato è quello di applicare i concetti teorici alla realtà attraverso esempi concreti in materia di assicurazioni. Nello specifico, il primo capitolo riassume le varie tipologie di rischio e il processo di *Enterprise Risk Management* (ERM) in cui viene descritto il modello più diffuso in ambito europeo, il COSO ERM *framework*, proposto dal COSO nel 2004 e aggiornato nel 2017. Inoltre, nel primo capitolo, viene analizzato il quadro normativo a livello europeo e, nello specifico, la direttiva 2009/138/CE: *Solvency II*. Quest'ultima si basa su tre pilastri fondamentali e favorisce la gestione dei rischi nelle compagnie di assicurazione. All'interno del secondo pilastro rientra il processo di *Own Risk and Solvency Assessment*, una procedura di valutazione interna e integrata nelle scelte strategiche. Nel secondo capitolo è analizzato il problema delle asimmetrie informative, con particolare riferimento al fenomeno delle frodi assicurative, e gli strumenti che utilizzano le compagnie per combattere tali fenomeni. A seguire, viene svolta un'analisi su come i cambiamenti demografici e sociali abbiano impattato sulle esigenze dei clienti e sulla quantità di rischi da considerare all'interno delle aziende. Inoltre, sono analizzati i possibili piani strategici e, in materia di gestione del rischio, le varie fasi con i relativi strumenti utilizzati. Infine, nel terzo capitolo è analizzato il caso Generali. Inizialmente viene illustrato il Sistema di Controllo Interno e Gestione dei Rischi sviluppato su tre linee di difesa per poi proseguire con la Mappa dei Rischi del Gruppo. Infine, all'interno dell'elaborato è riportata un'intervista in cui vengono illustrati i problemi di asimmetria informativa e gli strumenti utilizzati da Generali per far fronte a tale problematica, andando ad analizzare le innovazioni introdotte nell'ambito informatico. Nel corso dell'intervista vengono forniti molti esempi concreti, soprattutto in materia di sinistri, per poi concludere l'elaborato con un esempio di polizza assicurativa rivolta ad artigiani e piccole imprese che si impegna a proteggere gli assicurati da eventi dannosi, soprattutto nel contesto attuale particolarmente critico: un notevole aumento di eventi catastrofici che impattano negativamente sulle attività commerciali.

# CAPITOLO 1: IL RISCHIO NEL SETTORE ASSICURATIVO

## 1.1 L'attività assicurativa e il rischio sistemico

Il termine “assicurazione” è equivoco in quanto non indica solamente istituzioni assicurative, indipendentemente dalla loro finalità o forma sociale. Gli esempi più comuni potrebbero essere le imprese private e nazionalizzate, le assicurazioni sociali o le società a premio. In particolare, ogni istituto assicurativo si differenzia dagli altri per finalità, clientela e base giuridica.

Questa evidente pluralità suggerisce una domanda pertinente. Perché attività così differenziate vengono raggruppate sotto un'intestazione comune? Per rispondere a questo è necessario precisare come il termine “assicurazione” non indichi esclusivamente le istituzioni precedentemente enunciate, ma piuttosto deve essere inteso come una *tecnologia astratta*. Nello specifico, il termine in questione va ad indicare un fattore che possa permettere di racchiudere in un'unica unità le numerose differenziazioni nel contesto esaminato.

Facendo riferimento al vocabolario degli attuari, è possibile affermare che la tecnologia delle assicurazioni, intesa come tecnologia di rischio, è un' *arte delle combinazioni*. In merito a questo, l'idea è quella di combinare elementi della realtà economica e sociale seguendo un insieme di regole specifiche. Da queste diverse combinazioni derivano proprio le varie istituzioni assicurative.

Qual è la relazione tra la tecnologia assicurativa astratta e le molteplici istituzioni assicurative? In realtà, le istituzioni sono degli enti che vanno ad applicare la tecnologia precedentemente citata, scegliendo tra una delle combinazioni possibili<sup>1</sup>.

Dopo aver analizzato il concetto di assicurazione, è necessario introdurre il concetto di sistema finanziario. Quest'ultimo può essere inteso sia come insieme di istituzioni finanziarie e sia come insieme di attori non finanziari, ma che intrattengono rapporti di *business* con istituti finanziari.

A questo punto è importante identificare quali parti del sistema finanziario possono contribuire al *rischio sistemico*<sup>2</sup> cioè, una porzione di rischio che non può essere eliminata, indipendentemente dalla diversificazione del portafoglio (vedi Fig. 1.1). In realtà esistono moltissime definizioni quando si parla di rischio sistemico e, proprio per questo, non è ancora stato raggiunto un accordo comune. Nello specifico, i tre elementi principali del rischio sistemico sono:

- *Il rischio di un evento*: per ogni rischio deve esserci un evento associato che può verificarsi, ad esempio una disfunzione dei servizi finanziari, l'inadempienza finanziaria delle istituzioni o uno shock economico;
- *L'impatto dell'evento*: la maggior parte delle definizioni specifica le conseguenze dell'evento se dovesse mai verificarsi, il quale ha generalmente delle conseguenze negative sull'economia reale;
- *La causalità dell'evento*: queste cause possono essere di natura generale e/o specifici, spesso legati al settore dei servizi finanziari.

---

<sup>1</sup> Ewald (1991).

<sup>2</sup> Detto anche rischio di mercato o non diversificabile.



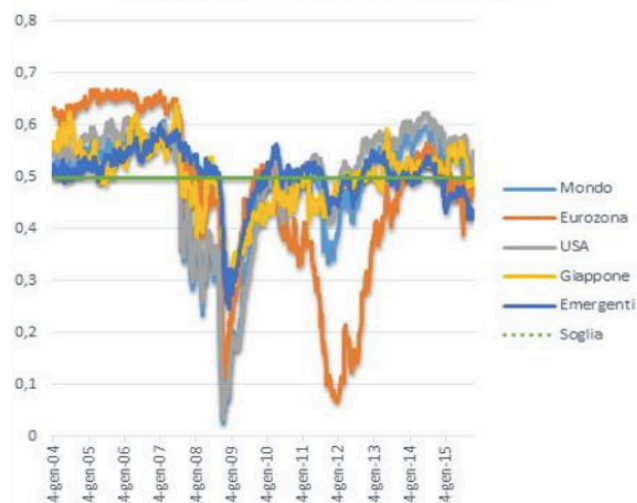
Per comprendere meglio le tre caratteristiche evidenziate, è possibile fornire un esempio pratico con riferimento alla crisi del 2008:

- *Evento*: alcuni servizi finanziari sono diventati non disponibili (ad esempio il prestito interbancario) o non hanno avuto mercato;
- *Impatto*: effetto negativo sull'economia;
- *Causa*: nel 2008 uno shock esterno (il calo dei prezzi nel mercato statunitense per quanto riguarda i mutui *subprime*) ha danneggiato diversi istituti finanziari. A causa dell'interdipendenza, anche altri istituti finanziari sono stati danneggiati.

Dal punto di vista del settore assicurativo, alcune attività possono contribuire alla creazione del rischio sistemico. Per quanto riguarda le assicurazioni danni tradizionali (proprietà, infortuni, salute), il contributo a tale rischio è molto basso. La motivazione risiede nel fatto che queste assicurazioni hanno una bassa interconnessione all'interno del campo analizzato e, nella maggior parte dei casi, sono indipendenti dal ciclo economico. Ad esempio, la liquidazione dei sinistri può richiedere diversi anni e, pertanto, queste attività contribuiscono molto poco al rischio sistemico e non aumentano la vulnerabilità dell'azienda alle svalutazioni del sistema finanziario.

Al contrario, per quanto riguarda le assicurazioni non tradizionali del segmento vita, andiamo a considerare solo le rendite per le quali l'assicuratore si assume il rischio dell'investimento. Nel settore danni consideriamo l'assicurazione del credito, le garanzie finanziarie e la sottoscrizione di derivati finanziari come attività non tradizionali<sup>3</sup>.

**Fig. 1.1 – Barometro del rischio sistemico**



Fonte: *Il corriere.it* (2015)

In realtà, le connessioni tra il settore assicurativo e il più ampio sistema finanziario sono molto profonde, pervasive e, soprattutto, in continua evoluzione. Ad esempio, l'attività assicurativa richiede l'assunzione dei premi degli assicurati e, in un momento successivo, il rimborso di tali premi al verificarsi di un evento

<sup>3</sup> Eling (2016).

assicurato. Di conseguenza, gli assicuratori, soprattutto in relazione alle assicurazioni sulla vita, sono tra i più importanti investitori in titoli dell'intero sistema finanziario. Inoltre, le compagnie di assicurazione sono i maggiori investitori istituzionali in titoli di debito, un mercato molto più ampio di quello dei titoli azionari e rappresenta la principale fonte di finanziamento delle aziende. Le assicurazioni possiedono anche il doppio delle obbligazioni estere e societarie rispetto alle banche.

Alcuni modelli di *business* di molti assicuratori tendono a favorire determinati tipi di titoli. Considerando che le passività delle assicurazioni sulla vita sono a lungo termine, gli assicuratori tendono ad investire in attività a lungo termine in modo tale da bilanciare attività e passività e in modo tale da pagare i propri obblighi alla scadenza.

Le assicurazioni tendono ad investire nel debito societario più rischioso e quindi con il rendimento più elevato, ma le categorie di questi titoli sono allo stesso tempo definite, dalle agenzie di rating, a rischio relativamente basso. Di conseguenza, vi è un'ampia distorsione nell'allocazione del capitale al settore privato, in cui le società tendono a emettere attività più rischiose quando le compagnie di assicurazione raggiungono i loro rendimenti.

Tali distorsioni nel finanziamento del mercato dei capitali possono amplificare direttamente il rischio sistemico, contribuendo ad accumulazioni pro-cicliche nella detenzione di attività rischiose ad alto rendimento.

In sintesi, le assicurazioni svolgono un ruolo cruciale nei mercati finanziari, sulla base delle attività che scelgono di acquistare. Queste decisioni sono influenzate da fattori che spesso influiscono ampi settori delle industrie. Nel complesso, tali decisioni, dal lato della domanda possono avere conseguenze sistemiche andando ad allocare in modo errato il credito nei mercati finanziari. Un punto cruciale è che il potenziale degli assicuratori ad alimentare tale rischio non necessariamente deve comportare fallimenti di massa. Infatti, nei dibattiti sulle assicurazioni, una narrazione dominante si concentra sul fatto che, alla fine, poche assicurazioni hanno fallito in relazione alla crisi finanziaria globale. Nonostante questo, però anche le perdite non catastrofiche per le assicurazioni possono avere conseguenze di importanza sistemica per altri settori del sistema finanziario.

Le connessioni esistenti e potenziali tra assicuratori e mercati finanziari non derivano solamente dal loro ruolo di investitori, ma esistono anche altri collegamenti aggiuntivi. In alcuni casi, l'entità di queste interconnessioni non è sufficiente per andare ad aumentare i rischi sistemici. In altri casi, è difficile anche sapere come misurare le implicazioni sistemiche di queste connessioni<sup>4</sup>.

## 1.2 Classificazione dei rischi

Nel linguaggio comune il termine *rischio* è inteso come sinonimo di pericolo, con riferimento ad un evento particolare, andando così ad indicare una minaccia oggettiva. Tuttavia, nel settore assicurativo, il termine non

---

<sup>4</sup> Schwarcz (2014).

designa un tipo generale di evento che si verifica nella realtà (il tipo sfortunato), ma piuttosto indica un modo specifico di trattare determinati eventi che possono accadere a valori o capitali posseduti o rappresentati da una popolazione.

La nozione di rischio va di pari passo con quelle di caso, azzardo, probabilità o eventualità da un lato, e quelle di perdita o danno dall'altro: le due serie si fondono nella nozione di incidente.

In particolare, il rischio, nell'ambito assicurativo, ha tre caratteristiche fondamentali:

- *Quantificabile*: affinché un rischio sia assicurabile, deve essere possibile calcolare la probabilità che questo si verifichi. Di conseguenza, l'assicurazione si basa sia su una tabella statistica che stabilisce la regolarità di determinati eventi e sia sul calcolo delle probabilità, andando ad utilizzare la tabella in questione. A questo punto il calcolo dell'assicuratore si basa sulla probabilità *oggettiva* di un incidente, indipendentemente dall'azione della volontà (non importa se sia colpa di qualcuno o se potrebbe essere evitato). Ad esempio, andando a considerare una popolazione, un incidente che sembra essere casuale ed evitabile, può essere trattato come prevedibile e calcolabile;
- *Collettivo*: un incidente o una sfortuna sono sempre individuali, ma il rischio che si verifichi un incidente ha effetto su tutta la popolazione. In generale, è possibile affermare che non esiste alcun rischio individuale e che questo diviene calcolabile solamente nel momento in cui viene distribuito su una popolazione. Il rischio esiste quindi solo come entità, come certezza, nel suo insieme (ogni contraente ne rappresenta solo una frazione). Il compito delle compagnie di assicurazioni è quello di andare a suddividere i rischi all'interno di una popolazione in cui ogni persona è un fattore di rischio e allo stesso tempo ogni persona è esposta al rischio. Per tale motivo si parla di una individualità relativa a quella degli altri membri della popolazione;
- *Capitale*: ciò che viene assicurato non è il danno effettivamente subito, ma un capitale a fronte del quale l'assicuratore offre una garanzia. Il problema è definire la relazione tra l'evento unico e la sua compensazione finanziaria. Infatti, non esiste una misura comune possibile per l'indennità pagata dall'assicuratore e per il danno subito. A differenza dei danni legali, necessari per coprire l'intera entità di un infortunio, i risarcimenti assicurativi sono definiti da una tariffa contrattualmente accordata. Ad esempio, le assicurazioni sulla vita, sulla salute e sugli infortuni attestano come tutto possa avere un prezzo, ma che allo stesso tempo questo prezzo non possa essere uguale per tutti.

Da queste tre caratteristiche del rischio, si può dedurre che l'assicurazione modifica l'incidenza della perdita, deviandola dall'individuo alla comunità, in modo tale da far sentire il meno possibile la perdita. Tuttavia, tale affermazione è riduttiva in quanto ciò che distingue l'assicurazione è l'idea di giustizia. Il rischio non viene considerato come uno strumento per identificare la causa di un infortunio, ma piuttosto viene considerato per definire un peso<sup>5</sup>.

Nel contesto analizzato, rischio e incertezza sono due concetti strettamente connessi. L'incertezza risulta essere uno degli elementi che permette di qualificare il rischio e riguarda la sfera cognitiva di un singolo

---

<sup>5</sup> Ewald (1991).

individuo<sup>6</sup>, incapace di determinare sia la probabilità che determinati eventi si verifichino sia i relativi effetti. Il rischio, invece, ha carattere oggettivo in quanto permette di quantificare la frequenza e la probabilità che un evento si verifichi. Pertanto, il rischio è definito come l'incertezza misurabile<sup>7</sup>.

Dal punto di vista assicurativo, è possibile formalizzare il concetto di razionalità attraverso il calcolo probabilistico. Tale situazione evidenzia come ci si assicuri sempre contro i rischi, i quali possono includere una malattia, la morte, un incidente, eventi atmosferici, una nascita o un contenzioso.

Sulle base di queste premesse è possibile affermare come l'assicurazione sia in grado di vedere, in un'ottica diversa, eventi precedentemente temuti in quanto permette di creare valore.

In base a quanto riportato precedentemente, l'obiettivo dell'assicurazione è quello di trasformare ogni rischio individuale in una frazione di rischio collettivo, attraverso due modi. Il primo consiste nel mettere in comune i rischi individuali, composti da:

- Rischio riconducibile alla frequenza e intensità "normale" del verificarsi dell'evento assicurato;
- Rischio di scostamento rispetto a tale valore "normale".

Nella situazione in questione, l'assicurato<sup>8</sup> migliora la sua posizione<sup>9</sup>, ma non può conoscere quali pagamenti dovrà effettuare.

Il secondo modo consiste nel trasferire il rischio individuale a un rappresentante di un ente autorizzato ad assumersi contrattualmente le conseguenze dell'eventuale sinistro altrui, l'assicuratore. Tale azione permette all'assicurato di eliminare l'incertezza, sul verificarsi dell'evento, a fronte di un premio, l'importo da pagare per la copertura assicurativa desiderata, fissata nel contratto<sup>10</sup>.

Arrivati a questo punto, è necessario specificare che sono assicurabili tutti i rischi di eventi suscettibili di produrre un danno all'assicurato o di eventi attinenti alla vita umana (propria o del terzo)<sup>11</sup>. Alcuni rischi non possono essere assicurabili, quali<sup>12</sup>:

- Eventi indifferenti per l'assicurato e non attinenti alla vita umana;
- Eventi cagionati con dolo del contraente<sup>13</sup>, del beneficiario<sup>14</sup> o dell'assicurato<sup>15</sup>.

In generale, gli assicuratori sono soggetti, in relazione al tipo di attività svolte, ad un numero di rischi molto più elevato e persuasivo in confronto agli altri enti finanziari. Tale caratteristica è dovuta al fatto che gli assicuratori non si occupano solamente della gestione dei risparmi dei clienti, ma a questi viene affidata anche la garanzia del mantenimento del valore investito e di un rendimento minimo sullo stesso. Da un punto di vista

---

<sup>6</sup> Ha carattere soggettivo.

<sup>7</sup> Zagaria (2017).

<sup>8</sup> Persona protetta dalla polizza assicurativa: il soggetto esposto al rischio per cui si è deciso di ricorrere ad una copertura assicurativa.

<sup>9</sup> Il rischio complessivo non può mai essere superiore alla somma dei rischi individuali.

<sup>10</sup> Miani (2017).

<sup>11</sup> Art. 1882 c.c.

<sup>12</sup> Art. 1900 c.c.

<sup>13</sup> Colui che si accorda con l'assicurazione sulle condizioni della polizza, accettandone tutte le clausole e condizioni, e si impegna a versare il premio, in un'unica soluzione o con scadenze periodiche.

<sup>14</sup> Colui a cui sono destinati gli importi determinati a titolo di risarcimento, oppure le somme da corrispondere, quando avviene un determinato evento.

<sup>15</sup> Giampaolino (2013).

della dimensione strategica, la centralità del rischio acquisisce, con Solvency II<sup>16</sup>, una rilevanza ancora più netta attraverso il concetto di *risk appetite*. Quest'ultimo è il livello di rischio che una compagnia intende assumere sulla base degli obiettivi strategici perseguiti e sul quale viene calcolato il proprio margine di solvibilità. In particolare, il Consiglio di amministrazione deve valutare la quantità di capitale che un'impresa è disposta a destinare ai rischi che si è impegnata a coprire e fissa in modo coerente i *livelli di tolleranza del rischio* (vedi Fig. 1.2).

Il sistema di rischi legato alla dimensione assicurativa e finanziaria viene classificato nelle seguenti categorie principali:

- I rischi riferiti all'*attività assicurativa*, quali:
  - Il *rischio di assunzione*, legato alla sottoscrizione dei contratti, in particolare ai processi seguiti per la tariffazione e la selezione dei rischi e agli eventi coperti;
  - Il *rischio di riservazione*, riferito alla quantificazione delle riserve tecniche, le quali potrebbero essere insufficienti rispetto ai rischi assunti.
- I rischi *finanziari*, i quali incidono sulla liquidità aziendale e vengono intesi come variabilità indefinita degli investimenti. Questi rischi si dividono in:
  - *Rischio di mercato*, generato da potenziali perdite dovute ad una variazione dei *tassi di interesse*, dei *corsi azionari*<sup>17</sup>, dei *tassi di cambio* e dei *prezzi degli immobili*;
  - *Rischio di credito*, legato ad inadempimenti contrattuali degli emittenti di strumenti contrattuali, dei riassicuratori<sup>18</sup>, degli intermediari e di altre controparti;
  - *Rischio di liquidità*, legato all'incapacità di adempiere alle obbligazioni verso gli assicurati o altri creditori, a causa delle difficoltà a trasformare in liquidità degli investimenti senza subire perdite.

Le tipologie di rischio precedentemente elencate sono strettamente collegate con l'attività assicurativa, ma è necessario considerare anche un secondo gruppo di rischi in quanto risultano avere una rilevanza importante, sia dal punto di vista diretto che indiretto. Questi ulteriori rischi sono:

- Il *rischio operativo*, legato a potenziali perdite dovute alle inefficienze di persone, processi e sistemi;
- Il *rischio legato all'appartenenza al gruppo*. Questo tipo di rischio dipende da come delle difficoltà di un'entità appartenente al medesimo gruppo possano diffondersi e influenzare la solvibilità dell'impresa stessa;
- Il *rischio di non conformità* alle norme giuridiche. Le conseguenze legate a questa tipologia di rischio possono essere delle sanzioni giudiziarie o amministrative e perdite o danni reputazionali;
- Il *rischio reputazionale*, generato da un deterioramento dell'immagine aziendale o dalla conflittualità con gli assicurati<sup>19</sup>;

---

<sup>16</sup> Direttiva dell'Unione europea che ha lo scopo di estendere la normativa di Basilea II al settore assicurativo.

<sup>17</sup> Rappresentano il prezzo o la quotazione con cui vengono effettuate le contrattazioni su titoli azionari.

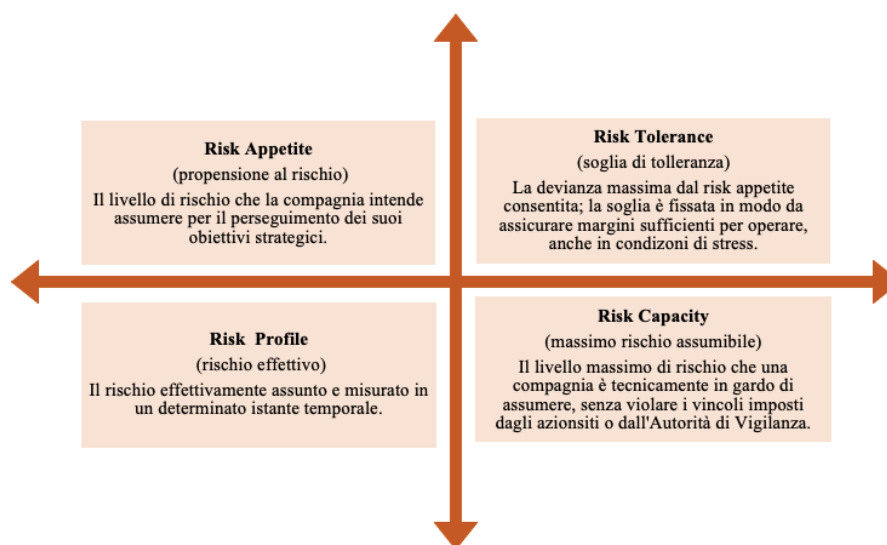
<sup>18</sup> Soggetto a cui viene trasferito, a sua volta, una parte di rischio assunto da un'impresa di assicurazioni.

<sup>19</sup> Questa può essere dovuta ad una scarsa qualità dei servizi offerti o al collocamento di polizze non adeguate.

- Il *rischio strategico*. Nonostante questo rischio non sia previsto dalla normativa di Solvency, è comunque fondamentale in quanto è legato alla capacità di garantire un equilibrio prospettico. In particolare, si va ad analizzare il disallineamento tra una serie di variabili quali:
  - Obiettivi strategici;
  - Strategie di business;
  - Risorse impiegate per il raggiungimento degli obiettivi strategici;
  - Situazione economica del mercato.

Questo secondo gruppo di rischi risulta essere più difficile da quantificare, in termini di implicazioni, ma presenta una notevole rilevanza sulle condizioni di equilibrio prospettico dell'impresa<sup>20</sup>.

Fig. 1.2 – *Il cruscotto del rischio*



Fonte: Guida semplificata Solvency II, IVASS (2016)

### 1.2.1 La correlazione tra sinistro e rischio: l'assicurazione contro i danni

Nel seguente paragrafo verranno esaminati i rapporti tra sinistro e rischio andando ad approfondire, da un lato, il loro trattamento nelle condizioni generali di polizza e, dall'altro, la capacità di neutralizzazione e distribuzione del rischio prodotto dal sinistro. Infine, il paragrafo in questione andrà ad analizzare i limiti dell'assicurazione riguardo al rischio causato dai sinistri.

Il sinistro è considerato un evento (o una serie di eventi) individuato nel contratto di assicurazione, il quale causa un danno all'assicurato, idoneo ad essere risarcito dall'assicuratore.

In primo luogo, il sinistro deve essere rappresentato da un evento o una serie di eventi che siano *futuri* e *incerti*, ma allo stesso tempo il rischio del suo verificarsi deve persistere al contratto di assicurazione (presupposto essenziale del rapporto assicurativo)<sup>21</sup>. Ad esempio, nell'assicurazione contro i danni, la misura del rischio dipende dalla probabilità dell'evento dannoso e dal valore economico. A questo punto, una corretta

<sup>20</sup> Bellucci (2015).

<sup>21</sup> Art. 1895 c.c.

individuazione del sinistro nella polizza assicurativa non solo permette di individuare il rischio assicurato, ma permette all'assicuratore una corretta valutazione e classificazione del rischio stesso.

In merito a tali assunzioni, ci si interroga se l'incertezza del sinistro debba essere oggettiva o se sia assicurabile anche il *rischio putativo*<sup>22</sup>. Secondo l'orientamento prevalente, l'evento assicurato deve essere necessariamente incerto alla data dell'assicurazione (ad eccezione del rischio putativo nelle assicurazioni marittime e aeronautiche).

Dal punto di vista della responsabilità civile, le condizioni generali di polizza hanno imposto un modello convenzionale, il *claims made*. Quest'ultimo consiste nel collegare la garanzia assicurativa ai torti che sono commessi all'assicurato e azionati dal terzo danneggiato, entro il periodo di copertura della polizza assicurativa. Tale clausola tende ad escludere, dalla garanzia assicurativa, la responsabilità per tutti quei fatti illeciti compiuti dall'assicurato durante il periodo di copertura assicurativa. Tuttavia, le clausole *claims made* producono anche effetti di retroattività della copertura assicurativa, la quale dovrebbe soddisfare l'interesse dell'assicurato alla neutralizzazione del rischio di torti già compiuti, ma non ancora manifestati. Da questo punto di vista, l'effetto retroattivo può essere affermato nel momento in cui viene riconosciuto che il compimento del torto non ha cessato il rischio assicurato. Il compimento del fatto dell'assicurato (prima della conclusione del contratto di assicurazione) pone problemi di asimmetria informativa, argomento che verrà trattato dettagliatamente nel capitolo successivo, tra l'assicurato, il quale dovrebbe avere tutti gli elementi per valutare le possibili conseguenze della propria condotta, e l'assicuratore, il quale può affidarsi solamente alla veridicità e completezza delle dichiarazioni dell'assicurato. Come conseguenza, l'assicuratore tenderà ad utilizzare a proprio vantaggio tutte le incertezze create dalla disciplina in modo tale da negare o ridurre l'indennizzo pattuito.

Tornando alla centralità del rischio, questo può assumere una triplice funzione:

- *Rischio contrattuale*, creato e assunto dalla polizza assicurativa;
- *Rischio extracontrattuale*, il presupposto del contratto;
- *Rischio immesso in un sistema di gestione collettiva di una massa di rischi individuali*, raggruppati secondo criteri omogenei e neutralizzati tramite l'utilizzo di tecniche attuariali, probabilistiche e statistiche.

Ad esempio, l'assicurazione contro i danni è un tipico esempio di neutralizzazione del rischio in quanto consente di trasferire il rischio di un sinistro dall'assicurato (tipicamente avverso al rischio), all'assicuratore (indifferente al rischio). In questo modo, l'assicurazione permette di ridurre i costi complessivi dei sinistri in quanto questi vengono trasferiti al soggetto che si trova in condizioni migliori per sopportarli<sup>23</sup>.

I rischi individuali, per essere compensati e neutralizzati, devono essere accompagnati da un *premio assicurativo*. Quest'ultimo indica l'importo da pagare per la copertura assicurativa desiderata, fissata nel contratto, e si distingue dalla generica controprestazione in quanto collega giuridicamente il contratto

---

<sup>22</sup> Indica una situazione di incertezza soggettiva in cui l'evento, pur essendosi già verificato, risulta ancora ignoto alle parti del contratto.

<sup>23</sup> Baccetti (2013).

all'attività d'impresa<sup>24</sup>. Il premio, inoltre, viene calcolato in base a un rischio medio cioè, un rischio collegato ad una massa di rischi omogenei<sup>25</sup>.

Ad esempio, quando andiamo a considerare le diverse tariffe collegate all'assicurazione auto bisogna considerare quattro diverse categorie, le cui prove disponibili sono soprattutto soggettive:

- Uso dell'auto;
- Capacità di guida;
- Interazione con il meccanismo dei reclami;
- Entità del danno.

L'assicurazione contro i danni, oltre alla neutralizzazione del rischio, è un ottimo strumento che consente di distribuire la perdita, diminuendo il peso economico e sociale sull'assicurato. Per tale ragione, lo strumento in questione può essere considerato meritevole di tutela da parte dell'ordinamento, in quanto l'impresa assicuratrice si rende portatrice del rischio in modo più adeguato.

Per quanto riguarda i limiti dell'assicurazione riguardo al rischio causato dai sinistri, quest'ultimo è assicurabile solamente nel momento in cui lede l'interesse dell'assicurato al risarcimento del danno (nell'assicurazione contro i danni è il presupposto essenziale di validità del contratto). Dal momento che l'assicurazione non può diventare fonte di lucro per l'assicurato, quest'ultimo non deve essere indotto a desiderare che l'evento si verifichi. In particolare, il sinistro, per poter essere assicurato, deve produrre un rischio che rientri nell'area giuridicamente assicurabile. Una delle principali limitazioni dell'autonomia privata riguarda i sinistri cagionati dal fatto dell'assicurato e dei diversi soggetti coinvolti. Ad esempio, l'assicuratore non è tenuto a indennizzare i danni causati da sinistri che sono cagionati da *dolo* o *colpa grave*<sup>26</sup>. In questo modo l'assicurato evita di assumere comportamenti negligenti che si traducono in un assoluto disinteresse ad evitarlo. In particolare, si fa riferimento alla volontà di produrre l'evento con la volontà e consapevolezza degli effetti dannosi che possono derivare dall'evento. Per quanto riguarda la colpa grave, questa non è generalmente commisurata alla violazione di un particolare e specifico onere di diligenza correlato all'attività svolta dall'assicurato. Nello specifico, la scelta se assicurare i sinistri causati dal fatto colposo dell'assicurato, può essere ricondotta all'esigenza di ridurre i costi associati alle condotte di rischio o azzardo morale dell'assicurato. Si tratta di una materia molto delicata in quanto risulta particolarmente difficile individuare in concreto quale sia il livello di prudenza che l'ordinamento debba porre a carico dell'assicurato. In questo senso, lo *standard* della colpa grave dovrebbe essere commisurato ai livelli di efficienza nella prevenzione dei sinistri. Di conseguenza, finché i costi dell'assicurazione sono inferiori al valore atteso dei danni dei sinistri che essa può evitare, si dovrebbe riconoscere una colpa grave dell'assicurato, con conseguente esclusione dell'indennizzo. In questo caso la riduzione dei costi complessivi dei sinistri sarebbe molto significativa.

---

<sup>24</sup> Giampaolino (2013).

<sup>25</sup> Il cosiddetto premio puro, a cui deve essere aggiunto un caricamento, costituito dalle spese e dalla quota di utili dell'assicuratore, andando così a costituire il premio tariffa.

<sup>26</sup> Art. 1900 c.c.



La situazione è ancora più incerta nel momento in cui si ha solamente una colpa lieve dell'assicurato. In questo caso diviene sempre più difficile stabilire se l'efficienza prodotta da una rigida allocazione del costo dei sinistri in capo agli assicurati valga la perdita dei benefici.

Con riferimento al codice delle assicurazioni private, sono previsti ulteriori limiti normativi. Tra questi troviamo il divieto di:

- Assicurare i rischi di natura esclusivamente finanziaria. Questi sono rischi collegati al pagamento o al rimborso di finanziamenti ricevuti allo scopo di acquisire fondi o disponibilità liquide;
- Assicurazioni che hanno per oggetto il trasferimento del rischio di pagamento delle sanzioni amministrative. Queste sono ammesse quando hanno per oggetto un indennizzo per un pregiudizio economico indiretto collegato alla sanzione stessa;
- Assicurazioni che riguardano il prezzo di riscatto in caso di sequestro di persona (rischio illecito).

Infine, è possibile affermare come i limiti assicurativi non discendono solo dai divieti normativi e regolamentari. Infatti, sono le condizioni generali di polizza a restringere ulteriormente il perimetro del rischio oggetto dell'obbligo indennitario dell'assicuratore. Con specifico riferimento alle assicurazioni contro i danni, spesso sono indicate una serie di delimitazioni causali del rischio, ovvero una serie di circostanze causali, occasionali, temporali, di luogo o di comportamento dell'assicurato<sup>27</sup>.

### 1.3 L'Enterprise Risk Management (ERM)

L'Enterprise Risk Management è l'arte di bilanciare opportunità e rischi, considerato un termine relativamente nuovo che va ad indicare un tipo di approccio, oramai dominante, nella gestione del rischio. I precursori di questo termine includono la gestione dei rischi aziendali, la gestione olistica del rischio, la gestione strategica del rischio e la gestione integrata del rischio. In particolare, secondo la *Casualty Actuarial Society (CAS)*, la gestione del rischio aziendale è definita come: "il processo mediante il quale le organizzazioni di tutti i settori valutano, controllano, finanziano e monitorano i rischi provenienti da tutte le fonti al fine di aumentare il valore dell'organizzazione nel breve e lungo termine per i suoi stakeholder". Il CAS prevede quindi di classificare le tipologie di rischio aziendale come:

- Pericolose;
- Finanziarie;
- Operative;
- Strategiche.

Questo nuovo approccio di gestione del rischio permette quindi di supportare l'organizzazione nell'attuazione dei piani strategici e operativi, migliorando la capacità dell'azienda nel valutare e gestire l'incertezza in modo efficace e nel creare un vantaggio competitivo sostenibile<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Baccetti (2013).

<sup>28</sup> Permette alle imprese di sopravvivere nel tempo.

Nel contesto analizzato è fondamentale parlare di sistema olistico in quanto l'ERM non si risolve in un insieme di operazioni di pertinenza esclusiva di funzioni aziendali isolate, ma si estende, in modo trasversale, a tutti i livelli di un'organizzazione. Questa metodologia permette di cogliere eventuali correlazioni tra rischi di natura diversa. Inoltre, il coordinamento all'interno di un'azienda prevede due processi fondamentali:

- Definizione dei compiti e delle responsabilità dei soggetti coinvolti;
- Individuazione di meccanismi di coordinamento e integrazione<sup>29</sup>.

L'ERM contribuisce alla creazione di valore, considerando le principali leve che possono azionare il processo in questione (vedi Fig. 1.3), in quanto permette di ottimizzare il rapporto rischio/rendimento, ossia riducendo il rischio generale dell'impresa e aumentando i risultati economico-finanziari. Gli effetti di tale implementazione sono duplici. Da un lato è possibile comprendere meglio il rischio complessivo delle diverse attività aziendali, andando così a supportare l'impresa nella valutazione degli investimenti. Il vantaggio è quello di migliorare l'efficienza del capitale investito e la redditività dei mezzi propri. Dall'altro, è di fondamentale importanza l'effetto positivo dell'ERM sui flussi reddituali e finanziari. In particolare, sono stati registrati dei miglioramenti nella redditività operativa nelle imprese che hanno gestito in modo integrato i propri rischi<sup>30</sup>.

**Fig. 1.3 – Leve del processo ERM**



Fonte: Elaborazione personale

In generale, i rischi che generano potenziali perdite con frequenza bassa o molto bassa, ma gravità alta o molto elevata, dovrebbero essere trasferiti ad una compagnia di assicurazioni. In particolare, la logica di un trasferimento del rischio che coinvolga un assicuratore consiste nel dividere le perdite in due parti, una trattenuta dall'assicurato e l'altra rimborsata dall'assicuratore. A sua volta, una compagnia di assicurazione può trasferire i rischi attraverso opportuni accordi di riassicurazione. Nella pratica dell'Enterprise Risk Management, dovrebbe essere eseguita un'analisi approfondita di tutte le opportunità assicurative (o riassicurative) disponibili e per ciascuna di queste bisognerebbe scegliere una copertura assicurativa a carico dell'organizzazione (incendio, responsabilità civile e così via).

Tuttavia, un'altra opzione potrebbe essere la costruzione di un programma assicurativo, andando così a coinvolgere più compagnie assicurative oppure il trasferimento dei rischi, sempre da parte delle compagnie di assicurazione e riassicurazione, ai mercati di capitali. In quest'ultimo caso l'assicuratore può essere interpretato come un centro di profitto all'interno del gruppo stesso<sup>31</sup>.

<sup>29</sup> Strumenti di reporting interno.

<sup>30</sup> Zagaria (2017).

<sup>31</sup> Pitacco (2020).

L'Enterprise Risk Management può essere inteso come uno strumento del controllo di gestione, andando a supportare l'azienda nel perseguimento degli obiettivi strategici. Inoltre, bisogna considerare che non esiste un sistema di ERM ideale o universale. Nonostante questo, in ambito europeo, il modello assunto prevalentemente come riferimento è il COSO ERM *framework*<sup>32</sup>, proposto dal COSO nel 2004 e aggiornato nel 2017. Nello specifico, il documento permette di migliorare il rapporto che le imprese hanno con la rischiosità, ponendo l'attenzione su aspetti che possano consentire un buon funzionamento nell'ambito aziendale. In particolare, il modello del 2004 poneva l'attenzione sul processo trasversale rispetto a tutte le aree aziendali coinvolte, mentre il modello del 2017 pone l'accento sul concetto di *entity* e chiarisce le modalità di integrazione con i vari aspetti del *business*, quali: il sistema di *governance*, la strategia, la misurazione dei risultati e il sistema di controllo interno (vedi Fig. 1.4). Inoltre, facendo sempre riferimento al nuovo modello del 2017, vi è l'esigenza di allineare la strategia all'orientamento di lungo periodo dell'azienda. Al contrario, tradizionalmente, una volta individuato il livello di rischio accettabile, le diverse alternative strategiche venivano valutate sulla base della *mission* e della *vision* aziendale, andando a definire gli obiettivi da conseguire.

Il COSO ERM 2017, sempre con riferimento ad un orientamento di lungo periodo, non considera solamente i rischi attuali, ma soprattutto quelli potenziali. Questa nuova visione permette di analizzare meglio le alterazioni del profilo di rischio complessivo e l'entità del fenomeno, andando ad attuare azioni correttive più appropriate.

Fig. 1.4 – I principi del COSO (2017)

GOVERNANCE & CULTURE	STRATEGY & OBJECTIVES-SETTING	PERFORMANCE	REVIEW & REVISION	INFORMATION, COMMUNICATION, & REPORTING
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exercises Board Risk oversight</li> <li>2. Establishes Operating Structures</li> <li>3. Defines Desired Culture</li> <li>4. Demonstrates Commitment to Core Values</li> <li>5. Attracts, Develops, and Retains Capable Individuals</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Analyzes Business Context</li> <li>7. Defines Risk Appetite</li> <li>8. Evaluates Alternative Strategies</li> <li>9. Formulates Business Objectives</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Identifies Risk</li> <li>11. Assesses Severity of Risk</li> <li>12. Prioritizes Risks</li> <li>13. Implements Risk Responses</li> <li>14. Develops Portfolio View</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Assesses Substantial Change</li> <li>16. Reviews Risk and Performance</li> <li>17. Pursues improvement Enterprise Risk Management</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>18. Leverages Information and Technology</li> <li>19. Communicates Risk Information</li> <li>20. Reports on Risk, Culture, and Performance</li> </ol>

Fonte: COSO Report 2017

Uno dei limiti dei modelli di ERM, è l'incapacità di comprendere tutte le dimensioni di una gestione integrata della rischiosità, nonché la difficoltà delle imprese nell'implementare tali modelli. Come conseguenza di tali limiti, un elevato numero di imprese adotta più di un modello di ERM all'interno della propria organizzazione, diffondendo così *guidelines* disomogenee tra loro e aumentando l'incertezza in materia di gestione integrata del rischio.

<sup>32</sup> Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.

Come soluzione a questi limiti, si potrebbe pensare di introdurre un insieme organico di linee guida che siano in grado di combinare le norme e le procedure già esistenti ad un'adeguata struttura di supporto.

Altri modelli di Enterprise Risk Management adottati sono<sup>33</sup>:

- Lo *standard* FERMA del 2002<sup>34</sup>;
- Il *manuale* BSI del 2008<sup>35</sup>;
- Il *modello* OCEG del 2009<sup>36</sup>;
- Le *linee guida* ISO del 2009<sup>37</sup>;
- Il *Codice* KING del 2016<sup>38</sup>.

In particolare, la ISO 31000 riassume i concetti chiave e le attività che un'organizzazione deve intraprendere per gestire il rischio in modo efficace, aumentando così le sue possibilità di raggiungere i propri obiettivi, rispettando i requisiti legali e normativi pertinenti. Il modello in questione non definisce alcuna tecnica particolare da utilizzare, ma sottolinea che l'organizzazione dovrebbe applicare strumenti di identificazione del rischio e tecniche adatte ai suoi obiettivi. Inoltre, la ISO 31000 non intende promuovere l'uniformità della gestione del rischio tra le organizzazioni, poiché ciascuna dovrebbe adattare il proprio approccio sulla base delle proprie esigenze operative. A differenza del modello COSO 2017, la ISO 31000 risulta essere più standardizzata e fornisce una distinzione tra *framework* e processi. Inoltre, la ISO 31000 pone maggiore attenzione sul raggiungimento degli obiettivi e su come incorporare il rischio nel processo di pianificazione strategica. Nonostante i due modelli descritti abbiano numerose differenze, entrambi incorporano l'ERM nel processo di decisione, andando così ad incoraggiare le imprese ad assumere dei rischi<sup>39</sup>.

Le imprese possono gestire i rischi attraverso diversi approcci, ciascuno dei quali si differenzia in base a come un rischio viene individuato, gestito e misurato. Le quattro configurazioni principali sono:

- *Risk-silo management*: i rischi vengono catalogati in *silos*, comparti isolati, e vengono individuate le tipologie più comuni<sup>40</sup> in cui l'approccio adotta una gestione separata. Ad esempio, i rischi finanziari verranno gestiti dalla funzione finanziaria. In questo caso, però, non vengono individuate le correlazioni fra i diversi aspetti della rischiosità aziendale. La configurazione analizzata utilizza misure quantitative e, la più diffusa si basa sul metodo *Value at Risk* (VaR). Questo tipo di tecnica statistica è frequente soprattutto nel settore bancario per il calcolo della *probabilità di default* e della massima *perdita attesa* che un'azienda può subire;
- *Integrated-risk management*: le misurazioni individuali dei rischi vengono associate in un'unica metrica. La prima fase consiste nel calcolo di una stima statistica del capitale necessario per coprire

---

<sup>33</sup> Zagaria (2017).

<sup>34</sup> *Federation of European Risk Management Association.*

<sup>35</sup> *British Standards Institution.*

<sup>36</sup> *Open Compliance and Ethics Group.*

<sup>37</sup> *International Organization for Standardization.*

<sup>38</sup> *KING Committee* incaricato dall'*Institute of Directors of Southern Africa.*

<sup>39</sup> Dallas (2013).

<sup>40</sup> Rischio di mercato, rischio operativo e così via.

eventuali perdite, in relazione ad un evento particolarmente rischioso. In questo caso, a differenza dell'approccio precedente, è possibile definire un unico profilo di rischio;

- *Risk-based management*: la gestione del rischio viene concepita in una logica più ampia. In particolare, le imprese creano valore per gli azionisti se generano rendimenti superiori al costo del capitale. In questo caso il capitale viene allocato alle diverse unità in modo tale da valutare le singole prestazioni;
- *Holistic-risk management*: questa configurazione è la più evoluta in quanto considera tutte le determinanti. Inoltre, permette di individuare ulteriori tipologie di rischio, spesso difficili da quantificare, quali il rischio strategico, ambientale e reputazionale. In questo caso è fondamentale l'utilizzo di strumenti tipici del controllo interno e del processo di pianificazione strategica.

Lo sviluppo delle configurazioni dei sistemi di gestione integrata del rischio si inseriscono nel concetto di *corporate governance*, un insieme di processi che, secondo una visione sistematica, sono orientati al raggiungimento del bene comune di un'impresa. Tra gli strumenti di *governance* validi si inseriscono i sistemi di ERM in quanto permettono di creare delle strutture di collegamento tra le diverse aree di gestione<sup>41</sup>.

Recentemente, le imprese adottano delle metriche per andare a monitorare i rischi più significativi, in modo tale da segnalare anche eventuali scostamenti dai KPI<sup>42</sup>. Questi indicatori dei rischi essenziali sono noti come *Key Risk Indicators* (KRI).

I KRI fissano dei livelli soglia, oltre i quali è necessario attuare delle azioni da parte del management. In particolare, l'identificazione di tali indicatori risulta essere molto complessa e articolata e, per tale motivo, è necessaria la partecipazione di soggetti sia interni che esterni alla realtà aziendale.

Le funzioni principali dei KRI risultano essere:

- Il monitoraggio della variabilità della *performance* attesa in relazione al rischio;
- La produzione di effetti sull'intera organizzazione, avvalorando o sconfessando la pianificazione strategica e operativa;
- L'accertamento periodico del grado di raggiungimento degli obiettivi;
- L'incremento delle condizioni di efficacia ed efficienza;
- La formulazione di ipotesi in merito alle prospettive future di manifestazione del rischio.

In sintesi, più precisamente, l'utilizzo dei KRI permette di gestire in modo più consapevole, per ogni unità di *business*, il conseguimento dei *target* fissati.

Nel complesso, l'aggregazione dei dati più importanti provenienti da un processo costante di reporting dei KRI fornisce ai vertici aziendali un aggiornamento continuo sull'entità e sull'esposizione globale dell'azienda, nonché sulle prospettive di raggiungimento dei risultati attesi.

---

<sup>41</sup> Zagaria (2017).

<sup>42</sup> *Key Performance Indicator*, misura le prestazioni complessive dell'azienda, quindi il raggiungimento degli obiettivi aziendali principali.

Nel contesto analizzato, la gestione integrata del rischio, possono essere individuate diverse figure principali all'interno di un'azienda (vedi Fig. 1.5)<sup>43</sup>, le quali saranno approfondite più nel dettaglio nel paragrafo successivo.

**Fig. 1.5 – Le figure principali nella gestione integrata del rischio**

RISK MANAGER	CHIEF RISK OFFICER (CRO)	INTERNAL AUDITOR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definisce le metodologie di misurazione dei vari rischi.</li> <li>• Analizza e controlla il profilo di rischio.</li> <li>• Rende la gestione del rischio parte del processo decisionale.</li> <li>• Protegge e riserva i beni materiali e immateriali da perdite o danni.</li> <li>• Gestisce e riduce il costo dell'assicurazione.</li> <li>• Minimizza il costo totale del rischio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non direttamente coinvolto nel processo di business e non necessariamente addetto alla gestione di rischi specifici.</li> <li>• Rappresenta una professionalità trasversale, partecipando attivamente all'assunzione delle scelte di più lungo periodo.</li> <li>• Rappresenta l'anello di congiunzione tra il vertice aziendale e l'area operativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svolge attività di assurance.</li> <li>• Può avvicinarsi alla figura del project manager in fase di implementazione del processo di gestione dei rischi.</li> <li>• Può definirsi un vero e proprio consulente nella fase di sviluppo avanzato del processo di ERM.</li> </ul>

Fonte: Elaborazione personale

Uno dei fondamentali compiti del Chief Executive Officer è quello di nominare un Chief Risk Officer che sia in grado di valutare i rischi dell'azienda e mettere in atto dei sistemi per gestirli. La corretta definizione del ruolo del CRO in una compagnia assicurativa è fondamentale in quanto deve essere guidato dal valore economico aggiunto e deve assicurarsi che le riserve non vengano utilizzate per sanare i risultati finanziari. Nonostante questo, risulta spesso difficile fornire una definizione standard del ruolo di un CRO in quanto bisogna sempre tenere conto delle caratteristiche di un'organizzazione. I diversi ruoli differiscono notevolmente tra le compagnie di assicurazione e riassicurazione, a causa di questioni come la diffusione geografica e l'ambito di attività dell'azienda.

Nel 2003, l'Associazione di Ginevra ha avviato una tavola rotonda annuale dei Chief Risk Officer in modo tale da risolvere i problemi precedentemente illustrati. In futuro sarà importante fornire strumenti utili ed efficienti e metodologie valide che possano permettere un corretto svolgimento del lavoro. Dal momento che questi strumenti devono ancora essere sviluppati, saranno oggetto di studio per ricercatori, accademici e professionisti<sup>44</sup>.

Le imprese di assicurazione sono obbligate ad istituire comitati di revisione contabile<sup>45</sup>, i cui membri del comitato sono nominati dal Consiglio di Sorveglianza. Il regolamento in questione specifica compiti dettagliati e linee di azione nei seguenti ambiti:

- Vigilanza sul controllo interno;

<sup>43</sup> Zagaria (2017).

<sup>44</sup> Asia Insurance Review.

<sup>45</sup> Art. 86, Act on Statutory Auditors, 2009.

- Vigilanza sull'informativa finanziaria;
- Vigilanza sulla gestione dei rischi;
- Compiti e poteri speciali dell'*Audit Committee*.

Il comitato per il controllo interno vigila sull'andamento del sistema di controllo interno e valuta l'adeguatezza del sistema di identificazione messo in atto dal management, garantendo il monitoraggio dei fattori di rischio e riducendo il numero di minacce. Il comitato, inoltre, dovrebbe adottare misure per salvaguardare la propria indipendenza organizzativa.

Nell'ambito della vigilanza sulla gestione del rischio, il comitato esprime pareri sui seguenti progetti: principi di sana e prudente gestione, livelli di rischio accettabili nei settori di attività dell'impresa, principi di stima e gestione del capitale. Il comitato valuta anche come le altre funzioni svolgono le procedure di segnalazione all'interno dell'azienda.

Secondo la definizione contenuta negli Standard IIA<sup>46</sup>, l'audit interno rappresenta un'attività indipendente e oggettiva volta potenziare e migliorare l'organizzazione operativa. Questa attività si basa su una valutazione sistematica e strutturata di una serie di processi, tra cui la gestione del rischio, il controllo e la *corporate governance*.

I dirigenti e il personale delle unità controllate non devono esercitare alcuna pressione sul revisore in modo tale da garantire la sua indipendenza. Inoltre, l'audit interno dovrebbe essere svolto all'interno di tutte le aree di attività dell'impresa in quanto permette di verificare che:

- Le finalità e i doveri dell'ente siano stati effettivamente perseguiti;
- Le procedure previste dalla legge o adottate dal Consiglio di Gestione siano costantemente attuate;
- I Meccanismi e le procedure di controllo interno siano adeguati e supportino il corretto funzionamento dell'ente.

Nonostante nel 2009 sia stata istituita Solvency II<sup>47</sup>, una direttiva dell'Unione europea che verrà analizzata nel paragrafo successivo, questa fornisce solamente orientamenti molto generali. Quindi, dal momento che non esistono normative dettagliate in questo settore, gli assicuratori dovrebbero seguire gli standard internazionali di gestione del rischio e di controllo interno<sup>48</sup>.

## 1.4 Quadro normativo: Solvency II

La disciplina delle assicurazioni è stata oggetto di diverse suddivisioni da parte del legislatore. Nel Codice civile, la nozione del contratto di assicurazione trova fondamento nell'art. 1882, mentre la disciplina del contratto è descritta negli artt. 1882-1932.

---

<sup>46</sup> *The IIA Standards for the Professional Practice of Internal Auditing.*

<sup>47</sup> Una direttiva dell'unione europea che ha lo scopo di estendere la normativa di Basilea II al settore assicurativo.

<sup>48</sup> Kiedrowska, Szczepankiewicz (2011).

La Costituzione non contiene norme riguardanti il fenomeno assicurativo. Quest'ultimo viene considerato come una tipologia dell'attività economica, tra quelle previste dalla Costituzione. Ad esempio, l'art. 41 Cost.<sup>49</sup> è indirizzato a comprendere le varie tipologie di attività, ma non fa emergere gli specifici interessi da tutelare per le imprese di assicurazione. L'art. 47 Cost., invece, riguardante la tutela del risparmio, integra l'esigenza di protezione, caratteristica del fenomeno assicurativo, in quanto la nozione di risparmio giuridicamente rilevante non è necessariamente collegata all'erogazione del credito, considerati fenomeni indipendenti.

A livello individuale, i contratti di assicurazione, soprattutto quelli ad alto contenuto indennitario, sostituiscono l'accumulazione individuale. In questo caso, la quantità di denaro affidata ad una compagnia di assicurazioni non è improduttiva. In particolare, la destinazione delle somme a una funzione economica *previdenziale*, quindi per far fronte a bisogni futuri, determina che le somme versate all'impresa di assicurazioni provengano dal risparmio dei singoli, nell'accezione microeconomica.

In secondo luogo, la somma versata all'assicuratore deve essere amministrata affinché sia possibile il pagamento della somma futura dovuta. Per tale motivo, la legge obbliga l'assicuratore a costituire delle riserve che vengono reimmesse nel sistema economico.

Inoltre, l'impresa di assicurazione svolge anche una funzione di intermediazione finanziaria, quindi, investe le risorse raccolte nel sistema economico affinché sia garantita la sopravvivenza dell'impresa stessa.

In seguito all'emanazione del Codice civile, sono emersi nuovi interessi che hanno determinato:

- Innovazioni della disciplina di vigilanza;
- Introduzione di nuove tipologie contrattuali, influenzate dalla legislazione comunitaria;
- Legislazione speciale con riferimento a singoli rami del settore assicurativo e introduzione di assicurazioni obbligatorie.

Il sistema delle fonti è stato riordinato tramite la creazione di un nuovo testo unico delle assicurazioni, denominato il Codice delle assicurazioni private<sup>50</sup>.

Nel tempo il legislatore si è ispirato ai criteri di Basilea II<sup>51</sup>, un accordo internazionale di *vigilanza prudentiale*, in modo tale da poter gestire i rischi delle compagnie e dei gruppi assicurativi. Di conseguenza, nasce *Solvency II*, la direttiva 2009/138/CE, la quale si basa su tre pilastri fondamentali (vedi Fig. 1.6):

- *Primo pilastro*: stabilisce i nuovi requisiti patrimoniali;
- *Secondo pilastro*: introduce i nuovi sistemi interni e integrati di *risk management*, andando a valutare la capacità patrimoniale dell'impresa assicurativa di far fronte ai rischi assunti;
- *Terzo pilastro*: introduce obblighi di informazione verso l'autorità di controllo e verso il mercato.

---

<sup>49</sup> *L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla salute, all'ambiente, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana.*

<sup>50</sup> D.lgs. 7 febbraio 2005, n. 209, di seguito c.a.p., entrato in vigore il 1° gennaio 2006.

<sup>51</sup> *International Convergence of Capital Measurement and Capital Standards*, 2004.



Fig. 1.6 – I tre pilastri di Solvency II

PILASTRO I	PILASTRO II	PILASTRO III
Requisiti quantitativi	Requisiti qualitativi	Requisiti di reportistica
Valutazione delle attività e delle passività	Governance	Obblighi di informativa nei confronti del mercato
Fondi propri	Risk management (ORSA)	Obblighi di informativa nei confronti delle autorità di vigilanza
Riserve tecniche	Sistema dei controlli interni	
Solvency Capital Requirement (SCR)	Regole di vigilanza	
Minimum Capital Requirement (MCR)		

Fonte: elaborazione personale IVASS (2016)

Nello specifico il Pilastro I risulta essere continuativo in relazione a Basilea II. In particolare, il requisito patrimoniale totale per l'assicurazione non è dato dalla semplice somma di quelli calcolati per ramo e per rischio assicurativo, ma deve tener conto dei termini di correlazione in base a dei coefficienti proposti con scadenza annuale. Questo permette di incentivare la diversificazione del rischio. Il *Minimum Capital Requirement* (MCR) e il *Solvency Capital Requirement* (SCR) sono calcolati, tramite una formula standard, come valore aggregato per tutti i rami assicurativi<sup>52</sup>. Il primo definisce una soglia minima al di sotto della quale i contraenti, i beneficiari e gli assicurati sarebbero esposti ad un livello di rischio inaccettabile. Per il calcolo di tale requisito vengono considerate le seguenti variabili:

- Riserve tecniche<sup>53</sup>;
- Premi contabilizzati;
- Capitale a rischio;
- Imposte differite;
- Costi amministrativi dell'impresa.

L'MCR, inoltre, non può essere inferiore al 25%, né superiore al 45% del SCR.

Il SCR consiste, invece, in una percentuale di accantonamenti sul margine di contribuzione. I rischi che questo indicatore è chiamato a coprire sono<sup>54</sup>:

- Il *rischio di sottoscrizione* per l'assicurazione danni, vita e malattia;
- Il *rischio di mercato*;
- Il *rischio di credito*;
- Il *rischio operativo*.

I *rischi finanziari* sono accompagnati da appositi regolatori, stimando eventuali perdite immediate in caso di eventi shock.

<sup>52</sup> Giampaolino (2013).

<sup>53</sup> Secondo una valutazione *market-consistent*, quindi basata sui dati rilevabili dal mercato.

<sup>54</sup> Art. 105-107 Solvency II.

I *rischi assicurativi* assumono una posizione di rilievo all'interno di Solvency II e risultano essere indicati nel dettaglio (vedi Fig. 1.7). Nei rami vita è ponderato il pericolo di incremento dei tassi di mortalità, mentre l'aumento della durata di vita diventa un pericolo nel momento in cui una compagnia si impegna a pagare vitalizi ai propri assicurati. Nello specifico, ogni componente di costo è analizzata da regolatori affinché venga ponderato il rischio specifico.

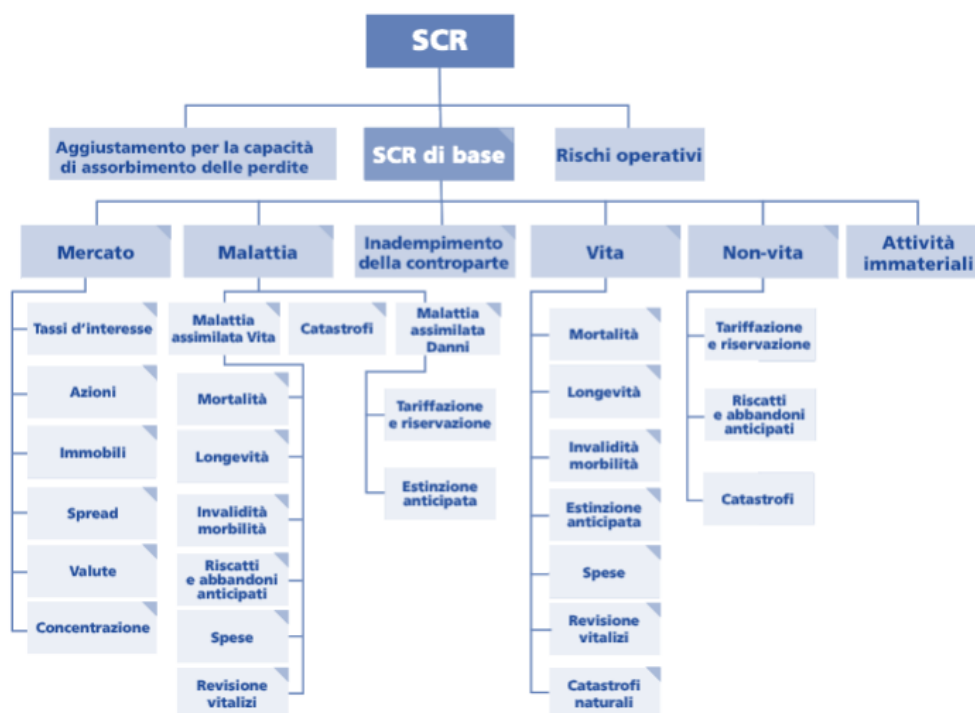
Il SCR può anche essere definito applicando un modello interno, quindi non una formula standard, per il calcolo di tutti o alcuni moduli di rischio. Affinché la compagnia di assicurazione voglia adottare tale modello è necessario che:

- Illustri le ragioni per le quali sia più appropriato un modello interno, piuttosto che la formula standard;
- Predisponga un dettagliato piano di implementazione;
- Abbia implementato un sistema di *risk management* conforme alla Direttiva.

In sintesi, l'obiettivo del primo pilastro è di assicurare che le compagnie di assicurazione siano solvibili in senso stretto. Per garantire tale requisito è necessario che un'impresa quantifichi prudentemente le riserve tecniche e che allo stesso tempo attui una politica degli investimenti, tenendo conto della correlazione tra impegni tecnici e attività di copertura. Inoltre, l'impresa deve costituire una riserva aggiuntiva, fondamentale per coprire eventuali impegni eccedenti quelli già prevedibili.

A questo punto, per garantire la solvibilità delle imprese è anche necessario fornire una valutazione dei rischi tipici del settore assicurativo e armonizzare i requisiti patrimoniali per la loro copertura. Nello specifico, i rischi individuati sono il *rischio di credito*, il *rischio di mercato* e il *rischio operativo*.

Fig. 1.7 – L'albero dei rischi nella formula standard



Fonte: Guida semplificata Solvency II, IVASS (2016)

Il Pilastro II della Direttiva ha come obiettivo quello di verificare che il sistema di solvibilità sia effettivamente operativo. Il controllo si basa su due aspetti principali:

- Il controllo effettuato dalla compagnia stessa, quindi in materia di *risk management*, *governance* e controlli interni;
- Il controllo effettuato dall'Autorità di Vigilanza che si impegna ad analizzare il profilo di rischio, l'adeguatezza delle risorse finanziarie e il comportamento prudentiale.

In particolare, il nuovo articolo 30 del Codice delle assicurazioni prevede che le imprese, in tema di *governance*, siano dotate di:

- Una struttura organizzativa trasparente in cui siano ripartite correttamente le varie responsabilità, funzioni e organi dell'impresa;
- Un sistema di trasmissione delle informazioni efficace;
- Meccanismo idoneo che possa garantire la corretta applicazione delle disposizioni in materia di *governance*.

Rientra nel secondo pilastro un sistema di controllo interno di gestione dei rischi denominato ORSA<sup>55</sup>. Il sistema in questione risulta essere sia una procedura di valutazione interna, integrata nelle scelte strategiche e sia uno strumento di vigilanza utilizzato dai supervisori. La Direttiva stabilisce che ORSA sia utilizzato per la valutazione del rischio e della solvibilità aziendale e che i risultati vengano considerati per quanto riguarda le decisioni strategiche. Nonostante le metodologie di analisi del rischio vengano effettuate con rigore, spesso potrebbero verificarsi errori nella valutazione. Per tale motivo, la vigilanza affianca sempre le pratiche aziendali, evitando però di sostituire la funzione manageriale.

Il Pilastro III prevede l'informativa all'Autorità di Vigilanza e quella nei confronti del mercato. In generale, per quanto riguarda la seconda, le imprese hanno l'obbligo di pubblicare una relazione annuale in merito alla propria solvibilità e situazione finanziaria. Inoltre, è necessario illustrare tutti gli aspetti che riguardano l'attività d'impresa quali, i risultati, il sistema di *governance*, le riserve tecniche e la descrizione della natura, concentrazione ed esposizione per ciascuna categoria di rischio.

Le imprese di assicurazione possono essere esonerate da IVASS<sup>56</sup> dall'obbligo di informazione periodica nel caso in cui:

- La comunicazione di tali informazioni risulti eccessivamente onerosa e non necessaria per una vigilanza efficace;
- L'impresa sia in grado di fornire informazioni a fronte di specifiche richieste dell'Autorità;
- L'esonero accordato da IVASS non influenzi la stabilità dei sistemi finanziari.

Per quanto riguarda l'informativa all'Autorità di Vigilanza, il report<sup>57</sup> è di natura qualitativa e annuale. La quantità di informazioni dipende dal numero di aspetti rilevanti all'interno dell'organizzazione (l'ORSA è compreso tra le documentazioni obbligatorie).

---

<sup>55</sup> *Own Risk and Solvency Assessment*.

<sup>56</sup> L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

<sup>57</sup> *Regular Supervisory Report (RSR)*.

In generale, per effetto della Solvency II, le funzioni di *internal audit*, *risk management* e *compliance* si sono evolute.

In primo luogo, la funzione di *internal audit*, considerata una funzione di controllo di “terzo livello”, ha il compito di monitorare e valutare l’efficacia e l’efficienza del sistema di controllo dell’impresa assicurativa. Dal punto di vista delle funzioni, rimangono di competenza dell’*internal audit*, non subendo sostanziali modifiche, le verifiche:

- Dei processi gestionali e delle procedure organizzative;
- Della regolarità e la funzionalità dei flussi informativi (anche l’adeguatezza/affidabilità);
- Della corretta tenuta delle scritture contabili;
- Dell’efficienza dei controlli svolti sulle attività esternalizzate.

In sintesi, la funzione dell’*internal audit*, anche successivamente all’introduzione di Solvency II, rimane quella di verificare il regolare funzionamento dei presidi organizzativi e procedurali.

In secondo luogo, per quanto riguarda la funzione di *compliance*, considerata di “secondo livello”, le considerazioni sono analoghe alla funzione precedente. Anche in questo caso, quindi, non vi sono state modifiche sostanziali. La funzione di *compliance* è chiamata a:

- Identificare continuamente le norme applicabili all’impresa e valutare il loro impatto sui processi aziendali;
- Valutare l’adeguatezza e l’efficacia delle misure organizzative adottate per la prevenzione del rischio;
- Valutare l’efficacia degli adeguamenti organizzativi, in seguito alle modifiche apportate;
- Predisporre adeguati flussi informativi.

Nel complesso, nonostante i compiti attribuiti all’*internal audit* e alla *compliance* siano rimasti invariati, il contesto del sistema di controllo ha subito una trasformazione. Infatti, entrambe le funzioni sono chiamate ad assumere un approccio di tipo *risk-based*, andando a concentrare le proprie attività di controllo nelle aree operative esposte ad un rischio maggiore.

In terzo luogo, la funzione di *risk management*, anche questa considerata di “secondo livello”, ha un ruolo di fulcro all’interno dell’azienda. Tale funzione, nel contesto del sistema dei controlli interni, è tenuta a:

- Definire le metodologie di misurazione dei rischi;
- Definire i limiti operativi;
- Validare i flussi informativi;
- Redigere un report in merito all’evoluzione dei rischi e la violazione dei limiti operativi;
- Verificare la coerenza tra i modelli di misurazione del rischio e l’operatività dell’impresa.

Di conseguenza, è possibile affermare come la funzione di *risk management* sia sempre più attiva nella gestione dell’impresa assicurativa.

Nel settore assicurativo, l'unico organo di controllo e regolazione, a partire dal 2012, è l'IVASS (in passato era l'ISVAP<sup>58</sup>), la quale ha natura di autorità indipendente ed è caratterizzata da cinque potestà: autorizzatoria, prescrittiva, accertativa, cautelare e sanzionatoria.

Per quanto riguarda l'amministrazione governativa, sono riservati pochi provvedimenti, quali:

- La fissazione dei requisiti di onorabilità e professionalità in capo ai vertici aziendali o ai soggetti azionisti;
- La revoca delle autorizzazioni all'esercizio delle assicurazioni e la conseguente liquidazione coatta amministrativa<sup>59</sup>;
- Una specifica competenza in materia di entità delle tariffe e dei corrispondenti premi polizza;
- Una funzione normativa sull'avvio del sistema di risarcimento diretto dei danni;
- La fissazione delle tabelle del valore del danno biologico di non lieve entità;
- Il provvedimento per il funzionamento del Fondo di garanzia per le vittime della strada, gestito dalla Consap<sup>60</sup>.

Le competenze dell'organo amministrativo, nell'ambito della gestione dei rischi sono state ampliate nel corso degli anni. Nel nuovo quadro le funzioni sono:

- Approvazione dei documenti di indirizzo, di carattere tecnico, relativi alla gestione e al monitoraggio dei rischi, quali:
  - La politica di valutazione riguardante i criteri e le metodologie da seguire per le valutazioni rilevanti;
  - Il documento sulla propensione al rischio (*risk appetite*) e la tolleranza al rischio (*risk tolerance*);
  - La politica di gestione del rischio e le strategie per la relativa attuazione (anche in un'ottica di medio-lungo periodo);
  - Le politiche relative alla sottoscrizione, alla riservazione, alla riassicurazione e alle altre tecniche di mitigazione del rischio.
- Adottare presidi di carattere organizzativo e amministrativo, quali:
  - L'approvazione di direttive in materia di sistemi di controlli interni;
  - La redazione di un documento generale sull'organizzazione aziendale che comprende la definizione dei compiti e delle responsabilità degli organi sociali, la definizione delle funzioni di *risk management*, *compliance* e revisione interna e, infine, la definizione dei flussi informativi e le modalità di coordinamento tra i soggetti;
  - L'adozione di una politica aziendale per la valutazione dei requisiti di idoneità;
  - L'effettuazione di una verifica periodica di competenze tecniche e legali all'interno dell'organo amministrativo.

---

<sup>58</sup> Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo.

<sup>59</sup> Una procedura concorsuale disposta dall'Autorità amministrativa, volta alla liquidazione del patrimonio di particolari categorie di imprese, determinando la loro eliminazione dal mercato.

<sup>60</sup> Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici.

Nello specifico, il Ministero dello sviluppo economico è titolare di alcune funzioni provvedimentali collegate soprattutto alla responsabilità politica di governo, piuttosto che alla funzione di regolazione e vigilanza del mercato.

In generale, l'IVASS può esercitare provvedimenti di varia natura quali, regolamenti, raccomandazioni e circolari interpretative. Solo i primi possono avere una funzione regolatoria, i cui limiti sono disciplinati dal codice<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> Giampaolino (2013).

## CAPITOLO 2: SFIDE E OPPORTUNITÀ NELLA GESTIONE DEL RISCHIO

### 2.1 Le asimmetrie informative

Per comprendere interamente la struttura finanziaria di un'economia, occorre considerare anche il ruolo dell'informazione nei mercati finanziari.

Le asimmetrie informative si verificano nel momento in cui una delle parti coinvolte in una transazione ha informazioni insufficienti sull'altra parte per prendere decisioni corrette. Se da un lato i manager di una società sanno se si comportano onestamente o meno e hanno informazioni migliori sull'andamento dell'azienda, dall'altro, nei mercati finanziari, risulta essere più difficile ottenere tali informazioni, soprattutto dal lato degli azionisti. La presenza di tali asimmetrie informative conduce ai problemi di *selezione avversa* e *azzardo morale*.

La selezione avversa è un problema di asimmetria informativa che *precede* la firma del contratto. Tale problema è maggiormente frequente nel momento in cui i soggetti che richiedono più attivamente prestiti sono quelli maggiormente a rischio. Nello specifico, la controparte che ha maggiori probabilità di concludere lo scambio è anche quella che ha maggiore probabilità di essere insolvente. Infatti, i soggetti meno avversi al rischio sono spesso i più desiderosi di contrarre un prestito, proprio perché sono consapevoli che molto probabilmente non riusciranno a restituirlo. Per tale motivo, i prestatori di fondi potrebbero decidere di astenersi dallo scambio non concedendo così alcun prestito, nonostante sul mercato esistano soggetti onesti e a basso rischio di insolvenza.

L'azzardo morale è, invece, un problema che *segue* la firma del contratto. In questo caso il creditore è soggetto al rischio che il debitore intraprenda attività che sono indesiderabili in quanto rendono meno probabile il rimborso. Ad esempio, dopo aver ottenuto un prestito, il debitore potrebbe decidere di correr molti rischi, in modo tale da ottenere una maggiore prospettiva di guadagno, ma anche di un maggiore rischio di insolvenza. Anche in questo caso, considerando come l'azzardo morale possa ridurre la probabilità di rimborso, i prestatori di fondi potrebbero decidere di astenersi dallo scambio e non concedere alcun prestito.

Il contributo più importante in letteratura, in materia di economia dell'informazione, in particolare il problema della selezione avversa, è dato dal famoso articolo dal premio Nobel George Akerlof<sup>62</sup>, il quale introduce un'idea semplice, ma profonda e universale. L'idea di Akerlof può essere illustrata attraverso un semplice esempio. Il problema da considerare è quello relativo ai "bidoni" (*lemons problem*) nel mercato delle automobili usate, in quanto ricalca la situazione creata dai "catorci". Nel mercato in questione, i potenziali acquirenti di automobili usate spesso non sono in grado di valutare la qualità delle auto in vendita. Un soggetto di questo tipo pagherà un prezzo che rifletterà inevitabilmente la qualità media delle automobili nel mercato. Al contrario, il proprietario, quasi sicuramente, conoscerà le condizioni dell'automobile. In questo caso, se l'auto è un "bidone", il proprietario sarà più che disposto di venderla al prezzo che il compratore è disposto a

---

<sup>62</sup> G. Akerlof, *The Market for "Lemons": Quality, Uncertainty and the Market Mechanism*, 1970.

pagare. Nel caso in cui l'auto dovesse essere in ottime condizioni, invece, considerando che il prezzo che il compratore è disposto a pagare è troppo basso, il proprietario potrebbe decidere di non vendere. Come conseguenza della selezione avversa, sul mercato giungeranno poche automobili usate di buona qualità e, per tale motivo, il mercato delle automobili usate funzionerà male o non funzionerà affatto.

La teoria economica evidenzia come il mercato assicurativo abbia una mancanza di informazioni di tipo "bilaterale". Infatti, al tradizionale problema della scarsità di informazioni da parte dei consumatori, in materia di qualità dei servizi offerti, si aggiunge l'incompletezza delle informazioni delle compagnie assicurative in merito alle caratteristiche dei rischi dei propri clienti. Quest'ultimo problema impedisce di definire con sicurezza la probabilità che si verifichi l'evento oggetto del contratto. Come conseguenza, le compagnie di assicurazione non possono offrire polizze che riflettano perfettamente la rischiosità di ciascun cliente andando così ad impattare l'equilibrio di mercato.

A questo punto, è necessario distinguere tra:

- *Problemi derivanti da informazioni nascoste.* In questo caso, il premio viene calcolato sulla base della probabilità media di incidente per l'impossibilità del venditore-assicuratore di assumere informazioni complete sulle caratteristiche degli assicurati. Per tale motivo, vi è una crescente concentrazione di individui ad alto rischio nel mercato, mentre quelli a basso rischio decidono di non acquistare l'assicurazione troppo cara<sup>63</sup>;
- *Problemi derivanti da azioni nascoste.* In questo caso, gli assicurati tendono a comportarsi in modo scorretto, in un certo senso è possibile dire "immorale"<sup>64</sup>. In risposta a ciò derivano misure di prevenzione in misura minore rispetto a quelle che sarebbero state adottate in assenza di copertura assicurativa.

Il problema della selezione avversa e dell'azzardo morale dipendono, quindi, da una non perfetta conoscenza della probabilità dell'evento, ma a loro volta causano un'alterazione delle caratteristiche del mercato. Da un lato, la probabilità non è distribuita uniformemente all'interno della popolazione dal momento che, i contratti offerti dall'impresa di assicurazioni, attirano solamente individui caratterizzati da una rischiosità maggiore rispetto alla media della selezione avversa. Dall'altro, i comportamenti degli assicurati, in materia di azzardo morale, possono aumentare la probabilità dell'evento rispetto a quella che si avrebbe senza assicurazione. Inoltre, una particolare forma di azzardo morale sono le frodi, andando a distinguere tra:

- *Moral hazard ex ante.* Si tratta del caso in cui viene stipulato un contratto assicurativo con intenti fraudolenti, andando ad agire sullo scambio informativo precontrattuale e, quindi, omettendo informazioni rilevanti o dando informazioni errate;
- *Moral hazard ex post.* Si tratta di azioni non osservabili dopo la stipulazione del contratto e durante l'esecuzione dello stesso. Ad esempio, le frodi nella rappresentazione del sinistro (l'assicurato dichiara l'accadimento di un sinistro che non si è mai verificato), le frodi nella simulazione del sinistro (l'assicurato provoca l'accadimento del sinistro con intenti fraudolenti) e frodi nello sfruttamento di

---

<sup>63</sup> La teoria dell'*adverse selection* di Akerlof.

<sup>64</sup> Da cui il termine *azzardo morale*.



un sinistro (l'assicurato esagera in merito all'entità del danno gonfiando i danni derivanti dall'evento assicurato).

Per effettuare un'analisi economica del fenomeno delle frodi, è necessario introdurre le caratteristiche del ramo RC Auto in Italia, caratterizzato dalla obbligatorietà sancita dalla legge 24 dicembre 1969 n. 990. Di conseguenza, tutti coloro che intendono far circolare un veicolo sono obbligati ad assicurarsi per i danni che possono derivare dalla circolazione stessa con un'impresa regolarmente autorizzata. Inoltre, il sistema assicurativo italiano è caratterizzato da un tipo di responsabilità *third party*, che si contrappone ad un sistema *first party*. Questo tipo di responsabilità prevede che l'impresa di assicurazione del danneggiante risarcisca il danno ad un danneggiato cioè, un soggetto terzo rispetto al contratto assicurativo (Fig. 2.1).

**Fig. 2.1 – Responsabilità *third party* nel sistema assicurativo italiano**



Fonte: Porrini D., *Frodi nell'assicurazione RC Auto: analisi economica e possibili rimedi* (2002)

A partire dal 1° luglio del 1994, la data della liberalizzazione tariffaria, i premi hanno avuto una cospicua crescita e le compagnie hanno avuto delle perdite, in termini di differenza tra la raccolta dei premi e i risarcimenti dei sinistri.

Un rimedio alle frodi assicurative è quello basato sulle richieste di rimborso presentate alla compagnia di assicurazione, il cosiddetto *monitoring*. Una efficiente procedura di gestione dei sinistri deve essere articolata in due fasi principali:

- Uno *screening* iniziale di tutti i sinistri denunciati, sulla base delle informazioni disponibili, il quale permette di decidere se liquidare immediatamente il sinistro oppure effettuare un riesame;
- Un'indagine più approfondita per quanto riguarda i sinistri "sospetti" nella quale vengono raccolte informazioni aggiuntive.

Una volta che le compagnie di assicurazione decidono di verificare la presenza delle frodi attraverso il metodo del *monitoring*, è possibile utilizzare stime econometriche in modo tale da identificare eventuali frodi future al momento della richiesta di risarcimento.

Tuttavia, in Italia, tale strumento non viene particolarmente applicato in quanto viene considerato molto costoso e poco veritiero. Altri paesi, però, nel caso di una polizza RC Auto, hanno avuto dei ritorni indiretti. Questo è dovuto ad un "effetto reputazionale" il quale respinge i soggetti più propensi a compiere delle frodi.

Inoltre, questo risulta essere un metodo innovativo in quanto può basarsi anche sull'utilizzo dei social media, fondamentali per verificare le connessioni e le relazioni tra gli individui coinvolti. Tale applicazione è quindi facilitata dall'utilizzo dei Big data che permettono, al momento della richiesta di risarcimento, di collegare dati interni con altri dati non strutturati per verificare se la richiesta è legittima. L'utilizzo dei Big data è molto importante anche per quanto riguarda l'analisi predittiva, andando ad individuare più facilmente i candidati più predisposti a compiere frodi.

In merito a tale scenario, per quanto riguarda il ramo Rc Auto, l'IVASS detiene il compito di istituire l'archivio informatico integrato<sup>65</sup>, con l'obiettivo di fornire dati per finalità antifrode. Tali dati verranno forniti non solo alle compagnie di assicurazione, ma anche ad altri soggetti, quali le autorità giudiziarie e forze di polizia.

In Italia, per quanto riguarda i provvedimenti adottati contro la diffusione del fenomeno fraudolento nel ramo Rc Auto (vedi Fig. 2.2), si può analizzare il provvedimento di "blocco dei premi". Tuttavia, è necessario illustrare due considerazioni tra loro contrapposte. Da un lato, la presenza di eventi fraudolenti è uno dei motivi adottati dalle compagnie di assicurazione per giustificare l'aumento dei premi negli ultimi anni (dovuto anche al basso livello di concorrenzialità del mercato assicurativo), a cui tale provvedimento regolatorio voleva rispondere. Dall'altra, l'applicazione di tale provvedimento voleva avere l'effetto di incentivare le imprese ad un maggiore impegno nella prevenzione e nel perseguimento delle frodi.

Sempre nel contesto dei rimedi, in Italia, ma solamente a livello di proposta, si è parlato di un sistema *no fault* che permetterebbe un maggiore controllo sulle false dichiarazioni. Tuttavia, il passaggio da un sistema *third party* ad uno *first party* richiede una modifica radicale del sistema assicurativo italiano nel ramo RC Auto.

**Fig. 2.2 – Dati sulle frodi assicurative nel ramo RC Auto**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Numero sinistri falsi	147.567	152.862	172.471	169.911	155.550	160.198
Importo sinistri falsi	347.200	380.200	438.000	409.000	454.000	515.000
Frequenza di sinistri falsi	2,97%	3,01%	3,35%	3,33%	3,06%	3,05%

Fonte: Circolari ISVAP n. 296/97; 325/98; 368/99; 399/00; 435/01

In generale, nel contesto delle asimmetrie informative, è possibile individuare ulteriori rimedi che possano far fronte alla mancanza di informazioni e il conseguente malfunzionamento del mercato.

Le compagnie assicuratrici, a fronte dei problemi legati alle asimmetrie informative, suddividono in classi di rischio omogenei gli assicurati. In questo modo, è possibile individuare le caratteristiche atte a evidenziare il verificarsi di determinati eventi. Attraverso tale classificazione è possibile fissare un premio appropriato in modo tale da rendere più costose le polizze per le categorie di individui a rischio più elevato, andando così a compensare la maggiore probabilità che si verifichi quell'evento.

<sup>65</sup> Ministero dello Sviluppo Economico, Decreto 11 maggio 2015, n. 108.

La classificazione utilizza uno o più parametri, correlati, dal punto di vista statistico, con il rischio, ma è fondamentale che il costo che deriva dall'osservazione della variabile, non superi i benefici della classificazione stessa. Ad esempio, per quanto riguarda il ramo Rc Auto, vengono utilizzate diverse variabili quali età, residenza, occupazione, stato civile, composizione del nucleo familiare, anzianità della patente, tipo e potenza del veicolo, km annui.

Per comprendere la grande complessità legata alla classificazione dei rischi, è possibile osservare le variabili utilizzate nell'assicurazione per quanto riguarda la copertura delle calamità naturali. Attraverso la Fig. 2.3 è possibile notare come siano necessarie carte geologiche in modo tale da individuare le zone maggiormente a rischio. Inoltre, sono fondamentali le informazioni storiche in merito ad eventi calamitosi o analisi sull'impatto dei metodi di costruzione edilizia.

**Fig. 2.3 – Classificazione dei rischi per categorie di eventi naturali**

CATEGORIE	DATI RICHIESTI	CASI
Eventi originate dalla terra	Dati Geofisici	Terremoti, Vulcani, Movimenti di masse (secche)
Eventi causati da processi atmosferici	Dati Meteorologici	Tempeste, Trombe d'aria, Tornado
Eventi causati da deviazioni nel normale ciclo dell'acqua e/o straripamenti dovuti al vento	Dati Idrologici	Alluvioni, Movimenti di masse (umide)
Eventi causati da processi di larga scala (nell'ambito della variabilità climatica)	Dati Climatologici	Temperature estreme, Siccità, Incendi
Disastri causati dall'esposizione di organismi viventi a germi o sostanze tossiche	Dati Biologici	Epidemie, Infestazioni di insetti, Assalti di animali

Fonte: Porrini D., *Risk Classification in Natural Catastrophe Insurance: The Case of Italy*, in *International Journal of Financial Research* (2016)

Riprendendo il tema riguardante i rimedi alle asimmetrie informative, le compagnie di assicurazione necessitano di informazioni per determinare i profili di rischio degli assicurati. Tuttavia, il comportamento di scambio di tali informazioni, anche se non risulta di per sé dannoso per il benessere o per la concorrenza, può essere considerato anticoncorrenziale e dare origine a collusione. Infatti, nel 1992, la Commissione Europea ha adottato un regolamento di esenzione per quanto riguarda alcune categorie di accordi e pratiche nel settore assicurativo<sup>66</sup>. In seguito, è stato introdotto un regolamento riguardante la definizione dei tipi di accordi che riguardano tale esenzione<sup>67</sup>. Tale regolamento, però, è stato oggetto di revisione in quanto è necessario valutare se l'esenzione debba essere estesa ad alcune pratiche attualmente coperte o ridotta in relazione ad altre. Inoltre, anche per quanto riguarda i Big data è fondamentale stabilire quali fattori possono potenzialmente aumentare il rischio antitrust, ad esempio la concentrazione del mercato, la natura delle informazioni, il livello di aggregazione dei dati e la loro natura storica. Uno degli obiettivi principali è quello di monitorare l'attuale

<sup>66</sup> Regolamento CE – n. 3932/1992.

<sup>67</sup> Regolamento CE – n. 358/2003.

gestione dei Big data e valutare se sia necessario introdurre ulteriori disposizioni in modo tale da tutelare maggiormente le persone.

Tenendo conto delle considerazioni riportate, in merito alle asimmetrie informative, le prossime sfide, dal punto di vista della regolazione, dovranno seguire tre direzioni:

- La raccolta dei dati per combattere le frodi non deve ledere la privacy degli individui;
- La classificazione dei rischi, nonostante migliori l'efficienza del mercato, non deve intaccare la concorrenza;
- L'utilizzo dei dati sulla vita personale non deve diventare oggetto di discriminazione.

Per raggiungere tali obiettivi è importante che le Autorità riescano a collaborare tra loro non solo a livello nazionale, ma anche a livello europeo<sup>68</sup>.

In sintesi, nel caso di una polizza di assicurazione, l'azzardo morale sorge nel momento in cui la parte assicurata è incentivata a correre rischi che aumentano la probabilità di indennizzo da parte della compagnia. Ad esempio, un soggetto coperto da assicurazione furti potrebbe non prendere precauzioni sufficienti per impedire una rapina poiché la compagnia si impegnerà a rimborsare la maggior parte delle perdite.

La selezione avversa, invece prevede che gli individui che hanno maggiore probabilità di ottenere indennizzi dall'assicurazione siano gli stessi che possiedono più incentivi a sottoscrivere una polizza. Ad esempio, chi soffre di una patologia terminale potrebbe volere stipulare polizze di assicurazione malattie e vita molto grosse, esponendo le compagnie a perdite molto elevate.

Minimizzare questi pericoli è un obiettivo molto importante per le compagnie e, per tale motivo, vengono adottate una serie di pratiche assicurative, quali:

- *Selezione dei rischi.* Una tecnica per limitare il problema della selezione avversa è quella di separare i cattivi rischi assicurativi da quelli buoni. Ad esempio, nel momento in cui viene sottoscritta un'assicurazione auto, l'assicuratore farà una serie di domande in merito al comportamento adottato in passato (numero di incidenti), sul tipo di automobile assicurata e su determinate informazioni personali (età, stato civile). Le informazioni ottenute verranno utilizzate per assegnare al soggetto una classe di rischio, ossia una valutazione statistica della probabilità che il soggetto chieda un indennizzo. Sulla base di tali dati, la compagnia di assicurazione deciderà se accettare l'individuo come cliente o meno (nel momento in cui il rischio è troppo elevato oppure il cliente risulta essere non redditizio);
- *Premio basato sul rischio.* Uno dei principi cardine dell'assicurazione è quello di addebitare premi assicurativi in base al rischio associato al titolare della polizza. Ad esempio, è possibile osservare due studenti universitari, di sesso maschile e femminile, senza incidenti né multe. In generale, le compagnie di assicurazione sanno che i ragazzi hanno un tasso di infortunio più elevato rispetto alle ragazze e, di conseguenza, dovrebbero pagare un premio più alto. Nel momento in cui la compagnia non si basa su una classe di rischio, ma sul rischio medio combinato per uomini e donne, allora la studentessa pagherà un premio troppo elevato e sarà costretta a cambiare compagnia. Lo studente, invece, deciderà di

---

<sup>68</sup> Di Porto (2017).

sottoscrivere immediatamente la polizza. Di conseguenza il premio dello studente non sarà sufficiente a coprire gli incidenti che molto probabilmente avrà e, come risultato, la compagnia perderebbe denaro. Attraverso questo esempio è possibile notare come la compagnia di assicurazione può realizzare già un profitto nel momento in cui decidesse di basarsi su una classe di rischio, andando così a contrastare eventuali perdite;

- *Clausole restrittive.* Questo strumento permette di limitare il problema dell'azzardo morale. Tali clausole scoraggiano i titolari della polizza dall'intraprendere attività rischiose che rendano più probabile il rimborso assicurativo. Ad esempio, un tipo di clausola restrittiva nelle polizze delle compagnie di assicurazione vita è quella che prevede l'annullamento degli indennizzi in caso di morte dovuta al suicidio;
- *Prevenzione delle frodi.* Come è stato detto precedentemente, le compagnie di assicurazione affrontano anche l'azzardo morale determinato dal fatto che l'assicurato potrebbe avere un motivo per mentire o nascondere informazioni alla compagnia. Ad esempio, una persona che non ha aderito alla clausola restrittiva, potrebbe comunque presentare una richiesta di rimborso oppure potrebbe richiedere indennizzi per eventi che non si sono mai verificati;
- *Franchigie.* La franchigia è l'importo fisso di cui viene ridotta la perdita dall'assicurato al momento di un indennizzo. Questa è uno strumento supplementare che aiuta le compagnie di assicurazione a ridurre l'azzardo morale. Infatti, con una franchigia, quando viene presentata una richiesta di rimborso, la perdita viene condivisa con la compagnia. Tale strumento stimola il titolare di una polizza a comportarsi in conformità a ciò che è vantaggioso per compagnia. Inoltre, sarà possibile diminuire il premio di quanto basta per compensare il titolare della polizza dell'applicazione della franchigia. Una ulteriore funzione di tale strumento è quella di eliminare le spese amministrative associate ai piccoli danni, forzando così gli assicurati a supportare tali perdite;
- *Limiti sui massimali.* Un altro principio importante della gestione assicurativa è il limite massimo sulla copertura fornita. Quanto più è alta la copertura assicurativa, tanto più l'assicurato potrebbe guadagnare dalle attività rischiose e maggiore sarà l'azzardo morale. Ad esempio, se l'automobile di un soggetto dovesse essere assicurata per un importo superiore al suo effettivo valore, allora il cliente potrebbe non adottare le precauzioni necessarie per impedirne il furto. Di conseguenza, le compagnie di assicurazione devono sempre accertarsi che la loro copertura non sia così elevata al punto tale che l'azzardo morale possa condurre a perdite gravi.

Tutte queste pratiche riducono l'azzardo morale e la selezione avversa, rendendo più difficile per i titolari della polizza trarre beneficio da comportamenti che potrebbero aumentare importo e probabilità delle richieste di indennizzo. Con minori benefici disponibili, coloro che potrebbero maggiormente intraprendere attività rischiose, trarranno minori vantaggi dall'assicurazione e avranno minori incentivi a sottoscrivere la polizza<sup>69</sup>.

---

<sup>69</sup> Mishkin (2019).

## 2.2 L'impatto dei cambiamenti demografici e sociali nelle assicurazioni (ESG)

Le compagnie di assicurazione hanno il potenziale non solo di creare garanzie per ridurre al minimo i rischi per i clienti, ma anche per sviluppare la società e investire nella sostenibilità. Allo stesso tempo, le compagnie di assicurazione dipendono direttamente dalla fiducia e dalla fedeltà dei clienti. Di conseguenza, l'implementazione delle relazioni con i clienti e la gestione dei rischi reputazionali sono la base per lo sviluppo sostenibile delle compagnie assicurative. Tuttavia, le compagnie, in quanto investitori, sono esposte a significativi rischi finanziari derivanti dalla diminuzione del valore delle società in cui investono, soprattutto a causa dei rischi ambientali, sociali e di governance (ESG<sup>70</sup>).

Nello scenario attuale, i criteri ESG sono considerati i principali fattori di misurazione della sostenibilità e dell'impatto etico delle aziende. Allo stesso tempo, la pandemia di COVID-19 ha aumentato la componente di rischio della maggior parte delle aziende in diversi settori andando a cambiare, radicalmente, le esigenze, le abitudini e le aspettative sia dei clienti che dei dipendenti delle compagnie assicurative.

Secondo il sondaggio condotto dal *Center for Financial Services* di Deloitte (2020), il 48,0% delle compagnie assicurative erano del tutto impreparate alla crisi, mentre solo il 25,0% delle compagnie aveva una visione chiara delle azioni e delle decisioni tattiche e strategiche. Di conseguenza, la pandemia non solo ha dimostrato le debolezze delle aziende, ma anche la loro riluttanza a cambiare, sottolineando la necessità di utilizzare nuovi approcci alla gestione e garantire un rapido adattamento delle compagnie in linea alle esigenze del mercato. Infatti, proprio nei periodi di crisi, bisognerebbe rafforzare la responsabilità sociale d'impresa in modo tale da acquisire nuovi clienti, aumentando così la loro fiducia e fedeltà verso l'azienda<sup>71</sup>.

Attualmente, il settore assicurativo sta rispondendo alle sfide della sostenibilità con un'azione strategica sia in termini di sottoscrizione che di investimento, inclusi i Principi per l'assicurazione sostenibile (PSI<sup>72</sup>). A partire dal 2014, il *Principles Framework*, negli Stati Uniti, era stato firmato da 42 assicuratori che rappresentavano circa il 15% del volume globale dei premi e 8 trilioni di dollari di asset in gestione, nonché da 30 enti del mercato assicurativo. A partire dal 2017, invece, più di 100 organizzazioni in tutto il mondo hanno adottato il PSI, inclusi assicuratori che rappresentavano oltre il 20% del volume globale dei premi e 14 trilioni di dollari di asset in gestione.

A fronte di questo nuovo scenario, un numero crescente di autorità di vigilanza assicurativa e di regolamentazione stanno iniziando ad incorporare la sostenibilità nelle varie fasi di controllo all'interno del settore. Ad esempio, la *Prudential Regulation Authority* (PRA) nel Regno Unito e la *European Insurance and Occupational Pensions Authority* (EIOPA) dell'Unione Europea hanno chiarito esplicitamente che si aspettano che le compagnie di assicurazione modellino e quantifichino l'impatto dei fattori ESG (in particolare anche dei cambiamenti climatici) nei loro regolari "stress-test" di Solvency II<sup>73</sup>.

---

<sup>70</sup> *Environmental, social and corporate governance.*

<sup>71</sup> Khrovak (2020).

<sup>72</sup> *Principles for Sustainable Insurance.*

<sup>73</sup> Nel 2020, in Italia, hanno partecipato alla prova di stress 4 gruppi che rappresentavano più dell'80% del mercato nazionale: Assicurazioni Generali, Intesa Sanpaolo Vita, Poste Vita e Unipol Gruppo. L'IVASS ha esteso lo stress test

Lo scenario attuale, caratterizzato dagli effetti negativi della pandemia, prevede un forte abbassamento dei tassi di interesse e un marcato deterioramento dei mercati azionari, immobiliari e di credito e shock di natura assicurativa (maggiore frequenza dei riscatti, innalzamento temporaneo della mortalità nei portafogli vita e aumento di frequenza e severità dei sinistri nel ramo danni).

Tale stress test ha l'obiettivo di:

- Valutare la resilienza dei partecipanti a scenari avversi per fornire alle autorità di vigilanza informazioni sulla capacità di resistenza a shock severi, ma plausibili;
- Considerare possibili raccomandazioni al settore e consentire ai supervisori di impegnarsi con gli assicuratori sui potenziali interventi correttivi;
- Completare la valutazione microprudenziale con la stima di potenziali effetti di ricaduta (*spillover*) dal settore assicurativo innescato da reazioni diffuse agli shock.

Lo stress test ha valutato l'impatto andando a considerare due approcci distinti:

- Il *fixed balance sheet* (FBS), in cui non è consentito l'utilizzo di quelle azioni che producono benefici immediati, ma che potenzialmente aumentano i rischi a lungo termine;
- Il *constrained balance sheet* (CBS), in cui le imprese assicurative intraprendono azioni di rimedio che influiscono positivamente sull'indice di solvibilità (*solvency capital requirement ratio*).

I risultati hanno dimostrato una flessione significativa della posizione patrimoniale del settore assicurativo europeo, che nel complesso mantiene un coefficiente di solvibilità superiore al minimo regolamentare. In particolare, nell'approccio FBS l'indice di solvibilità *post-stress* si riduce dal 217,9% al 125,7%, mentre nell'approccio CBS, l'indice di solvibilità *post-stress* scende al 139,3% (vedi Fig. 2.4).

Fig. 2.4 – Risultati dello stress test assicurativo per il 2021

INDICATORI	BASELINE VALUE	FIXED BALANCE SHEET	CONSTRAINED BALANCE SHEET
SCR ratio	217,9%	125,7%	139,3%
SCR ratio senza misure transitorie	204,6%	111,0%	123,8%
Asset/Liability ratio	110,0%	105,9%	106,2%
Asset/Liability ratio senza misure transitorie	109,1%	104,9%	105,1%

Fonte: rivista di Diritto Bancario Tidona

Nel settore assicurativo sono particolarmente rilevanti le tematiche che riguardano i rischi legati alla sostenibilità e le opportunità dal lato degli asset. I principali problemi che possono potenzialmente derivare dai rischi di sostenibilità sul lato delle attività includono il rischio di credito, il rischio di mercato e il rischio di liquidità. Ad esempio, il rischio di credito o di controparte può concretizzarsi se una società è inadempiente a causa di decisioni politiche in merito ad aspetti ESG che hanno un impatto negativo sul modello di business dell'azienda (ad esempio una tassa sul biossido di carbonio). Per quanto riguarda il rischio di mercato,

---

ad altre 8 compagnie assicurative italiane, con attivi superiori a 2 miliardi di euro, per un'analisi più completa sulla capacità di tenuta del sistema assicurativo nazionale.

aspettative in merito a misure ESG politiche o normative può implicare un rischio di mercato di investimenti non sostenibili a titolo di ammortamento. Infine, il rischio di liquidità può sorgere, ad esempio, in caso di catastrofi naturali in cui un numero significativo di clienti preleva fondi dai propri conti per finanziare le perdite. In realtà, oltre ai rischi climatici, sono dominanti ulteriori rischi ESG, legati alle energie rinnovabili, la salute o l'istruzione.

Molti rischi possono derivare da investimenti in imprese che sono vulnerabili alle conseguenze dei futuri cambiamenti climatici, ad esempio, sorgono anche opportunità nel momento in cui ci si concentra su società particolarmente resilienti a tale sviluppo. Le compagnie di assicurazione potrebbero anche cogliere le opportunità di sostenibilità investendo in progetti infrastrutturali e formando partenariati pubblico-privato. Tuttavia, esistono una serie di ostacoli che devono essere rimossi affinché gli assicuratori possano sfruttare pienamente il potenziale della loro capacità finanziaria, come complesse restrizioni normative e requisiti patrimoniali.

Poiché i rischi legati alla sostenibilità possono avere gravi effetti negativi su tutte le unità aziendali, è necessario considerare anche altri rischi, oltre a quelli precedentemente esposti. Tra questi è possibile individuare i rischi operativi, i rischi strategici e i rischi reputazionali. I primi possono verificarsi a causa di eventi climatici fisici che danneggiano i beni, nonché incidono sulla sicurezza e sulla continuità delle operazioni assicurative. Per quanto riguarda i rischi strategici, ad esempio, questi potrebbero sussistere se un assicuratore non dovesse adattarsi ai cambiamenti strutturali del settore (ad esempio la transizione verso un'economia a basse emissioni di carbonio). Inoltre, il rischio reputazionale potrebbe concretizzarsi se la compagnia di assicurazione dovesse decidere di investire un'impresa con misure di sicurezza inadeguate rispetto agli edifici o alle condizioni di lavoro, provocando gravi e numerosi sinistri. I rischi di reputazione deriverebbero anche dalla pubblicità ingannevole o dall'omissione dell'attuazione di misure sostenibili percepite come "adeguate" dagli stakeholder interni ed esterni.

Le raccomandazioni per stabilire l'inclusione e la diversità includono la creazione di una consapevolezza per la diversità, la comunicazione dei benefici e il monitoraggio della compensazione della forza lavoro e del consiglio di amministrazione. In generale, gli assicuratori dovrebbero sviluppare ulteriormente una nuova strategia aziendale o adeguarla per integrare i rischi e le opportunità di sostenibilità. Per quanto riguarda la governance, è di fondamentale importanza una comprensione dei rischi e delle opportunità per il consiglio di amministrazione, andando a fornire una definizione e una chiara illustrazione di ruoli e responsabilità. Inoltre, prendere in considerazione la responsabilità, la transizione e i rischi fisici a livello aziendale potrebbe essere fondamentale, cercando, inoltre, di partecipare ai dialoghi sulle politiche pubbliche in materia di cambiamento climatico e supportare i responsabili politici, le autorità di regolamentazione e altre parti del settore privato<sup>74</sup>.

Dopo aver analizzato come le compagnie di assicurazione hanno iniziato ad incorporare la sostenibilità all'interno della realtà aziendale, è fondamentale analizzare l'effetto dei cambiamenti demografici nel settore assicurativo.

---

<sup>74</sup> Gatzert (2020).

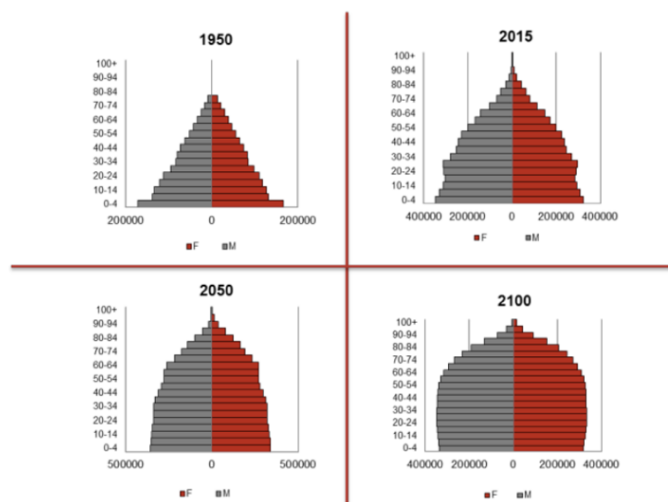


Secondo i dati delle Nazioni Unite, le persone di età pari o superiore ai 60 anni dovrebbero più che raddoppiare entro il 2050 e più che triplicare entro il 2100, passando così da 962 milioni a livello globale nel 2017, a 2,1 miliardi nel 2050 e 3,1 miliardi nel 2100. Questa categoria di popolazione sta crescendo molto più velocemente rispetto a tutti i gruppi di età inferiore. Di conseguenza, la distribuzione classica della popolazione per genere ed età si sta spostando da una piramide a una campana (vedi Fig. 2.5).

Tale processo di invecchiamento è il risultato di una serie di eventi, quali:

- La contrazione della fertilità. Il tasso di natalità si sta rapidamente riducendo al di sotto del livello del tasso di sostituzione naturale<sup>75</sup>;
- L'ampliamento dell'aspettativa di vita dovuto ai noti processi della medicina, in particolare per quanto riguarda le cosiddette malattie trasmissibili.

**Fig. 2.5 – Distribuzione della popolazione per genere ed età**



Fonte: Nazioni Unite (2017)

Inoltre, secondo le proiezioni delle Nazioni Unite, le migrazioni in Europa, se proseguite al ritmo attuale, non saranno in grado di risolvere il previsto aumento del grado di dipendenza (la quota delle persone a carico, i giovani di età compresa tra i 0-19 anni e gli over 60 su coloro che hanno un'età compresa tra i 20-64 anni) nei prossimi 30 anni. La migrazione contribuirà notevolmente all'aumento delle tensioni sociali, a meno che non ci sarà uno scenario completamente nuovo.

La maggior parte degli economisti sostiene che un paese con una quota maggiore di anziani è associato a livelli di produttività in diminuzione, risparmi inferiori e spesa pubblica più elevata. Tuttavia, un'età pensionabile più elevata e/o una maggiore partecipazione alla forza lavoro potrebbero frenare il calo della popolazione attiva. Infatti, poiché l'invecchiamento provoca carenze nel mercato del lavoro, i disoccupati potrebbero essere più facilitati nell'inserimento del mercato. Inoltre, le economie, a fronte di una carenza di manodopera, rispondono aumentando gradualmente il rapporto capitale/prodotto e, una maggiore aspettativa di vita, induce maggiori risparmi durante la vita lavorativa, stimolando così l'attività di investimento. Infine,

<sup>75</sup> Il livello al quale la popolazione rimane costante, tenendo conto del tasso di mortalità e di altri fattori.

con una salute migliore e una maggiore aspettativa di vita ci si può aspettare che le persone riescano a lavorare più a lungo, richiedendo così meno risorse pubbliche<sup>76</sup>.

Tuttavia, nell'area dell'euro, l'invecchiamento comincerà a cambiare radicalmente l'ambiente economico. Infatti, la popolazione attiva nel 2017 era di 222 milioni, ma questa è destinata a diminuire a 219 milioni entro il 2028. Inoltre, l'età media di lavoro aumenterà e tale sviluppo, senza precedenti, avrà un impatto negativo sulla crescita dei paesi.

Andando ad osservare i dati degli ultimi anni, nell'area dell'euro, la crescita della produttività del lavoro è stata in media vicina all'1,0% nel periodo compreso tra il 2001 e il 2017. In seguito, la crescita della popolazione in età lavorativa è stata dello 0,3% annuo. Guardando al futuro, la popolazione in età lavorativa dovrebbe diminuire dello 0,2% annuo. Pertanto, una visione ottimistica sull'invecchiamento implicherebbe che questo freno alla crescita potenziale sarebbe compensato dall'adozione di politiche attive (ad esempio l'aumento dell'età pensionabile o l'attuazione di politiche a favore della crescita che promuovono l'adozione di nuove tecnologie e investimenti in capitale umano). Tuttavia, il problema del calo della produttività potrebbe rimanere. Tale conclusione è condivisa anche dalla BCE che simula in un modello macro e riscontra effetti negativi a lungo termine sulla crescita del PIL pro capite e, a causa della relativa carenza di manodopera, un aumento del rapporto capitale/lavoro. Inoltre, secondo le stime del Fondo monetario internazionale, l'invecchiamento della forza lavoro, nell'area dell'euro, ha ridotto la crescita della produttività totale dei fattori di circa lo 0,1% ogni anno negli ultimi due decenni e, ridurrà di circa lo 0,2% fino al 2035.

Nel contesto analizzato, il passaggio dalla copertura statale a quella privata, come conseguenza del cambiamento demografico, favorisce sempre di più l'intervento delle assicurazioni, sia nei mercati sviluppati che emergenti. L'Asia, ad esempio, rappresenta un'interessante opportunità di accumulazione, a causa del loro basso livello di copertura pensionistica e di protezione e del basso tasso di penetrazione delle assicurazioni in generale.

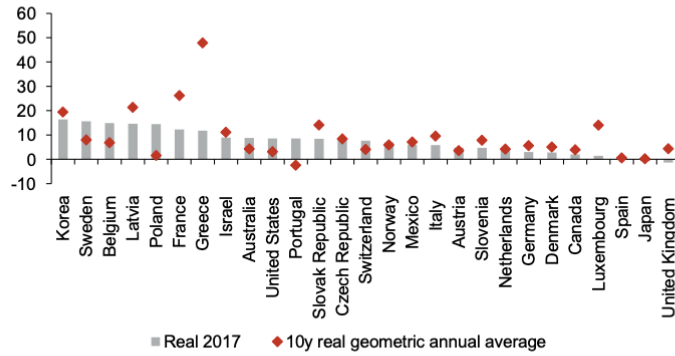
Inoltre, è possibile distinguere le principali conseguenze e opportunità del processo di invecchiamento per il mercato assicurativo, in base a due pilastri principali: pensioni e sanità.

Sul versante delle pensioni, i mercati privati stanno crescendo al livello globale, ma, tuttavia, permangono enormi differenze tra le diverse aree geografiche. Nonostante i piani pensionistici siano generalmente incentivati dalle tasse da parte dei governi, in diversi paesi il mercato non è cresciuto secondo le aspettative (vedi Fig. 2.7). L'economia comportamentale ha dimostrato come le persone siano abituate a procrastinare il processo di risparmio poiché la pensione è vista come un futuro distante. Basandosi su un modello lineare generalizzato, i piani pensionistici sono in concorrenza con altri prodotti assicurativi sulla vita. La probabilità di risparmio tramite i piani pensionistici è negativamente correlata all'importo di assegni depositati in conti correnti bancari o anche nei tradizionali prodotti assicurativi sulla vita: uno dei motivi principali risiede nella maggiore flessibilità in termini, ad esempio, di prelievi di tali strumenti "più liquidi". Tale evidenza, valida in tutti i pesi dell'UE, è particolarmente forte per l'Italia.

---

<sup>76</sup> Bloom, Canning, Fink, *Implications of population ageing for economic growth*. Oxford Review of Economic Policy, Vol. 26, 2010, pp. 583-612.

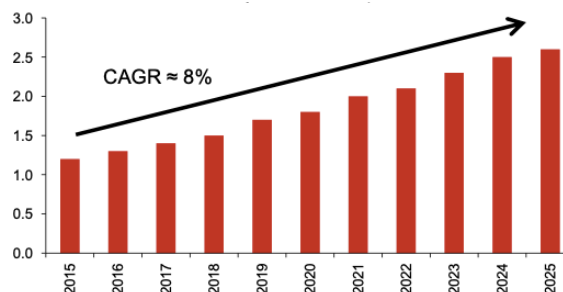
**Fig. 2.7 – Tasso di crescita annuo del patrimonio previdenziale nel 2017 e negli ultimi dieci anni, in percentuale**



Fonte: OCSE (2017)

Per quanto riguarda il settore sanitario, l’invecchiamento della popolazione nei paesi sviluppati ha creato la necessità di prodotti assicurativi su misura, soprattutto nel momento in cui ci siano meno risorse pubbliche da spendere per affrontare tali problemi. Questo risulta essere un incentivo interno per le compagnie di assicurazione a intervenire, considerando la prevista crescita del settore nei prossimi anni (vedi Fig. 2.8). Inoltre, considerando l’aspettativa di vita più lunga insieme all’aumento delle malattie non trasmissibili, come la demenza, e le minori risorse pubbliche, dovrebbe aumentare la necessità di stipulare polizze *lungavita*. Nonostante ciò, l’evidenza mostra bassi livelli di domanda privata, soprattutto nei paesi in cui l’età media è alta. In alcuni paesi dell’UE il mercato non è ancora decollato, mentre in altri, come gli Stati Uniti, il mercato è crollato. Tale situazione, dal lato dell’offerta, è dovuta a tariffe troppo elevate e fattori di rimborso poco “attraenti”. Dal lato della domanda, invece, le persone confidano nel fatto che lo Stato o la famiglia forniscano servizi di assistenza. Inoltre, l’azzardo morale può essere un ulteriore fattore (gli individui non acquistano la copertura perché sono preoccupati che i loro figli non si prendano cura di loro dal momento che i genitori sono assicurati).

**Fig. 2.8 – Crescita globale dei premi lordi nell’assicurazione sanitaria privata**



Fonte: McKinsey “Global Insurance pool” (2016)

Sul versante pensionistico, a causa del noto divario retributivo di genere, le donne hanno minori risorse da investire nei regimi pensionistici privati. Supponendo che la donna e l’uomo risparmiino la stessa percentuale del loro stipendio, la donna avrà comunque meno soldi al momento della pensione.

Per quanto riguarda la salute, invece, le donne tendono a vivere più a lungo, ma in uno stato di salute peggiore e, infatti, hanno maggiori probabilità di soffrire di una malattia cronica a partire dai 65 anni. Di conseguenza, le donne spendono più soldi per l'assistenza sanitaria rispetto agli uomini (il 7% in più negli Stati Uniti).

Per tutti questi motivi, dovrebbe essere data maggiore enfasi alla possibilità, per le donne, di usufruire delle tariffe unisex per le rendite.

In sintesi, l'invecchiamento della popolazione è una delle tendenze più dirompenti della società del ventunesimo secolo: sta colpendo quasi tutti i settori della società ad una velocità senza precedenti. In tale scenario, il ruolo del risparmio provato diventerà cruciale, poiché le riforme pensionistiche pubbliche aggravano i problemi di adeguatezza, mentre sul lato sanitario, l'invecchiamento mette a dura prova il sistema di assistenza formale di polizze lungavita.

Inoltre, come affermato precedentemente, sul versante delle pensioni i mercati privati stanno crescendo al livello globale. I mercati delle assicurazioni sanitarie private, invece, devono ancora decollare. Di fronte a tale scenario, le compagnie di assicurazione, in qualità di gestori patrimoniali, dovranno stimolare la domanda e rimodellare adeguatamente l'offerta attraverso una serie di azioni, andando a considerare il tema dell'invecchiamento:

- Durante la fase di accumulazione, le opportunità nasceranno dalla necessità di compensare rendimenti strutturalmente bassi attraverso asset di miglioramento del rendimento (reddito fisso, fondi immobiliari, Private Equity). Tali attività soddisferanno la crescente domanda generando commissioni più elevate;
- Durante la fase di decrescita, la sostituzione dei tradizionali prodotti vita (e garantiti) con prodotti *Unite Linked*<sup>77</sup> fa spazio a prodotti di risparmio gestito (come rendite e fondi comuni di investimento). Per conquistare questo mercato potenzialmente ampio, la maggior parte degli assicuratori ha acquistato forti strumenti di gestione patrimoniale;
- I mercati emergenti sono quelli che guideranno le future opportunità di investimento legate all'invecchiamento in quanto, guardando i dati del territorio, l'80% della popolazione mondiale con più di 60 anni vivrà nei mercati emergenti entro il 2050. In questo periodo storico, la maggior parte delle attività proviene dai mercati sviluppati, dove le obbligazioni tendono ad essere preferite. Nei mercati emergenti sono preferite soprattutto le azioni. Di conseguenza, quando le persone nate intorno agli anni Cinquanta andranno in pensione, ci sarà una graduale svendita di azioni e obbligazioni sui mercati sviluppati, aumentando così il peso relativo delle attività;
- Canada, Australia e Singapore, ad esempio, caratterizzate da dati demografici positivi, godranno di posizioni relativamente forti, che dovranno riflettersi sia nelle dinamiche di crescita più elevate sia nella performance degli asset;
- Infine, nel settore azionario, i sottosectori come farmaceutico, pensioni, risparmio e assicurazioni, beneficeranno dell'aumento strutturale della domanda, la quale sarà superiore alla crescita del PIL. In

---

<sup>77</sup> Sono forme di investimento, il cui rendimento è collegato a un'attività finanziaria sottostante.

particolare, il settore assicurativo diventerà sempre più attraente in seguito al suo *dividend yield* superiore alla media.

## 2.3 Il piano strategico nella gestione del rischio

Il termine *strategia* viene utilizzato per indicare un tipo di processo, composto da più fasi, riferito ad uno specifico posizionamento dell'azienda all'interno del suo specifico contesto di riferimento. Tale scenario è generalmente caratterizzato da un sistema di rischi e ha come scopo, attraverso un processo di allineamento dell'impresa all'ambiente esterno, la creazione di valore per i suoi principali stakeholder.

Il processo mediante il quale avviene la configurazione della strategia fa riferimento a due ordini di considerazioni: una legata agli input, al contesto e agli output del processo decisionale, l'altra mette in relazione strategia, gestione del rischio e creazione di valore.

Allo stesso tempo, la complessità dei contesti interni ed esterni all'impresa vede diffondersi elementi strategici di minore ampiezza e discontinuità, ma in grado di influire sui risultati aziendali e, a volte, anche sulle condizioni di equilibrio prospettico.

Inoltre, per affrontare i diversi problemi riguardanti le dimensioni rilevanti della strategia possono essere individuati differenti modelli ai quali possono essere ricondotte strategie reali delle imprese. I modelli più significativi individuati dalla dottrina economico-aziendale risultano essere<sup>78</sup>:

- La *Strategia imprenditoriale*. Questa viene formulata dal vertice della struttura organizzativa che controlla l'impresa ed impone la sua vision e la sua mission, legate al pensiero strategico. Questo tipo di strategia è il risultato di un processo psicologico-cognitivo sviluppato dal leader dell'azienda, basato sulle intuizioni e sull'esperienza. Tale leader dovrà comunicare la strategia decisa ai differenti membri dell'impresa e fare leva sulle sue capacità di comunicazione. Di conseguenza, tale strategia è caratterizzata da una complessità limitata e un alto grado di innovazione, unicità e discrezionalità;
- La *Strategia Pianificata*. Tale strategia viene decisa attraverso un processo organizzativo formalizzato che si avvale di tecniche e metodologie analitiche in modo tale da attuare un Piano strategico. Il processo che porta alla definizione della strategia presenta dei vantaggi nel momento in cui è possibile creare un ambiente organizzativo aperto alla comunicazione e alla collaborazione, in modo tale da raggiungere la condivisione degli obiettivi strategici da perseguire;
- La *Strategia a raggiera*. Questo tipo di strategia nasce da un processo in cui il Top Management definisce le linee guida ed i vincoli comportamentali delle unità strategiche nelle quali si articola la struttura organizzativa dell'impresa. Questo tipo di strategia è quello che risponde meglio alle esigenze delle aziende che si trovano ad operare in un mercato differenziato, dinamico e ad elevata competitività. In tale contesto le imprese devono essere altamente flessibili dal punto di vista strategico. Inoltre, il sistema di implementazione più adatto alle caratteristiche della Strategia a raggiera è il

---

<sup>78</sup> Selleri (2009).

*Management by Objectives* (MBO) il quale prevede la responsabilizzazione dell'impiego delle risorse sulla base di obiettivi che rispecchiano gli orientamenti strategici di fondo dell'impresa;

- La *Strategia emergente*. Tale strategia si forma in seguito all'attuazione di schemi di azione che riscuotono il consenso collettivo. In generale, intorno ad uno schema centrale vi è una convergenza di azioni di soggetti che nel corso della gestione apprendono l'uno dall'altro mediante un processo di apprendimento reciproco. Tali azioni, grazie al Top Management, potranno diventare la strategia dell'impresa. Nello specifico, la Strategia emergente è caratterizzata da un basso grado di complessità ed un elevato livello di unicità e innovazione. Questo tipo di strategia viene adottata in presenza di ambienti complessi e dinamici in cui, ad esempio, il livello di innovazione è particolarmente alto;
- La *Strategia ideologica*. Questo tipo di strategia si forma nella cultura dell'impresa, quindi deriva da una forte ideologia condivisa da tutti gli attori dell'organizzazione. Le caratteristiche di tale strategia sono l'elevato grado di controllo, dovuto al fatto che la forte ideologia guida i comportamenti dei componenti dell'organizzazione, e il basso grado di innovazione, legato al fatto che la visione collettiva condivisa risulta difficile da modificare. Altre caratteristiche risultano essere l'elevato grado di discrezionalità strategica e il basso grado di complessità;
- La *Strategia adattiva*. Le decisioni che portano alla formulazione di tale strategia si formano e si evolvono nel tempo. Il Top Management definisce la vision generale, considerata come punto di riferimento, e poi la comunica alle differenti unità strategiche all'interno della struttura organizzativa. Tale processo decisionale è altamente flessibile in quanto il Top Management può modificare nel tempo la visione strategica in modo tale da evolversi sulla base di un processo di apprendimento continuo. Allo stesso tempo, il livello di autonomia delle differenti unità è molto elevato;
- La *Strategia imposta*. In questo modello le decisioni strategiche sono imposte dall'ambiente esterno (ad esempio gli interventi del potere pubblico) e, di conseguenza, la discrezionalità del management è minima. Questo tipo di strategia ha un grado di accentramento elevato, un grado di discrezionalità nullo (nel caso in cui la strategia è fissata in modo deterministico da soggetti esterni) e un grado di razionalità basso. Nonostante ciò, il manager deve cercare di costituirsi un certo ambito di autonomia per affermare l'identità strategica dell'impresa;
- La *Strategia imitata*. Tale strategia si basa sulla decisione di copiare le strategie adottate dalle imprese concorrenti. La sua caratteristica è l'elevata rischiosità, nel caso in cui il mercato risulta essere competitivo e dinamico;
- La *Strategia politica*. Questa strategia è il risultato dei conflitti tra i diversi organi responsabili dell'impresa, di negoziazioni e di accordi di tipo politico tra gli stessi. Tale strategia è l'unica perseguibile nelle imprese che hanno una struttura molto complessa in cui vi è una scarsa coesione e un'alta conflittualità tra i diversi membri dell'organizzazione.

A questo punto è fondamentale definire il momento di insorgenza del rischio nell'ambito del processo decisionale, andando a distinguere tra la fase del concepimento e di elaborazione della strategia e quella della sua attuazione. Il processo decisionale, infatti, è un'attività molto complessa che va ad influenzare gli esiti

finali. Tutto ciò riguarda ogni fase, dalla formulazione delle ipotesi a quella di generazione del rischio (può avvalersi di un suo aggravamento in tutte le fasi successive di sviluppo e di attuazione della strategia stessa). In generale, si parla di *rischi diretti* nel momento in cui si fa riferimento ad evenienze che hanno degli effetti diretti sulle funzioni aziendali, andando a considerare gli impatti che tali rischi possono avere sulle combinazioni produttive.

La dottrina aziendalistica italiana scompone la visione del rischio in dimensioni differenti:

- L'esistenza di eventi che hanno degli effetti all'interno dell'azienda e la cui probabilità di manifestarsi è incerta;
- La possibilità che dalle manifestazioni di tali eventi possa essere arrecato un danno alla combinazione produttiva;
- L'impossibilità di valutare con sufficiente grado di approssimazione gli andamenti futuri dell'azienda.

In un'accezione più ampia si accoglie una visione del rischio nella sua dimensione speculativa e simmetrica, prendendo in considerazione sia le evenienze negative che positive, con i relativi effetti sulla realtà aziendale. Tale impostazione risulta essere la più corretta nel processo delle decisioni strategiche.

Il fenomeno del rischio può variare nel tempo nella sua entità e nella sua intensità a causa dei mutamenti delle condizioni ambientali e a causa dei cambiamenti delle condizioni interne dell'azienda. Per tale motivo, è fondamentale che un'impresa sia perfettamente in grado di adattarsi alle mutate circostanze, facendo quindi riferimento al suo grado di flessibilità (una delle doti strategiche più rilevanti). In tal senso bisogna considerare che l'impresa non solo viene influenzata da fattori esterni, ma è in grado a sua volta di influenzare l'ambiente esterno. Una volta acquisita tale consapevolezza, attraverso un comportamento attivo, sarà necessario trasformare in nuove opportunità quelle che possono apparire come minacce, andando a creare, sul mercato, delle "imperfezioni" che possono risolversi a suo favore<sup>79</sup>.

Per quanto riguarda la governance strategica, bisogna considerare due dimensioni fondamentali:

- La dimensione *imprenditoriale*, intesa come la capacità dell'azienda di proiettarsi nel futuro per individuare tutte le possibilità di crescita e sviluppo;
- La dimensione *manageriale*, intesa come la capacità tecnico-organizzativa volta a garantire che le combinazioni produttive siano conformi alle linee guida.

Tuttavia, spesso si possono concretizzare forme di disallineamento di vedute sulla percezione dei rischi legate anche ai differenti ruoli e sensibilità nei confronti dei diversi interessi in gioco.

Entrando nel merito dei diversi meccanismi di formazione delle decisioni, emergono in letteratura diverse visioni su come prenda forma una strategia e su quali aspetti è fondamentale far leva. Negli anni 50-60, con i primi contributi sulla pianificazione strategica, la visione era prettamente razionale, con elaborazioni basate il più possibile su elementi di analisi quantitativa. In seguito, nel corso degli anni '80, è emersa una visione incentrata sulle prospettive legate all'ambito settoriale, la quale è stata integrata negli anni '90 con un'attenzione maggiore alle competenze e alle risorse interne. Negli ultimi decenni la strategia si basa sulle

---

<sup>79</sup> Capaldo, *La programmazione aziendale* (1965).

potenzialità offerte dalla tecnologia e sulla crescente sensibilità sull’impatto sociale dell’impresa. Indipendentemente dalle diverse posizioni, il processo decisionale è caratterizzato da una razionalità limitata, basandosi su analisi il più oggettive possibili e tenendo conto di comportamenti e reazioni per lo più razionali da parte degli operatori coinvolti.

Proseguendo, nell’analisi del processo decisionale vi sono altri aspetti rilevanti che possono influenzare la pianificazione strategica, nonché la sua efficacia operativa. Ad esempio, un primo caso riguarda la *teoria dell’agenzia* la quale considera la relazione tra la proprietà (*principal*) e i manager della società (*agent*). Di conseguenza, chi gestisce l’azienda (il manager) detiene solamente una piccola frazione di capitale sociale dell’azienda stessa, andando a creare una distinzione fra gli azionisti, i quali possiedono la maggior parte del capitale proprio. La separazione tra proprietà e controllo comporta un azzardo morale in quanto i responsabili del controllo (gli agenti) possono fare in modo di massimizzare il proprio interesse anziché quello degli azionisti-proprietari. Inoltre, il processo strategico viene poi influenzato dalle logiche con cui viene vista la creazione di valore dell’impresa, anche in funzione del peso e del ruolo interpretato dalle diverse classi di stakeholder.

Dopo aver affrontato la strategia dal punto di vista del processo, si vanno a definire gli elementi costitutivi ricorrendo alla classificazione riportata da Mintzberg (vedi Fig. 2.9). Nell’ambito delle “cinque p”, queste non devono essere viste come un processo da seguire durante lo sviluppo della strategia, ma piuttosto come una varietà di punti di vista che dovrebbero essere considerati per sviluppare una strategia solida e di successo.

**Fig. 2.9 – Le “5 P” della strategia di comunicazione di Mintzberg**

<b>PLAN</b>	Una serie di linee guida su come affrontare le comunicazioni generali e particolari, sulla base di una previsione; formulazione di un corso d’azione, prima che l’azione venga intrapresa
<b>PLOY</b>	Una manovra comunicativa specifica e misurata, ma non pianificata, attuata per reagire a uno sviluppo specifico, ma impreveduto, il suo effetto e la sua rilevanza sono limitati nel tempo
<b>PATTERN</b>	Un modo coerente di comunicare derivato sia da precedenti azioni deliberate, sia da comportamenti comunicativi ripetuti inconsciamente nel tempo; la strategia trae il suo significato dalla ripetizione di decisioni e/o azioni specifiche, piuttosto che da piani precostituiti
<b>POSITION</b>	Una pratica comunicativa che nasce o è una risposta al contesto esterno, voluto o meno; la strategia è il risultato dell’organizzazione che cerca di far fronte al suo “esterno”
<b>PERSPECTIVE</b>	Un comportamento comunicativo inconscio e indiscusso, dove la strategia è per un’organizzazione ciò che la personalità è per un individuo; la strategia esiste solo nella mente di coloro che sono interessati

Fonte: Gulbrandsen T., “Towards a typology: The 5 Ps of strategic communication

Nello specifico, ci sono tre punti fondamentali nel processo di pianificazione strategica in cui risulta utile l’utilizzo delle cinque p:

- Nel momento in cui avviene la raccolta delle informazioni e l’analisi necessaria per lo sviluppo della strategia, in modo tale da essersi assicurati di aver considerato tutti gli elementi rilevanti;
- Nel momento in cui avviene la formulazione delle prime idee, in modo tale da verificare che queste siano realistiche e praticabili;
- Nel momento in cui avviene il controllo finale sulla strategia sviluppata, in modo tale da individuare eventuali incongruenze.



Nell'ambito delle cinque "p" tratteggiate da Mintzberg, verranno approfondite due di esse: *pattern*, inteso come schema di azioni da seguire e *position*, inteso come posizionamento che la strategia realizza nel collegamento tra ambiente interno ed esterno<sup>80</sup>.

Nel caso delle imprese assicurative, la struttura aziendale è molto complessa, caratterizzata da un assetto organizzativo e dei processi produttivi in cui le attività tecnico-specialistiche hanno una grande rilevanza. I processi strategici sono influenzati da due fattori: il perimetro ed i vincoli legati alle normative di vigilanza e il rischio, legato alle asimmetrie informative. Di conseguenza, la crescita è un bene solamente nel caso in cui è accompagnata da un'attenta selezione dei rischi assunti e da un'adeguata patrimonializzazione. Inoltre, i processi strategici sono costituiti da due profili differenti: uno di maggiore ampiezza in cui gli scenari sono caratterizzati da grande discontinuità e in cui viene modificato a fondo il posizionamento competitivo delle imprese; un ulteriore profilo è caratterizzato da una serie di decisioni che hanno ripercussioni anche in un orizzonte pluriennale, pur rientrando in un agire corrente delle imprese assicurative. In quest'ultimo caso, nel mercato della responsabilità civile auto, ad esempio, le decisioni assunte dai grandi competitor generano scelte di *pricing* di imitazione da parte dei concorrenti con effetti molto rilevanti sul conto economico delle imprese.

Dal punto di vista della struttura di *governance*, nel settore assicurativo, un certo numero di imprese di piccole e medie dimensioni, la proprietà, oltre ad essere concentrata, è maggiormente caratterizzata dalla figura imprenditoriale. Di conseguenza, la governance di tali imprese è caratterizzata da una prevalente diffusione manageriale, andando ad impattare la formazione e l'attuazione dei processi strategici. In tale scenario, l'attuale sfida strategica e manageriale è quella di saper sfruttare le opportunità offerte dai cicli assicurativi in modo tale da massimizzare il valore ritraibile dalle fasi positive e minimizzare gli effetti negativi.

A questo punto, l'organo di governo dell'impresa di assicurazione, dopo aver definito la *mission* (lo scopo dell'impresa per il quale essa esiste nell'ambiente ed opera sul mercato) e gli obiettivi a lungo termine, definito l'ambiente interno ed esterno, avvia un processo di formulazione delle strategie. In questo ambito, le decisioni vengono prese andando a considerare tre livelli differenti (vedi Fig. 2.10):

- Livello dell'intera impresa di assicurazione dove si decidono le Strategie Corporate;
- Livello di unità strategiche presenti nell'impresa in cui si decidono le Strategie di Business;
- Livello delle funzioni particolari in cui si definiscono le Strategie funzionali (Finanza, Marketing, Underwriting, Risorse Umane ed altre).

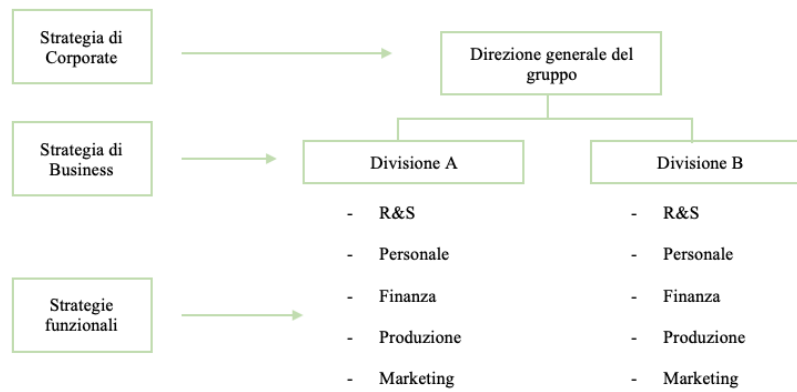
La Strategia Corporate è quella formulata dal Top Management. In tal caso, se l'impresa si identifica con una sola unità di business, tale strategia coincide con la Strategia di Business. Se nell'impresa ci saranno più unità strategiche, allora saranno individuate più Strategie di Business.

Inoltre, la Strategia di Corporate viene definita dopo aver individuato le differenti alternative strategiche, sulla base dei risultati ottenuti grazie all'analisi strategica. Tali risultati permettono normalmente di valutare sia *l'attrattività prospettica* del settore assicurato e sia *la posizione competitiva* dell'impresa.

---

<sup>80</sup> Bellucci (2015).

Fig. 2.10 – I livelli strategici



Fonte: elaborazione personale

Per quanto riguarda la Strategia Competitive, possono essere individuate:

- La *Strategia di leadership di costo*. In questo caso l'impresa di assicurazione mira ad assumere, a livello di ciascuna unità di business all'interno della sua struttura, una posizione competitiva caratterizzata da bassi costi nei confronti delle altre imprese di assicurazione concorrenti. Per realizzare il vantaggio dei bassi costi è necessario analizzare la catena del valore di ciascuna unità di business in modo tale da stabilire in quali attività intervenire per realizzare economie di costo e, successivamente, realizzare le competenze richieste per raggiungere tale risultato;
- La *Strategia di differenziazione*. L'impresa di assicurazione mira ad assumere, a livello di unità di business, una posizione competitiva grazie all'offerta di prodotti e servizi assicurativi differenti da quelli offerti dalle imprese concorrenti e percepiti dagli assicurati come prodotti di valore più elevato;
- La *Strategia di nicchia di basso costo*. Tale strategia opera su un mercato o su un numero limitato di segmenti di mercato. In questo caso, agli assicurati vengono offerti prodotti a prezzi più bassi di quelli delle imprese concorrenti, resi possibili dalle economie di costo realizzate dall'impresa;
- La *Strategia di nicchia basata sulla differenziazione*. Anche in questo caso, la strategia opera su un mercato o su un numero limitato di segmenti di mercato, assunti come target. In tal senso, la capacità dell'impresa è quella di saper offrire agli assicurati dei prodotti o dei servizi assicurativi in grado di soddisfare in modo mirato le loro specifiche esigenze.

Per quanto riguarda le diverse fasi del ciclo di vita del settore, ad ognuna di queste corrisponde una strategia specifica. Tale motivo risiede nel fatto che ciascuna fase persegue differenti obiettivi e mira al raggiungimento, alla difesa e allo sviluppo del vantaggio competitivo. In particolare, con riferimento alle differenti fasi del ciclo di vita del settore assicurativo possono essere individuate le seguenti strategie:

- Fase di avvio: *Strategia di attacco*;
- Fase di sviluppo: *Strategia di sviluppo*;
- Fase di maturità: *Strategia di difesa*;
- Fase di declino: *Strategia di uscita*.

Nella fase di avvio del ciclo di settore, l'impresa di assicurazione ha come obiettivo quello di raggiungere una quota di mercato tale da poter competere con le altre imprese. Di conseguenza, una tale strategia può

permettere all'impresa di raggiungere un importante traguardo. Tra le leve che possono essere utilizzate vi sono: la politica dei premi di penetrazione, i piani d'incentivi della rete distributiva, l'aumento della qualità del servizio all'assicurato, la comunicazione.

Nella fase di sviluppo, l'impresa ha come obiettivo quello di accrescere la quota di mercato, in modo tale da aumentare il proprio vantaggio competitivo e la creazione di valore. Solamente una Strategia di sviluppo può permettere di realizzare determinati obiettivi. In questo caso le leve utilizzabili sono: la politica di sviluppo dei prodotti, la politica aggressiva dei premi, l'utilizzo massiccio della comunicazione e l'utilizzo di piani particolarmente incentivanti per gli intermediari.

Nella fase di maturità l'obiettivo dell'impresa è quello di mantenere la quota di mercato raggiunta, di conseguenza il mantenimento del vantaggio competitivo e la creazione di valore aggiunta. Le leve utilizzabili risultano essere: la conferma della politica di premi perseguita, il mantenimento di adeguati investimenti nella comunicazione, l'adattamento dei piani di incentivi agli intermediari e il mantenimento di un adeguato livello di qualità nei servizi per gli assicurati.

Infine, nella fase di declino, l'obiettivo dell'impresa è quello di uscire dai segmenti di mercato non più attraenti e che causerebbero un peggioramento del vantaggio competitivo complessivo e una diminuzione della creazione di valore. In tal caso la Strategia di uscita risulta essere una scelta possibile.

Alla luce di tutte le strategie descritte, le imprese di assicurazione sono nate in modo differente e non operano ugualmente. Nel momento in cui bisogna scegliere una strategia da perseguire, è necessario considerare sia il settore che la posizione relativa dell'impresa nel settore stesso. Inoltre, il management deve scegliere sempre una strategia, differente rispetto a quella delle imprese concorrenti e adatta alla gestione in vista degli obiettivi da perseguire. Ne consegue che alla base di ogni strategia perseguita da un'impresa di assicurazione ci deve essere una piena consapevolezza del vantaggio competitivo da realizzare, facendo leva sulle proprie capacità e competenze, differenti rispetto alle imprese concorrenti<sup>81</sup>.

Attualmente, nella difficile situazione determinata dalla pandemia, l'IVASS intende rivolgere una particolare attenzione al contributo che il sistema assicurativo può dare alla ripresa economica del Paese. Per tale motivo sono stati individuati quattro obiettivi strategici per il triennio 2021-2023 con le relative linee d'azione (verranno illustrate solamente quelle più rilevanti)<sup>82</sup>:

- Rafforzare l'azione di vigilanza e di tutela dei clienti e dei servizi assicurativi attraverso:
  - Il consolidamento del sistema di vigilanza microprudenziale basato sul rischio, rafforzando i processi di supervisione e intensificando le attività di analisi in materia di governo aziendale, politiche di remunerazione, funzioni di controllo e sistemi informativi aziendali;
  - Lo sviluppo dell'azione di vigilanza macroprudenziale e la cooperazione con le altre Autorità, andando ad implementare metodologie di analisi e di supervisione del rischio sistemico;
  - L'aumento dell'efficacia nella gestione delle crisi, andando a migliorare le procedure di liquidazione coatta.

---

<sup>81</sup> Selleri (2009).

<sup>82</sup> IVASS, Piano strategico 2021-2023.

- Contribuire agli sviluppi normativi nazionali e internazionali anche al fine di far crescere l’apporto dell’industria assicurativa alla resilienza del sistema Paese e allo sviluppo economico sostenibile attraverso:
  - La sorveglianza dei lavori di sviluppo della disciplina assicurativa in ambito nazionale e internazionale, andando a supportare i lavori per la revisione del framework Solvency II;
  - La partecipazione attiva al dibattito sulle tematiche di protezione, sostenibilità, transizione verso un’economia verde e resilienza a rischi di tipi catastrofale.
- Favorire lo sviluppo digitale in un moderno sistema di tutela per i consumatori attraverso:
  - Il monitoraggio delle tematiche connesse all’*InsurTech*, il potenziamento delle analisi sullo sviluppo digitale e la valorizzazione delle informazioni disponibili, andando ad individuare incentivi di ricerca su temi connessi con l’Intelligenza Artificiale e andando ad incrementare il dialogo con gli operatori assicurativi e tecnologici.
- Valorizzare il capitale umano e innovare l’organizzazione in termini di flessibilità ed efficienza attraverso:
  - Investimenti in capitale umano, andando ad intensificare le forme di collaborazione con la Banca d’Italia e definendo un framework unitario finalizzato a promuovere le scelte professionali individuali;
  - Lo sviluppo di strumenti informatici per il monitoraggio dell’utilizzo delle risorse e delle attività, anche in una prospettiva di pianificazione e controllo di gestione, andando ad evolvere il sistema di controllo di gestione verso un modello orientato al monitoraggio sia dei costi che dei prodotti dell’azione istituzionale.

## 2.4 Fasi e strumenti per la valutazione dei rischi

La sopravvivenza di un’organizzazione dipende dalla sua capacità di anticipare e prepararsi al cambiamento, piuttosto che reagire ad esso quando inevitabilmente si verifica. Per tale motivo, è importante implementare un efficace processo di gestione del rischio per comprenderlo, monitorarlo e controllarlo al fine di migliorare gli obiettivi dell’organizzazione, rispettare le normative, migliorare la situazione finanziaria e definire gli obiettivi in modo più appropriato. Il processo di gestione del rischio è continuo e iterativo e consiste nell’identificare i rischi, analizzare gli impatti e le probabilità, tracciare e mitigare i rischi e assicurarsi che le informazioni e i rapporti vengano comunicati. In particolare, ci sono diversi approcci che sono stati suggeriti per la gestione del rischio come processo.

Ciascun processo contiene una serie di fasi interconnesse:

- Stabilire il contesto;
- Identificare il rischio;
- Analizzare il rischio;

- Monitorare e controllare il rischio.

Ognuno di questi processi verrà analizzato dettagliatamente, andando ad illustrare gli strumenti più appropriati, fondamentali per andare a supportare l'organizzazione e le persone responsabili della gestione del rischio a comprendere, anticipare e gestire al meglio i rischi. Tali strumenti sono sintetizzati nella Fig. 2.11.

Per quanto riguarda il processo relativo all'analisi del contesto, è fondamentale definire i criteri da utilizzare per valutare la significatività del rischio. Tali criteri dovrebbero riflettere i valori, gli obiettivi e le risorse dell'organizzazione, essere coerenti con la politica per la gestione del rischio ed essere poi riesaminati continuamente. Il contesto generale del rischio include l'ambiente esterno (ad esempio l'ambiente sociale, politico, finanziario, tecnologico, economico, naturale e competitivo) e interno (ad esempio le persone, i processi e la cultura aziendale). Nello specifico, la comprensione del contesto esterno ha il fine di assicurare che le finalità e le preoccupazioni dei portatori d'interesse esterni siano adeguatamente e correttamente considerati nello sviluppo dei criteri di rischio. La comprensione del contesto interno fa riferimento a qualsiasi elemento, all'interno della stessa organizzazione, che possa influenzare il modo in cui un'organizzazione intende gestire il rischio. La definizione del contesto consente di cogliere gli obiettivi dell'organizzazione, l'ambiente in cui essa persegue tali obiettivi, i relativi portatori d'interesse e le diversità dei criteri del rischio. Inoltre, è fondamentale identificare tutte le parti che potrebbero essere influenzate dai risultati delle decisioni prese dal management. Nello specifico, le parti interessate sono persone e organizzazioni che influenzano una determinata decisione o un'attività. Conoscere tutte le parti interessate è importante per l'identificazione dei requisiti.

Gi strumenti di rappresentazione dei processi e di modellazione funzionale vengono spesso utilizzati per aiutare un'organizzazione a comprendere il proprio contesto. Tali strumenti, inoltre, possono essere utilizzati per descrivere cosa fa il processo o la funzione, cosa li controlla, quali mezzi vengono utilizzati per svolgere determinate funzioni e cosa producono. Un ulteriore strumento tipico di questo processo sono i diagrammi di rete, i quali comprendono il metodo del percorso critico<sup>83</sup> e la tecnica di valutazione e revisione del programma. Un diagramma di rete è un modo grafico per visualizzare le attività, le dipendenze e il percorso critico di un progetto in cui le caselle o i nodi vengono utilizzati per rappresentare le attività e le dipendenze, mentre le linee illustrano il collegamento con le caselle. Infine, le reti di attività generalizzate sono utilizzate per modellare il processo di sviluppo di un prodotto o servizio che aiuta a stabilire il contesto generale del lavoro. Nello specifico, lo strumento delle reti di attività generalizzate è particolarmente utile per piccoli progetti che richiedono test e validazione.

---

<sup>83</sup> Una tecnica, basata su un algoritmo, che permette di identificare le attività necessarie al completamento di un progetto, utilizzata spesso nella ricerca operativa.

**Fig. 2.11 – Strumenti a supporto della gestione del rischio**

PROCESSO	STRUMENTI
Stabilire il contesto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rappresentazione dei processi aziendali</li> <li>• Rappresentazione funzionale</li> <li>• Diagrammi di rete</li> <li>• Reti di attività generalizzate</li> </ul>
Identificare il rischio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagramma di influenza</li> <li>• Diagramma di causa ed effetto</li> <li>• Modalità di guasto e analisi degli effetti</li> <li>• Analisi dell'albero dei guasti</li> </ul>
Analizzare il rischio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi SWOT</li> <li>• Tabella di analisi del rischio</li> <li>• Valutazione probabilistica del rischio</li> <li>• Analisi del processo decisionale a criteri multipli</li> </ul>
Monitorare e controllare il rischio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grafico di controllo del rischio</li> <li>• Audit di rischio</li> <li>• Analisi della varianza e dell'andamento</li> </ul>

Fonte: Cormican K., *Integrated Enterprise Risk Management: From process to Best Practice. Modern Economy (2014)*

Il secondo processo è quello inerente all'identificazione del rischio, essenziale per una gestione efficace, andando ad evidenziare le fonti di rischio, gli eventi, le cause e i potenziali effetti degli avvenimenti che possono avere un impatto sui fattori critici di successo e sul raggiungimento degli obiettivi. Nel momento in cui viene identificato un rischio, il decisore diventa consapevole di eventi specifici che possono causare incertezza o che possono andare ad influenzare l'organizzazione. Il principio centrale dell'identificazione del rischio è riconoscere le incertezze future e saperle gestire, attraverso la realizzazione di un elenco completo dei rischi, evitando di tralasciare eventi che necessariamente non verrebbero considerati. L'analisi sistematica del processo è un approccio utile in cui ogni fase e attività viene scomposta e analizzata in base agli input, output e operazioni che hanno luogo durante ciascuna fase, andando a facilitare l'identificazione dei potenziali rischi. Il vantaggio di tale approccio è che i processi vengono analizzati a fondo e i rischi sono allineati ad attività e processi specifici.

Lo strumento del diagramma di influenza offre in modo semplice, visivo e intuitivo di identificare e visualizzare decisioni, incertezze e obiettivi e come tali elementi si influenzano tra loro. I diagrammi di causa ed effetto, invece, vengono utilizzati per identificare i fattori dominanti che possono contribuire al rischio come ad esempio, determinati metodi utilizzati, i dati e i macchinari. Un ulteriore strumento utilizzato in questa fase è l'analisi degli effetti e la modalità di guasto, un metodo sistematico che permette di analizzare un processo per identificare dove e come potrebbe fallire. In sintesi, tale strumento permette di rispondere alle seguenti domande: Cosa potrebbe andare storto? Perché si potrebbe verificare quel rischio o il fallimento? Quali sarebbero le conseguenze di ciascun rischio o fallimento?

L'analisi dell'albero dei guasti è un ulteriore strumento, basato su un modello visivo e semplice da utilizzare, permettendo così agli utenti di poter rappresentare sistemi complessi in modo comprensibile, riuscendo così a identificare i rischi.

Per quanto riguarda il processo di analisi del rischio, questo risulta essere il punto centrale della gestione. In generale, tale analisi riguarda la stima di eventi invisibili e probabilistici. Le probabilità sono sconosciute e l'analisi del rischio viene utilizzata per stimare la probabilità di accadimento. Gli strumenti utilizzati possono variare da un'organizzazione all'altra in base alla strategia, agli obiettivi e ai traguardi. Al fine di analizzare il

rischio, le sue caratteristiche devono essere adeguatamente documentate attraverso l'uso sistematico delle informazioni per identificare le fonti, stimare le conseguenze e la probabilità che si verifichino tali rischi. Questo processo mira a determinare le possibili cause e le probabili conseguenze del rischio, pertanto è indispensabile misurare l'entità della perdita potenziale e la probabilità che tale perdita si verifichi. A questo punto viene determinata l'accettabilità del rischio e si valutano le azioni che possono essere intraprese per renderlo più accettabile, cercando di dare priorità ai rischi in termini di gravità e livello di influenza.

Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati, l'analisi di SWOT (analizza i punti di forza, debolezza, opportunità e minacce) è utilizzata in molte aziende come parte dell'analisi del rischio in quanto permette di determinare quali sono i rischi cui è soggetta l'organizzazione e le opportunità, andando a misurare la significatività di tali rischi e tali opportunità in modo tale da poter stabilire un piano d'azione. Un altro strumento fondamentale è la tabella di analisi del rischio, uno strumento semplice, ma efficace, che permette di valutare il valore della probabilità che un determinato evento si verifichi e il valore del suo impatto (vedi Fig. 2.12). La valutazione probabilistica del rischio è emersa come uno strumento di analisi sempre più diffuso negli ultimi anni. Si tratta di una metodologia completa utilizzata per valutare i rischi associati a operazioni o prodotti complessi di grandi dimensioni, andando a adottare un approccio di analisi del ciclo di vita. Qui vengono analizzate fasi o aspetti, come ad esempio la definizione del concetto, attraverso la progettazione e la produzione fino alle fasi di sviluppo di fine vita. Infine, le tecniche di analisi del processo decisionale con criteri multipli utilizzano criteri predefiniti e ponderazioni associate per ciascun criterio in modo tale da aiutare i responsabili delle decisioni a valutare sistematicamente un rischio.

Fig. 2.11 – Esempio di tabella di analisi del rischio

Attività	Probabilità di occorrenza			Entità del danno		
	Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Alto
<b>Strategica</b>						
Nuovi concorrenti		√			√	
Domanda dei clienti ridotta	√			√		
Scarso rapporto con il fornitore		√				√
Perdita di proprietà intellettuale		√			√	
<b>Operativa</b>						
Errori operativi			√	√		
Fallimento delle utenze	√					√
Violazione della sicurezza	√					√
Danni alle apparecchiature				√	√	
<b>Finanziaria</b>						
Recessione economica			√		√	
Fluttuazione dei tassi di interesse	√					√
Inadempienze del credito			√			√
Flusso di cassa scarso	√					√

Fonte: Cormican K., *Integrated Enterprise Risk Management: From process to Best Practice. Modern Economy* (2014)

Il monitoraggio è il processo attraverso il quale viene tenuta traccia dei rischi identificati, garantendo che i piani d'azione siano implementati e valutando l'efficacia delle risposte. Le attività di monitoraggio e riesame servono ad assicurare l'efficacia e l'efficienza dei controlli, garantire il flusso delle informazioni necessarie per l'analisi del rischio, analizzare gli eventi, rilevare i cambiamenti nel contesto che possono influenzare il livello di rischio e richiedere eventuali revisioni dei trattamenti e delle priorità. Inoltre, il monitoraggio e la

misurazione includono la valutazione sulla diffusione della cultura del rischio, delle performance e della preparazione dell'organizzazione. Tale processo è continuo ed è caratterizzato da sistemi e operazioni appropriati. Il quadro di Simons<sup>84</sup> identifica cinque controlli che dovrebbero essere utilizzati per gestire il rischio:

- Controlli diagnostici. Questi sono controlli di problem solving che consentono ai dipendenti di accertarsi se delle azioni specifiche sono state completate con successo;
- Controlli di confine. Tali controlli vincolano le attività dei dipendenti, chiarendo quali azioni sono inaccettabili;
- Controllo delle convinzioni. Questi sono controlli che si basano sulle culture e i principi delle organizzazioni che dovrebbero guidare l'azione;
- Controlli interni. Tali controlli garantiscono l'applicazione di politiche, procedure e regole;
- Leve per il controllo e la gestione del rischio. Questi controlli assicurano che l'organizzazione stia implementando le strategie di gestione del rischio.

Le decisioni in materia di controllo sono dinamiche e quindi devono essere continuamente rivalutate. Il grafico di controllo del rischio è un modello specifico che viene utilizzato per controllare e monitorare le attività o gli strumenti del progetto. L'Audit di rischio, invece, può essere utilizzato per valutare l'efficacia delle azioni, nonché l'efficacia dei processi utilizzati. Infine, l'analisi della varianza e dell'andamento può essere utilizzata anche per monitorare le prestazioni dei processi<sup>85</sup>.

Nel settore assicurativo il concetto di valutazione dei rischi è strettamente legato all'esposizione al rischio di una compagnia di assicurazione. Quest'ultima identifica delle perdite considerate "ideali", quali:

- Un ampio gruppo di elementi simili esposti allo stesso pericolo. Un pool assicurativo necessita di un numero considerevole di singole unità in modo tale da ottenere un'accuratezza predittiva, un vantaggio statistico della legge dei grandi numeri. Una compagnia di assicurazione, affinché voglia ottenere successo, deve ridurre il rischio prevedendo entro un intervallo accettabile sia la frequenza media che la gravità media delle perdite. Una previsione accurata è possibile quando il numero di esposizioni assicurate è molto elevato. Inoltre, le unità di esposizione nel pool assicurativo devono essere simili in modo da poter calcolare un premio equo. Ad esempio, i danni da incendio arrecati alle case in muratura, di norma, saranno inferiori a quelli subiti dalle case in legno. Di conseguenza, sarebbe ingiusto addebitare a ciascun assicurato la stessa tariffa del premio in base alle perdite combinate del pool;
- Perdite accidentali. In generale, le perdite intenzionali sono contrarie all'ordine pubblico, pertanto, un sistema assicurativo, non pagherà per le perdite causate deliberatamente da un assicurato. Di conseguenza, affinché un sistema assicurativo funzioni con successo, le perdite che paga devono essere accidentali e al di fuori del controllo dell'assicurato;

---

<sup>84</sup> Simons R., *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy Text and Cases* (2000).

<sup>85</sup> Cormican (2014).



- Perdite definitive in grado di causare difficoltà economiche. Affinché un sistema assicurativo possa pagare la perdita di un individuo, questa deve essere verificabile e definitiva. In caso contrario, risulterebbe molto indesiderabile un contenzioso giudiziario per verificare se una perdita sia effettivamente avvenuta o meno. Inoltre, è fondamentale che i danni assicurati siano misurabili e, inoltre, l'assicurazione funziona con maggiore successo quando il potenziale danno causato da un pericolo è abbastanza grave da causare difficoltà economiche (assicurare oggetti poco costosi, soprattutto se le perdite sono frequenti, comporterebbe oneri di premio pari o superiori al danno potenziale);
- La probabilità estremamente bassa che una perdita catastrofica<sup>86</sup> colpisca un pool assicurativo. Per perdita catastrofica, in termini di esposizione, si intende una perdita potenziale imprevedibile e in grado di produrre un importo straordinariamente elevato di danni rispetto alle attività detenute nel pool assicurativo. Ad esempio, le perdite catastrofiche dovute a disastri naturali hanno due caratteristiche generali: un impatto geografico limitato e non sono prevedibili con precisione.

Le attività di gestione del rischio devono verificarsi prima, durante e dopo le eventuali perdite. La maggior parte dei piani d'azione vengono attuati prima che una perdita si verifichi. Le perdite che riguardano i disastri naturali richiedono dei piani d'azione anche nel momento in cui si verificano le perdite. Dopo la perdita, il gestore del rischio deve andare ad analizzare i vari reclami assicurativi e le perdite che si sono verificate.

Nel contesto analizzato il Risk Manager è il Responsabile Aziendale che assicura la gestione integrata

Il processo di Risk Management è costituito dai seguenti passaggi:

- Identificazione e misurazione delle potenziali perdite;
- Scelta del metodo più efficiente per controllare e finanziare le esposizioni legate alle perdite;
- Monitoraggio dei risultati.

Tuttavia, è fondamentale specificare che prima che si verifichi una perdita, la misurazione è solamente una stima, ma non è detto che questa rifletta accuratamente l'effettivo ammontare dei danni o l'effettiva esposizione alla perdita.

Per quanto riguarda il primo passaggio, è possibile distinguere l'inizio di una perdita in quattro distinte classi:

- Perdite immobiliari dirette. In questo caso i gestori del rischio possono organizzare delle interviste con dei dipendenti competenti, come ad esempio il manager della produzione o un informatore, in modo tale da identificare dei cambiamenti significativi nelle proprietà immobiliari. Esistono diversi strumenti che permettono di identificare potenziali perdite immobiliari. Ad esempio, le liste di controllo possono essere utilizzate per identificare e valutare le potenziali perdite immobiliari;
- Perdite di reddito e spese aggiuntive in seguito ad una perdita di proprietà. Il processo inizia con una revisione del reddito atteso in circostanze normali e, in seguito, viene eseguita una seconda stima del reddito post-svalutazione. La differenza è la potenziale perdita di reddito a seguito di una perdita

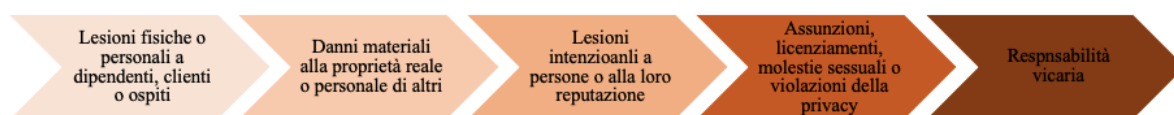
---

<sup>86</sup> Una perdita catastrofica è una perdita straordinariamente ampia rispetto alla quantità di proprietà o al numero di unità di esposizione in un pool assicurativo.

diretta. Il gestore del rischio, di solito, considera il fatto che ogni perdita diretta di proprietà ha il potenziale per causare una perdita indiretta di reddito;

- Perdite derivanti da azioni legali (perdite di responsabilità). Le perdite di responsabilità derivano da tre fonti (vedi Fig. 2.12). In primo luogo, un'organizzazione responsabile di aver ferito in modo negligente qualcuno deve risarcire i danni legali concessi da un tribunale alla parte lesa. In secondo luogo, bisogna considerare il costo di una difesa legale. Infatti, una difesa può risultare costosa anche nel momento in cui il tribunale ritiene che le affermazioni della "vittima" siano infondate o false. Infine, la terza fonte derivante da una potenziale responsabilità legale risulta essere il costo della prevenzione delle perdite;
- Perdite causate da morte, invalidità o una pensione non programmata. Se un'azienda perde un dipendente in seguito a pensionamento, dimissioni, morte o invalidità non pianificate, l'effetto può essere percepito come una perdita di reddito. Il costo di una sostituzione potrebbe dare all'impresa una stima del valore della sua esposizione alla perdita.

**Fig. 2.12 – Fonti tipiche di perdita di responsabilità**



Fonte: Dorfman M., *Introduction to Risk Management and Insurance*, Prentice Hall, 1998

Per quanto riguarda il secondo passaggio, le attività di controllo delle perdite sono progettate per ridurre i costi delle perdite e includono i seguenti strumenti di gestione:

- Prevenzione del rischio. A volte, il modo migliore per affrontare un'esposizione alla perdita consiste nell'evitare<sup>87</sup> tutte le possibilità che la perdita si verifichi. Tuttavia, alcuni rischi sono inevitabili. Ad esempio, il rischio di fallimento, il rischio di un'azione legale e il rischio di morte prematura non possono essere evitati dalle imprese o dai privati;
- Prevenzione delle perdite. Finché i benefici superano i costi, la prevenzione delle perdite dovrebbe essere utilizzata per trattare le esposizioni. Esiste uno stretto legame tra prevenzione dei danni e premi assicurativi in cui tanto è più efficace la prevenzione dei sinistri e tanto più sono bassi i premi assicurativi;
- Riduzione delle perdite. Le attività di riduzione delle perdite mirano a ridurre al minimo l'impatto delle perdite. Quando la gravità della perdita è elevata e quando questa non può essere evitata, vengono prese in considerazione appropriate attività di riduzione della perdita. Come nel caso della prevenzione, gli sforzi di riduzione di tali perdite possono essere sostenuti solamente nel caso in cui il risparmio generato supera il costo dello sforzo.

<sup>87</sup> Evitare il rischio significa che la possibilità di perdita è stata eliminata.

Per quanto riguarda il terzo passaggio, il monitoraggio dei risultati, i risultati effettivi dei piani devono essere misurati rispetto agli obiettivi originari. Inoltre, il gestore del rischio deve accertarsi che sia stata presa una decisione in merito a ciascuna potenziale fonte di perdita identificata, comprese le perdite dirette o indirette alla proprietà, le perdite di responsabilità e le perdite legate alle condizioni dei dipendenti. Nel momento in cui dovesse verificarsi una perdita, l'azienda potrebbe decidere di rivedere determinate decisioni oppure rivederle man mano che le circostanze mutano<sup>88</sup>.

---

<sup>88</sup> Dorfman (1998).

## CAPITOLO 3: IL CASO GENERALI

### 3.1 Introduzione

Generali è uno dei principali player globali all'interno del settore assicurativo e dell'asset manager. La compagnia nasce nel 1831 ed è presente in 50 Paesi, registrando nel 2019 una raccolta premi complessiva superiore a 69 miliardi di euro.

L'obiettivo di Generali è quello di essere *life-time partner* per i clienti, offrendo soluzioni innovative e personalizzate grazie a una rete distributiva senza uguali.

Dal punto di vista della Governance, Generali adotta un Sistema di Controllo Interno e di Gestione dei Rischi (SCIGR), costituito da un insieme di regole, procedure e strutture aziendali, andando a mantenere un controllo sulle decisioni strategiche complessive e una gestione ponderata per ciascuna Società del Gruppo. Tale sistema coinvolge l'intera struttura organizzativa e stabilisce i principi fondamentali e i requisiti minimi di processo per identificare, misurare, gestire, controllare e riportare i rischi attuali e prospettici che potrebbero derivare dalle attività svolte dal Gruppo Generali. Inoltre, la Politica del Gruppo trova fondamento nel framework regolamentare Solvency II, analizzato nel Capitolo 1.

Nello specifico, l'impianto di gestione dei rischi è strutturato sulle seguenti fasi del processo:

- Identificazione dei rischi;
- Misurazione dei rischi;
- Gestione e monitoraggio dei rischi;
- Reporting sui rischi (inclusa la valutazione ORSA<sup>89</sup>).

Inoltre, il Sistema di Controllo Interno e Gestione dei Rischi è strutturato su tre linee di difesa (Fig. 3.1):

- I responsabili delle aree operative (*risk owner*) devono assicurare la corretta gestione dei rischi in relazione alle attività svolte, andando a garantire l'attuazione delle Politiche in materia di controlli interni e gestione dei rischi. Inoltre, i ruoli e le responsabilità di ciascuna unità organizzativa sono approvati dal Consiglio;
- Le funzioni del *risk management*, *compliance*, *anti financial crime* e *actuarial* rappresentano la seconda linea di difesa e garantiscono il monitoraggio continuo dei rischi più significativi. Le funzioni di controllo sono costituite in forma di specifiche unità organizzative e riportano direttamente al Consiglio;
- Il *group internal audit* è la terza linea di difesa e garantisce il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del Sistema di Controllo Interno e di Gestione dei Rischi. Il responsabile di tale funzione non dipende gerarchicamente da alcun responsabile di aree operative e risponde direttamente al Consiglio.

---

<sup>89</sup> Own Risk and Solvency Assessment, l'insieme dei processi e procedure finalizzate all'identificazione, misurazione, monitoraggio, gestione e informativa dei rischi.

Fig. 3.1 – Le tre linee di difesa del Sistema di Controllo Interno e di Gestione dei Rischi



Fonte: <https://www.generali.com/it/governance/internal-control-risk-management>

Per quanto riguarda la Mappa dei rischi del Gruppo è fondamentale illustrare i principali rischi legati all'attività assicurativa<sup>90</sup>:

- I *rischi sottoscrivibili vita*, legati ai segmenti vita e salute, ulteriormente distinti in:
  - Il *rischio di mortalità*, definito come il rischio di perdita o di cambiamenti sfavorevoli nel valore delle passività assicurative derivanti da variazioni dei tassi di mortalità (un aumento del tasso di mortalità comporta un aumento nel valore delle passività assicurative);
  - Il *rischio di longevità e di morbilità*, derivante da variazioni dei tassi di disabilità, malattia, morbilità e dei tassi di riattivazione;
  - Il *rischio di riscatto*, definito come il rischio di perdita o di cambiamenti sfavorevoli nel valore delle passività assicurative;
  - Il *rischio spese*, derivante all'incertezza legata ai costi sostenuti in relazione ai contratti di assicurazione o di riassicurazione;
  - Il *rischio malattia*, riferito a variazioni nelle prestazioni malattia (include anche il rischio collegato a eventi catastrofici).
- I *rischi sottoscrivibili danni*, legati al segmento non vita, ulteriormente distinti in:
  - I *rischi di tariffazione e catastrofici*, derivanti dalla possibilità che i premi non siano sufficienti per coprire i futuri sinistri;
  - I *rischi di riservazione*, legati all'incertezza delle riserve sinistri<sup>91</sup>;
  - Il *rischio di riscatto non vita*, legato all'incertezza degli utili.
- I *rischi emergenti* sono derivanti da rischi nuovi o futuri, spesso difficili da identificare e quantificare. Tali rischi sono legati ai cambiamenti climatici e tecnologici, alla digitalizzazione, agli sviluppi geopolitici e ai cambiamenti demografici e sociali;

<sup>90</sup> Non verranno analizzati i rischi già illustrati nel Capitolo 1, al paragrafo "Classificazione dei rischi".

<sup>91</sup> Viene considerato un orizzonte temporale di un anno.

- I *rischi di sostenibilità* sono correlati a un evento o una condizione di tipo ambientale, sociale o di governance (ESG) che, nel momento in cui dovesse verificarsi, potrebbe provocare un impatto negativo sul valore dell'investimento o delle passività.

Andando ad analizzare nello specifico i rischi di sostenibilità, è possibile ricorrere all'analisi di materialità, la quale permette di mettere a fuoco le priorità legate a fattori ESG. Nel 2019, Generali ha evoluto la sua matrice di materialità, concentrandosi sull'identificazione di *megatrend*, ovvero grandi trasformazioni legate a fattori sociali, ambientali e di governance. Tale matrice, in seguito alla pandemia di COVID-19, è stata confermata con delle modifiche limitate.

Per quanto riguarda la matrice di materialità, è necessario soffermarsi sui vari megatrend e le caratteristiche di ognuno (vedi Fig. 3.2):

- *Megatrend fascia 1.* In questa fascia vengono individuati i megatrend materiali su cui si focalizzano le iniziative strategiche comuni. Ad esempio, per quanto riguarda le pandemie e gli eventi estremi, la concentrazione demografica e le carenze nei meccanismi di protezione della popolazione stanno aumentando i rischi connessi a eventi estremi (terremoti, tsunami, pandemie, gravi emergenze sanitarie e altre catastrofi provocate dall'uomo). Per tale motivo, Generali si impegna a rafforzare i sistemi di prevenzione, preparazione e risposta ad eventi estremi in modo tale da aumentare la resilienza delle comunità colpite. Per quanto riguarda la problematica legata all'invecchiamento demografico (analizzata nel Capitolo 2), l'aumento dell'aspettativa di vita e la riduzione dei tassi di natalità possono compromettere la sostenibilità finanziaria dei sistemi di protezione sociale con un incremento degli oneri di assistenza a carico della popolazione in età lavorativa;
- *Megatrend fascia 2.* In questa fascia vengono raggruppati i megatrend di notevole rilevanza, caratterizzati da specifiche unità e funzioni. Ad esempio, l'instabilità geopolitica e finanziaria comporta un aumento delle tensioni tra Stati e un aggravamento del protezionismo, andando a causare un peggioramento delle condizioni macroeconomiche e, di conseguenza, un abbassamento dei tassi di interesse. Inoltre, un ulteriore megatrend riguarda la trasparenza delle imprese e la capacità di creare valore, fondamentale per permettere agli investitori e agli stakeholder di avere più informazioni possibili di ciascuna realtà aziendale;
- *Megatrend fascia 3.* In questa fascia vengono raggruppati i megatrend da monitorare che risultano di rilevanza minore in relazione agli altri fattori analizzati. Ad esempio, il megatrend che riguarda i fenomeni migratori e la maggiore mobilità internazionale tendono ad aumentare la diversità culturale e, di conseguenza, trasformano le preferenze e il mercato dei consumatori. Inoltre, il megatrend legato alla fruizione non mediata di informazioni evidenzia come i social media e le piattaforme web stiano prendendo il posto delle fonti tradizionali di informazione, andando così ad impattare sul controllo dell'attendibilità delle informazioni stesse.

Fig. 3.2 – Matrice di materialità Generali



Fonte: <https://www.generali.com/it/our-responsibilities/responsible-business/materiality-analysis>

Andando ad analizzare i rischi emergenti, Generali adotta tempestivamente approcci e metodologie per identificare e gestire correttamente tali rischi. Inoltre, Generali, grazie al contributo degli esperti nel Gruppo, pubblica “The Emerging Risks Booklet”, con l’obiettivo di aumentare la consapevolezza sulle tematiche precedentemente illustrate, in modo tale da affrontare le loro evoluzioni future.

Nel tempo, nuovi operatori di mercato provenienti da altri mercati, hanno iniziato a vendere prodotti assicurativi ai propri clienti, mettendo in pericolo il tradizionale modello di relazione con i clienti. Ad esempio, le aziende *InsurTech* e *FinTech* possono beneficiare sia di un capitale solido e sia di un’elevata disponibilità di big data, utili per raggiungere una maggiore efficienza e ottimizzare l’offerta. L’impatto sul settore assicurativo non è stato immediato, anche a causa della regolamentazione e delle competenze specifiche necessarie che caratterizzano l’intero settore finanziario. Tuttavia, gli assicuratori tradizionali dovrebbero tenere in considerazione lo sviluppo delle nuove tecnologie e la possibilità di sviluppare partnership con diversi attori.

In tale scenario, i pilastri strategici individuati risultano essere:

- L’aumento della crescita sostenibile (aumentare i ricavi danni e mantenere i ricavi tecnici migliori della categoria);
- *The Enhance Earnings Profile* (ridistribuire il capitale per iniziative di crescita redditizia);
- *Lead Innovation* (aumentare il valore del cliente attraverso il modello di consulenza *Lifetime Partner*).

Dopo aver illustrato i principali obiettivi strategici, le azioni di gestione da perseguire sono:

- Stabilire un approccio sulla base di un canale unico;
- Sfruttare le nuove capacità dei big data per offrire servizi a valore aggiunto attraverso ecosistemi digitali;
- Ridurre i costi attraverso la digitalizzazione, l’automazione dei processi principali e le piattaforme condivise;
- Raccogliere, analizzare ed estrarre valori dai dati dei clienti fornendo valore aggiunto;
- Sviluppare un motore di innovazione potente e sostenibile per supportare la crescita futura.

Come si è visto, con l’esperienza del COVID-19, le pandemie possono avere un impatto devastante sulle economie e, in particolare, su specifici settori di attività. Tale situazione deve essere supportata da innovazioni

mediche, cambiamenti nel sistema sanitario e preparazione generale delle autorità. Inoltre, i ritardi dello screening medico hanno portato a un numero maggiore di diagnosi tardive, comportando così un aumento delle malattie a lungo termine.

In questo scenario, gli assicuratori sono chiamati ad offrire una copertura e assistenza per supportare le emergenze, nonostante sia difficile sostenere il rapido aumento della domanda dei clienti, considerando le difficoltà operative che colpiscono anche il settore finanziario. In tal caso, le azioni di gestione da perseguire sono:

- Cogliere le opportunità di crescita offerte dal gap di tutela della salute grazie alla posizione di leadership di Generali nei mercati chiave;
- Premiare il comportamento sano dei clienti, contrastando i fattori chiave delle malattie;
- Espandere la proposta di soluzione ESG.

In sintesi, Generali considera tre aspetti fondamentali per la gestione dei rischi emergenti: le azioni principali, i soggetti coinvolti e le modalità di esecuzione del lavoro. Il primo aspetto consiste nell'analisi dell'ambiente esterno attraverso una scansione rigorosa del contesto politico, economico, sociale, tecnologico, giuridico e ambientale in modo tale da identificare e valutare i rischi emergenti che potrebbero incidere nel tempo sul profilo di rischio di Generali. Il secondo aspetto comprende il processo di *Emerging Risk* (ER), guidato dalla Funzione *Group Risk Management* (coinvolge tutte le unità di business del Gruppo e le principali funzioni aziendali). Infine, il terzo aspetto consiste in un processo in cui, per ogni rischio emergente, viene assegnato un livello di preoccupazione in base alla vulnerabilità percepita. Inoltre, sono individuate le relative azioni strategiche e i diversi studi di mercato rilevanti.

## 3.2 Intervista

In materia di gestione del rischio è stata condotta un'intervista che ha visto come protagonista Emidio D'Onofrio, liquidatore sinistri presso Generali Italia S.p.A. Nello specifico, le tematiche affrontate riguardano il processo di valutazione del rischio e i problemi di asimmetria informativa, con particolare riferimento alle frodi assicurative. Inoltre, nel corso dell'intervista, sono stati illustrati esempi di polizze, strettamente connesse con il rischio, ed esempi di frodi assicurative.

Le prime questioni da tenere in considerazione sono i criteri di assunzione e di gestione del rischio. Nello specifico, la prima fase risulta essere quella valutativa la quale consiste in un'indagine conoscitiva del rischio, spesso attuata in loco dal cliente. Quest'ultimo può richiedere una consulenza e, in presenza di un assuntore tecnico industriale della direzione, viene effettuata una stima di massima attraverso un sopralluogo presso una ditta. Uno strumento fondamentale è la compilazione del questionario tramite il quale viene fatta una valutazione di tutti i possibili rischi legati a quella specifica attività. A questo punto, gli ispettori, dopo aver configurato e misurato il rischio, valutano se acquisirlo o meno. In seguito alla fase valutativa, svolta dalla direzione, si passa ad una fase successiva, l'emissione della polizza, la quale va a tutelare i possibili rischi. Successivamente, il processo prevede una fase dinamica, effettuata ex post, in cui viene calcolato il rapporto



tra sinistri e premi. Nello specifico, nel corso degli anni viene fatta una valutazione ex post tra i premi incassati e sinistri pagati e, se tale rapporto dovesse presentare una discrepanza e, quindi, il totale dei sinistri pagati supera significativamente i premi incassati, la società può effettuare due valutazioni: la prima consiste nello storno del contratto, in seguito al rapporto tra sinistri e premi insostenibile, mentre la seconda valutazione consiste nella rideterminazione e stima del costo della polizza la quale, certamente, richiederà un maggiore esborso da parte del cliente. Tali dinamiche sono accompagnate da un monitoraggio continuo in cui, in base all'andamento della polizza, viene fatta una stima sulla fattibilità e sul mantenimento delle coperture esistenti a quel determinato prezzo. Alla luce di quanto riportato, all'interno di una polizza è fondamentale che ci sia un rapporto di equilibrio tra i premi incassati e i sinistri pagati, in modo tale da mantenere l'equilibrio gestionale all'interno delle compagnie e impedire che vengano intaccate le quote di riserva<sup>92</sup>.

In una polizza possono essere previsti degli scoperti o delle franchigie e quindi degli strumenti che facilitano una scontistica nell'assunzione del premio in quanto generano una maggiore flessibilità del prezzo. Nello specifico la franchigia è un importo fisso che viene sottratto dalla somma da risarcire. L'intervistato illustra come esempio un cliente che subisce un incendio, il quale arreca un danno di diecimila euro. A questo punto, se nel contratto era prevista una franchigia di cinquecento euro, allora nel pagamento dell'indennizzo (dopo che il danno viene quantificato correttamente) verranno sottratti i cinquecento euro della franchigia ai diecimila euro di danni. Lo scoperto, invece, è un importo in percentuale applicato alla somma da risarcire. Di conseguenza, l'assicurato avrà sempre un minimo di risarcimento.

Per quanto riguarda le problematiche in materia di gestione del rischio, è possibile considerare il caso di un'assicurazione RC Auto. In tal caso, le valutazioni possono essere svolte andando a considerare la circolazione dei mezzi, la casistica legata al numero di sinistri (responsabilità civile auto) e i rischi relativi ad altre tipologie di copertura sulle auto, quali furto, incendio ed eventi atmosferici. Nel periodo storico attuale, caratterizzato da una forte presenza di eventi catastrofici (ad esempio alluvioni o grandine) e da particolari eventi sociopolitici, l'incidenza sul costo della polizza è divenuto sempre più rilevante<sup>93</sup>.

Come affermato precedentemente, è di fondamentale importanza mantenere un giusto equilibrio tra un premio equo e giusto e il rischio da assumere, andando a verificare l'effettiva sostenibilità di quest'ultimo in termini di valutazione ponderata. La discrepanza di tale rapporto rischia di minare l'esistenza delle compagnie di assicurazione e il loro mantenimento. Inoltre, per quanto riguarda la correlazione tra premio e rischio, il calcolo del premio prende in considerazione una serie di parametri di valutazione. Ad esempio, i fattori da considerare possono essere legati al comportamento della persona assicurata o a determinati eventi, endogeni o esogeni. Per tale motivo, è necessario effettuare un'indagine conoscitiva, eseguita da un tecnico e da un operatore commerciale (ad esempio un agente). Nello specifico, il consulente commerciale ha una conoscenza, sul territorio, del cliente con particolare riferimento al profilo, ai comportamenti e allo storico (ad esempio le polizze che sono state effettuate nel corso degli anni, andando ad osservare eventuali comportamenti anomali).

---

<sup>92</sup> Le compagnie assicurative devono sempre avere delle riserve in modo tale da poter sostenere il pagamento dei sinistri.

<sup>93</sup> In seguito alle ingenti somme di risarcimento delle compagnie di assicurazione.

Il tecnico industriale, invece, effettua una valutazione tecnica sulla base di un questionario<sup>94</sup>(presente nel sistema informatico di un'agenzia) che mira a raccogliere il maggior numero di informazioni inerenti sia all'attività svolta e sia la maggior conoscenza di possibili rischi che possono essere collegati all'esercizio di tale attività. A questo punto, il tecnico, in collaborazione con la direzione, sulla base delle informazioni ottenute, arriva ad una stima di costo della polizza. L'operatore commerciale, quindi, promuove l'iniziativa di tale processo per poi monitorarlo nelle varie fasi e arriva al processo finale in cui ritorna dal cliente con l'offerta. Tanto più il rischio è complesso e tanto più il procedimento di formulazione dell'offerta richiede un tempo maggiore.

In merito alla gestione del rischio, degli ostacoli rilevanti sono legati al problema delle asimmetrie informative, nello specifico le frodi assicurative. Ad esempio, nell'ambito dei sinistri stradali è possibile considerare la dinamica di un tamponamento. In tal caso, uno dei problemi più frequenti riguarda le parti coinvolte le quali tendono a fornire ricostruzioni sulla dinamica non in linea tra loro, andando a coinvolgere dei "falsi testimoni". Ad oggi, attraverso le compagnie di assicurazioni, nello specifico utilizzando delle banche dati, è possibile individuare se il nome di un testimone è apparso numerose volte nei casi di incidenti stradali. In generale, tali individui vengono definiti testimoni "professionali" e possono rappresentare un problema in quanto, in caso di sinistro stradale e in mancanza di un accertamento da parte della Pubblica Autorità, la maggior parte delle dinamiche viene valutata sulla base di eventuali testimoni. Tale situazione, con riferimento ai testimoni "professionali", rientra sicuramente nel fenomeno delle frodi assicurative. Queste ultime, pertanto, consistono in comportamenti scorretti che vanno ad alterare il rapporto tra sinistri e premi illustrato precedentemente.

Sempre nell'ambito dei sinistri stradali, uno strumento tecnologico particolarmente rilevante è il satellite. Quest'ultimo può prevedere una scontistica del premio nel caso in cui un individuo si comporti in modo corretto. Il satellitare permette di monitorare il comportamento del cliente e, di conseguenza, non è solamente uno strumento investigativo che riduce il numero di frodi, ma piuttosto è un sistema di studio del comportamento del conducente che permette alla compagnia di assicurazione di monitorare la circolazione stradale, andando così a formulare tariffe più eque.

Nel caso di una polizza malattia, per limitare il problema delle frodi, il cliente deve compilare un questionario in cui viene effettuata una narrazione in merito a malattie precedenti. Nonostante ciò, l'assicurato può omettere delle informazioni personali molto rilevanti in modo tale da ottenere un premio più basso. Tali comportamenti scorretti, inoltre, possono verificarsi in quanto, se non vi è una situazione di integrità, la compagnia potrebbe decidere di non assicurare l'individuo in questione oppure potrebbe decidere di assicurarlo, ma con una serie di scoperture riguardanti la parte interessata.

L'intervistato afferma che in passato le frodi assicurative venivano gestite senza un'attività organizzata, mentre oggi le compagnie assicurative non si limitano a combatterle, ma soprattutto detengono tutti gli strumenti necessari che permettono di prevenirle e prevederle (attraverso lo sviluppo di nuovi sistemi

---

<sup>94</sup> Il questionario può riguardare il settore di responsabilità civile.

informatici). Inoltre, una volta che vengono raccolti tutti i dati, è necessario saperli collegare tra loro, attraverso appositi strumenti (ad esempio tramite Analytics). Un esempio di archivio tecnologico è il sistema di Archivio Integrato Antifrode (AIA) il quale prevede una connessione con diverse banche dati (ad esempio, banca dati sinistri, anagrafe testimoni e anagrafe danneggiati dall'IVASS).

Ad oggi, l'antifrode non lavora solamente sui singoli sinistri, ma piuttosto cerca di costruire una visione collettiva e, sulla base di sistemi algoritmici è possibile ricostruire dei fenomeni molto più velocemente. Di conseguenza, grazie ai nuovi sistemi informatici è possibile ridurre il costo dei premi (grazie al rapporto più equo tra sinistri e premi) in quanto le compagnie di assicurazione sono meno soggette al pagamento di frodi e, grazie all'aumento delle denunce, è stato possibile realizzare un sistema più efficiente che possa arrecare un vantaggio a livello collettivo.

Infine, nel corso degli ultimi anni, sono emerse due questioni particolarmente rilevanti. La prima riguarda lo sviluppo della pandemia di COVID-19, mentre la seconda affronta il problema delle calamità naturali. Nello specifico, questi eventi catastrofici stanno avendo un impatto sulla realtà non soltanto sull'ambiente, ma anche sulle attività commerciali. Ad esempio, negli ultimi due anni la pandemia ha determinato la chiusura di numerose attività, a causa delle restrizioni imposte dal Governo. In questo scenario le compagnie di assicurazione hanno introdotto dei prodotti più mirati in modo tale da garantire una maggiore copertura agli assicurati e favorire la ripresa delle attività commerciali.

### 3.3 Esperienza formativa

Durante il periodo estivo ho svolto un tirocinio formativo presso l'agenzia Generali di Chieti. Prevalentemente mi sono occupata di attività di back office (inserimento dei dati negli archivi elettronici, acquisire documenti e informazioni, utilizzo del personal computer e attività di lavoro d'ufficio), ma ho anche assistito a spiegazioni, tra agente assicurativo e clienti, di prodotti assicurativi.

Un prodotto assicurativo che ho trovato particolarmente interessante è la polizza "ATTIVA arti & mestieri" la quale si impegna a proteggere gli assicurati, sia gli artigiani che le piccole imprese, da eventi dannosi che possono impattare sulle attività e sugli investimenti (vedi Fig. 3.3). Tali polizze, nel corso degli anni, sono state perfezionate sempre di più e possono prevedere sia una copertura *All Risks*<sup>95</sup> che una copertura *Rischi Nominati*<sup>96</sup>, quindi si tratta di un prodotto che offre una multigaranzia in quanto è rivolta a chi gestisce una propria attività o a chi desidera proteggere un fabbricato. A questo punto la polizza prevede sia la copertura della struttura del fabbricato (ad esempio la copertura da incendio) e sia altre coperture multigaranzia che possono riguardare, ad esempio, il furto, la polizza di responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori di lavoro fino ad arrivare alla copertura di protezione legale (servizio di consulenza legale telefonica e rimborso spese vertenze legali), alla copertura di eventi catastrofici e di assistenza. Un'ulteriore copertura che può essere

---

<sup>95</sup> Sono assicurati tutti i possibili rischi esclusi quelli espressamente elencati nelle condizioni del contratto.

<sup>96</sup> Sono assicurati i rischi espressamente elencati nelle condizioni del contratto. Tale polizza è divenuta sempre più diffusa in quanto permette di ridurre i costi.

inserita è quella derivante da un danno di interruzione dell'esercizio (tale danno comporta un'interruzione di guadagno) in cui, per ogni giorno di chiusura dell'attività, viene rimborsato il professionista.

Inoltre, è prevista una polizza di responsabilità civile dei prodotti in cui è possibile assicurare anche il prodotto venduto e, se l'acquirente dovesse riscontrare dei vizi nel prodotto<sup>97</sup> acquistato, la compagnia di assicurazione si impegna a risarcire il consumatore per i danni subiti. Nello specifico è assicurata la Responsabilità Civile derivante dal difetto dei prodotti per i quali l'assicurato riveste in Italia la qualifica di fabbricante dopo la loro consegna a terzi, per distruzione o deterioramento di beni e morte o danni fisici. Inoltre, è possibile aggiungere delle estensioni a:

- Danni ai prodotti fabbricati da terzi in tutto o in parte con i prodotti assicurati;
- Danni che si verificano in USA, Canada e/o Messico, a seguito di esportazioni da parte di terzi non note e non autorizzate in questi Paesi.

Nel contesto analizzato è possibile considerare anche una polizza sanitaria *All Risks* la quale copre sia il ricovero ospedaliero che un intervento ambulatoriale o una singola prestazione. Una polizza *Rischio Nominato*, invece, potrebbe coprire solo determinate malattie.

Fig. 3.3 – Polizza “ATTIVA arti & mestieri”

<b>PROTEZIONE</b> per dare sempre continuità al business	All'avanguardia per le garanzie più innovative e complete sul mercato, in grado di proteggere a 360 gradi i capitali investiti
<b>MODULARITÀ</b> per scegliere in base alle proprie esigenze	All'avanguardia per la sua flessibilità nella combinazione delle garanzie attivabili
<b>SERVIZIO</b> per un pronto intervento da esperti	All'avanguardia per un sostegno costante grazie una serie di servizi già inclusi, attivabili secondo necessità 365 gg l'anno/h24

Fonte: Generali Italia, “ATTIVA arti & mestieri”, 2021

Un ulteriore servizio tipico di tali polizze è il *disaster recovery*, un servizio di pronto intervento aziendale che prevede un team di specialisti che affiancano gli esperti di Generali (coloro che effettuano una valutazione di stima dei danni) per un'esperienza volta a un veloce ripristino del fabbricato. Ad esempio, in caso di incendio all'interno di un'azienda, tale gruppo di specialisti interviene immediatamente dopo un sinistro e compie tutte quelle operazioni necessarie per bonificare i locali e permettere la ripresa dell'attività nel minor tempo possibile. Inoltre, l'intervento di tale squadra è già previsto nel contratto stesso della polizza e consiste nell'offrire un ulteriore elemento di garanzia nel momento in cui un imprenditore deve affrontare un imprevisto.

Rimanendo nel campo dell'assistenza, un assicurato può scegliere tra tre formule crescenti di servizi a disposizione in caso di necessità, per ricevere supporto in modo tempestivo:

<sup>97</sup> Tale prodotto può anche riguardare un pasto consumato in un ristorante.

- *Basic*. Tale formula prevede l'intervento in caso di necessità di persone esperte e include servizi specifici quali: pronto intervento per danni d'acqua, fornitura temporanea di energia elettrica e invio di un sorvegliante medico;
- *Comfort*. Oltre ai servizi previsti nella formula *Basic*, tale opzione offre assistenza digitale e consulenza telefonica;
- *Top*. Tale formula aggiunge all'opzione *Comfort* sia assistenza stradale che medica. La prima prevede di fornire soluzioni pronte al personale in trasferta alla guida e prevede servizi per risolvere imprevisti con il veicolo o per incidenti più seri. La seconda è dedicata alla tutela del personale in trasferta in caso di un infortunio o di una malattia e può prevedere anche una consulenza medica e altri servizi.

Infine, un'iniziativa di Generali è il progetto "Protezione Solidale". Tale iniziativa consiste nel sostenere la ricostruzione nelle zone colpite dai terremoti, alluvioni, inondazioni o bombe d'acqua. Di conseguenza, per ogni nuova protezione assicurativa per i danni da catastrofi naturali (ad esempio terremoti o alluvioni), Generali Italia effettua una donazione. Un assicurato, nel momento in cui sceglie di effettuare questo tipo di polizza, contribuisce ad aiutare le vittime di catastrofi naturali.

Nella Fig. 3.4 è possibile osservare un esempio di pacchetto assicurativo della polizza "ATTIVA Arti & Mestieri" in cui viene scelta la formula *Basic* e i vari eventi assicurati, andando ad includere anche il servizio *disaster recovery*.

**Fig. 3.4 – Esempio di un pacchetto assicurativo**



Fonte: Generali Italia, "ATTIVA Arti & Mestieri", 2021

## CONCLUSIONE

Uno dei principali limiti del modello di *Enterprise Risk Management* è l'impossibilità di comprendere tutte le dimensioni nell'ambito della gestione integrata del rischio e, allo stesso tempo, le difficoltà che le imprese hanno nell'implementare tali modelli. Di conseguenza, per evitare di incorrere in una situazione in cui le aziende adottano diversi modelli di ERM, si potrebbe pensare di introdurre un sistema organico di linee guida che siano in grado di combinare norme già esistenti. Tale iniziativa permetterebbe di ridurre l'incertezza in materia di gestione integrata del rischio, evitando così la diffusione di linee guida disomogenee tra loro. Inoltre, dal momento che non esistono normative dettagliate nel settore assicurativo, nonostante sia stata istituita la direttiva Solvency II, gli assicuratori dovrebbero seguire gli standard internazionali di gestione del rischio e di controllo interno.

Le compagnie di assicurazione, nell'ambito della gestione del rischio, devono spesso far fronte a problemi di asimmetrie informative in quanto non è sempre possibile monitorare il comportamento dei singoli clienti. Le compagnie, per far fronte a tale problematica, tendono a suddividere gli assicurati in classi di rischio in modo tale da prevenire il verificarsi di determinati eventi. Attraverso tale classificazione è possibile fissare un premio equo in cui le categorie di individui esposte maggiormente al rischio devono far fronte ad una polizza più costosa. Inoltre, rimanendo nell'ambito delle asimmetrie informative, le compagnie di assicurazione non solo riescono a combattere tali fenomeni, ma, grazie ai nuovi sistemi informatici, come ad esempio il sistema di Archivio Integrato Antifrode (AIA) che prevede una connessione con diverse banche dati, riescono a prevenirle e prevederle. Grazie a tali sistemi è possibile bilanciare sempre di più il rapporto tra sinistri e premi.

Negli ultimi tempi, con l'esperienza del COVID-19, è stato possibile notare come eventi di tale entità riescano ad avere un impatto devastante sulle economie e come siano in grado di individuare tutte le debolezze delle aziende e la loro avversità al cambiamento. In tale scenario gli assicuratori sono chiamati ad offrire copertura, assistenza e pacchetti personalizzati per ogni singolo cliente, in modo tale da favorire la ripresa delle attività commerciali, nonostante sia molto difficile sostenere il rapido aumento della domanda. Inoltre, considerando un Paese come l'Italia, caratterizzato da un elevato invecchiamento della popolazione, le riforme pensionistiche pubbliche aggravano i problemi di adeguatezza, mentre sul lato sanitario, l'invecchiamento mette a dura prova il sistema di assistenza formale di polizze lungavita.

Infine, le compagnie di assicurazione non hanno solamente il potenziale di creare delle garanzie per ridurre al minimo i rischi per i clienti, ma anche per investire nella sostenibilità. Di conseguenza, l'implementazione delle relazioni con i clienti e la gestione dei rischi reputazionali sono la base per uno sviluppo sostenibile nelle compagnie assicurative. Nel momento in cui vengono adottati nuovi approcci per la gestione del rischio e viene realizzata una struttura flessibile, allora le compagnie saranno in grado di rispondere rapidamente alle nuove esigenze del mercato.

## BIBLIOGRAFIA

Asia Insurance Review, *Insurance and the role of the Chief Risk Officer*, 2005.

Baccetti N., *Sul sinistro nell'assicurazione contro i danni*, Torino, Giappichelli, 2013.

Bellucci A., *Strategia, gestione del rischio e creazione di valore nelle imprese assicurative*, Torino, Giappichelli, 2015.

Brogi M., Cappiello A., Lagasio V., Santoboni F., *Determinants of insurance companies' environmental, social, and governance awareness*, Wiley, 2022.

Cormican K., *Integrated Enterprise Risk Management: From process to Best Practice. Modern Economy*, 5, 401-4013, 2014.

Dallas M., *Management of Risk: Guidance for Practitioners and the international standard on risk management, ISO 31000: 2009*, The Stationery Office, 2013.

Di Porto F., *Concorrenza e mercato. Antitrust, regulation, consumer welfare, intellectual property*, Giuffrè, 2017.

Dorfman M., *Introduction to Risk Management and Insurance*, Prentice Hall, 1998.

Eling M., Pankoke D., *Risk Management and Insurance Review*, vol. 19, 2016.

Ewald F., *Insurance and Risk*, in Graham Burchell, Colin Gordon & Peter Miller, eds., *The Foucault Effect*, Chicago, 1991.

Gatzert N., Reichel P., Zitzmann A., *Sustainability risks & opportunities in the insurance industry*, Springer, 2020.

Giampaolino C., *Trattato di diritto commerciale, Sezione 3, vol. 3: Le assicurazioni: l'impresa, i contratti*, Torino, Giappichelli, 2013.

Khovrak I., *ESG-driven approach to managing insurance companies' sustainable development*, 2020.

Kiedrowska M., Szczepankiewicz E., *Internal Control in the Concept of Integrated Enterprise Risk Management (ERM) System in Insurance Undertakings*, 2011.

Miani S., Dreassi A., Lembo M., *I prodotti assicurativi*, Torino, Giappichelli, 2017.

Mishkin, Frederic S., Eakins, Stanley G., Beccalli E., *Istituzioni e mercati finanziari*, Pearson, 2019.

Pitacco E., *ERM and QRM in Life Insurance*, Springer, 2020.

Porrini D., *Frodi nell'assicurazione RC Auto: analisi economica e possibili rimedi*, 2002.

Schwarcz D., Schwarcz S., *The University of Chicago Law Review, Regulating Systemic Risk in Insurance*, 2014.

Selleri L., *Strategie e marketing dell'impresa di assicurazione*, Milano, EDUCatt, 2009.

Zagaria C., *L'Enterprise Risk Management: gestione integrate del rischio, profili di comunicazione ed evidenze empiriche*, Torino, Giappichelli, 2017.



## SITOGRAFIA

[https://www.anra.it/c\\_id/1903](https://www.anra.it/c_id/1903)

<https://www.general.com/it/info/discovering-general/all/2019/The-impact-of-ageing-on-the-economic-system>

<https://www.general.com/it/governance/internal-control-risk-management>

<https://www.general.com/it/our-responsibilities/responsible-business/materiality-analysis>

<https://www.tidona.com/stress-test-eiopa-le-imprese-assicurative-europee-sono-solide-e-resilienti/>

## APPENDICE

Domande somministrate all'intervistato:

1. Quali sono gli strumenti di gestione del rischio?
2. Qual è la correlazione tra premio e rischio? Potrebbe fornire degli esempi in merito a questo?
3. In generale, come può essere affrontato il problema delle frodi assicurative? Potrebbe far riferimento ai sinistri stradali?
4. Quali sono gli strumenti tecnologici che permettono di ridurre le frodi assicurative?
5. Quali sono stati, sempre in materia di frodi assicurative, i grandi cambiamenti negli ultimi anni?