
UNIVERSITÀ DI GENOVA
SCUOLA DI SCIENZE SOCIALI
DIPARTIMENTO DI ECONOMIA



Tesi di laurea magistrale in
Principi Contabili Internazionali

**Il nuovo standard
internazionale IFRS 17
nei bilanci delle
imprese assicurative**

Relatore: Alberto Quagli

Candidato: Marta Staiolo

Anno accademico 2022-2023

INDICE

CAPITOLO I

Il settore assicurativo

- 1.1 L'assicurazione
- 1.2 La coassicurazione e la riassicurazione
- 1.3 Ramo Vita e ramo Danni
- 1.4 Il posizionamento del settore assicurativo
- 1.5 La normativa
- 1.6 Il bilancio assicurativo: tratti principali

CAPITOLO II

IFRS 17: una rivoluzione della contabilità nel settore assicurativo

- 2.1 Verso un nuovo principio: da IFRS 4 a IFRS 17
- 2.2 IFRS 17: le novità più importanti
- 2.3 Ambito di applicazione
- 2.4 La rilevazione dei contratti assicurativi
- 2.5 La valutazione dei contratti assicurativi
 - 2.5.1. PAA – “*Premium Allocation Approach*”
 - 2.5.2. BBA – “*Building Block Approach*”
 - 2.5.3. VFA – “*Variable Fee Approach*”

CAPITOLO III

IFRS 17: i principali impatti sul bilancio assicurativo

- 3.1 Impatto potenziale su Stato Patrimoniale
- 3.2 Impatto potenziale su Conto Economico
- 3.3 Impatto potenziale su Nota Integrativa
- 3.4 La prima applicazione

3.5 Un cenno a Solvency II

3.6 Due binari paralleli: IFRS 17 e Solvency II

CAPITOLO IV

IFRS 17: verso l'applicazione

4.1 I principali gruppi assicurativi italiani

4.2 Differenti prospettive per l'adozione di IFRS 17

4.3 La transizione a IFRS 17 del Gruppo Poste Vita

CONCLUSIONI

ABSTRACT

Le finalità del seguente elaborato sono l'inquadratura del settore assicurativo e della contabilità delle imprese assicurative, la sintesi delle novità più importanti del nuovo standard internazionale IFRS 17 "Contratti assicurativi", analizzando i metodi di valutazione introdotti e gli impatti più rilevanti sul bilancio assicurativo, e infine il focus sulle differenti prospettive dei principali gruppi assicurativi italiani relativamente alla transizione a IFRS 17.

Il metodo di lavoro utilizzato si riassume in una ricerca approfondita di contenuti inerenti alla materia oggetto di tesi attraverso molteplici fonti digitali e scritte, una rielaborazione delle stesse ed integrazione mediante contributi personali, ricercando, infine, un'aggregazione armoniosa dei diversi temi trattati.

Il percorso prende avvio con l'inquadratura generica del settore assicurativo, considerando l'attività assicurativa, riassicurativa e coassicurativa, definendo il contratto assicurativo, e distinguendo i diversi rami assicurativi, in particolare il "ramo danni" e il "ramo vita"; prosegue con la descrizione del posizionamento del settore assicurativo a livello internazionale, europeo ed italiano e poi con la trattazione della normativa vigente in materia di contabilità delle imprese assicurative. A conclusione della prima parte del percorso, si evidenziano i tratti principali di un bilancio assicurativo, focalizzando, pertanto, l'attenzione sul concetto di riserve tecniche e investimenti.

La seconda sezione rappresenta il "cuore" dell'elaborato in quanto affronta il tema del nuovo principio contabile internazionale IFRS 17 "Contratti assicurativi" adottato dalla Commissione Europea (CE) il 19 novembre 2021 con il Regolamento (UE) 2021/2036 con prima applicazione al più tardi a partire dal 1° gennaio 2023.

Partendo dalla considerazione delle principali criticità riscontrabili in tema di contabilità delle imprese assicurative con l'applicazione del predecessore IFRS 4 "Contratti assicurativi", che ha permesso il proliferare di una miriade di differenti approcci e politiche contabili comportando una generalizzata mancanza di comparabilità, viene analizzato l'obiettivo perseguito dallo IASB nella formulazione del nuovo standard contabile internazionale, quale la definizione di un corpo di regole che individui univocamente le fasi di riconoscimento, aggregazione, valutazione e rappresentazione dei

contratti assicurativi; obiettivo, peraltro, che ha comportato un complesso ed esteso processo di realizzazione, descritto nel dettaglio.

Il percorso procede, quindi, con l'analisi dei principi cardine introdotti da IFRS 17 evidenziando l'ambito di applicazione, il momento di rilevazione dei contratti assicurativi ed i relativi metodi di valutazione, quali il "Premium Allocation Approach", il "Building Block Approach" ed il "Variable Fee Approach".

La tappa successiva è l'inquadratura dei principali impatti di IFRS 17 sugli schemi del bilancio assicurativo, quali Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa, aprendo una parentesi relativamente ai diversi approcci utilizzabili nella prima applicazione del nuovo standard contabile internazionale. In questa sede, per completezza, viene affrontata la Direttiva Solvency II parallelamente con IFRS 17.

Giungendo al capitolo finale del presente elaborato, si riprende il discorso relativamente al settore assicurativo individuando i principali gruppi assicurativi italiani e le relative performance. In ottemperanza al comunicato congiunto di Banca d'Italia, CONSOB e IVASS del 27 ottobre 2022 in materia di informativa da fornire nel bilancio 2022 circa la transizione a IFRS 17 al fine di adempiere a quanto richiesto dallo IAS 8 paragrafo 30, vengono evidenziate le differenti prospettive contenute in Nota Integrativa 2022 rispettivamente del Gruppo Poste Vita, del Gruppo Generali e del Gruppo UnipolSai.

L'elaborato termina con l'analisi della transizione anticipata al 1° gennaio 2022 del Gruppo Poste Vita ponendo l'accento sulle voci contabili principalmente impattate dal nuovo standard internazionale IFRS 17.

ABSTRACT

The aims of the following paper are to frame the insurance industry and accounting of the insurance companies, to summarize the most important new features of the new international standard IFRS 17 "Insurance Contracts," analyzing the valuation methods introduced and the most relevant impacts on insurance financial statements, and finally to focus on the different perspectives of major Italian insurance groups regarding the transition to IFRS 17.

The working method used can be summarized as a thorough research of content pertaining to the subject matter of the thesis through multiple digital and written sources, a reworking of the same and integration through personal contributions, seeking, finally, a harmonious aggregation of the different topics covered.

The course begins with a generic analysis of the insurance sector, considering insurance, reinsurance and co-insurance activities, defining the insurance contract, and distinguishing the different insurance lines of business, particularly the "non-life insurance business" and the "life insurance business"; it continues with a description of the positioning of the insurance sector at the international, european and italian levels, and then with a discussion of the current legislation on the accounting of insurance companies. To conclude the first part of the course, the main features of an insurance balance sheet are highlighted, focusing, therefore, on the concept of technical reserves and investments.

The second section represents the "heart" of the paper in that it addresses the topic of the new international accounting standard IFRS 17 "Insurance Contracts" adopted by the European Commission (EC) on November 19, 2021 through Regulation (EU) 2021/2036 with first application no later than January 1, 2023.

Starting from the consideration of the main critical issues encountered in the accounting of insurance companies with the application of the predecessor IFRS 4 "Insurance Contracts," which allowed the proliferation of numerous different approaches and accounting policies resulting in a generalized lack of comparability, the objective pursued by the IASB in the formulation of the new international accounting standard is analyzed, such as the definition of a body of rules that unambiguously identifies the stages

of recognition, aggregation, valuation and representation of insurance contracts; an objective, moreover, that involved a complex and extensive implementation process, described in detail.

The course proceeds, then, with the analysis of the pivotal principles introduced by IFRS 17 highlighting the scope, the time of recognition of insurance contracts and the related valuation methods, such as the “Premium Allocation Approach”, the “Building Block Approach” and the “Variable Fee Approach”.

The next step is the framing of the main impacts of IFRS 17 on insurance financial statement formats such as Balance Sheet, Income Statement and Notes to the Financial Statements, opening a parenthesis regarding the different approaches that can be used in the first application of the new international accounting standard. Here, for completeness, the Solvency II Directive is addressed in parallel with IFRS 17.

Coming to the final chapter of this paper, the discussion is resumed regarding the insurance sector by identifying the major Italian insurance groups and their performances. In compliance with the joint announcement of the Bank of Italy, CONSOB and IVASS dated October 27, 2022 regarding the disclosures to be provided in the 2022 Financial Statements about the transition to IFRS 17 in order to comply with the requirements of IAS 8 paragraph 30, the different outlooks contained in the 2022 Notes to the Financial Statements of the Poste Vita Group, the Generali Group and the UnipolSai Group, respectively, are highlighted.

The paper ends with an analysis of the Poste Vita Group's anticipated transition to January 1, 2022, focusing on the accounting items mainly impacted by the new international standard IFRS 17.

CAPITOLO I

Il settore assicurativo

1.1 L'assicurazione

Il business delle imprese di assicurazioni è strettamente correlato al concetto di rischio; quest'ultimo è rappresentato dalla possibilità di avveramento di un evento futuro ed incerto (Diritto.it, 2023).

La realizzazione dell'evento potenziale genera degli effetti eterogenei, ovvero provoca conseguenze diverse su soggetti differenti (talvolta contrapposte), pertanto, il rischio è soggettivo. Ad esempio, l'evento "il prezzo del petrolio si alzerà tra sei mesi" produrrà, al verificarsi, effetti economici del tutto opposti nei confronti delle imprese petrolifere, che probabilmente vedranno incrementare i loro ricavi, e nei confronti delle imprese di trasporti, che probabilmente, invece, vedranno incrementare i loro costi, essendo il carburante utilizzato quale fattore produttivo della loro attività.

Il concetto di rischio può essere declinato in molteplici casistiche. In ambito assicurativo rileva il concetto di "rischio puro" che è una variabile aleatoria caratterizzata da due sole modalità di accadimento (cioè, di tipo binomiale): l'evento si verifica o l'evento non si verifica. La prima modalità genera perdite o danni, la seconda, invece, determina effetti nulli o trascurabili. (Paci, 2019). Un esempio di rischio puro è rappresentato dal rischio di furto di un bene: se non si verifica il furto, non esistono effetti, se al contrario esso si verifica, invece, viene subito un danno. Differentemente non sono rischi puri i "rischi strategici" (o speculativi) perché, ad esempio, dall'evento "cambio dei tassi di interesse" può generarsi un profitto o una perdita. Risulta, quindi, intuitivo realizzare che il verificarsi di un rischio puro non possa avere conseguenze positive, al contrario del verificarsi di un rischio speculativo. (Massagrande, 2020)

I rischi puri rappresentano quelli maggiormente adatti al trasferimento assicurativo in quanto caratterizzati da alto valore, in termini di effetti, e da bassa probabilità, in

termini di accadimento. Pertanto, l'area di competenza delle imprese di assicurazione risulta essere circoscritta ma significativa: i rischi coperti dai contratti assicurativi, infatti, sono tipicamente correlati ad eventi poco frequenti ma potenzialmente con un alto livello di danno. Quest'ultimo può essere così rilevante da mettere in dubbio la sopravvivenza del singolo oppure la continuità di un'impresa. Da qui, l'esigenza di coprire parte dei rischi a cui i soggetti sono esposti attraverso la sottoscrizione di contratti assicurativi.

Il rischio puro rappresenta, per quanto affermato, l'elemento focale del contratto di assicurazione, detto anche "polizza", e quindi del business delle imprese di assicurazioni. (Floreani, 2011)

La competitività dell'attività assicurativa trova fondamento proprio nel fatto che i rischi assunti dall'assicuratore sono rischi puri e vengono assunti in modo sistematico. Infatti, l'assunzione di rischi puri in modo sistematico consente di sfruttare la "Legge dei grandi numeri" o "Teorema di Bernoulli", tale per cui *"quando si considera un campione di realizzazioni di una variabile casuale tutte caratterizzate da una stessa probabilità di accadimento e da uno stesso valore monetario (rischi puri), la frequenza del verificarsi degli eventi e il valore medio del danno tendono a coincidere rispettivamente con la probabilità del verificarsi dell'evento e con il suo valore, se il numero di osservazioni del campione tende all'infinito e se le realizzazioni sono statisticamente indipendenti"* (Paci, 2019). Trasferita nell'ambito assicurativo, tale proprietà statistica garantisce che, se l'impresa aggrega un numero molto alto di rischi puri degli assicurati e se tali rischi non sono correlati tra loro e presentano la stessa probabilità di accadimento e lo stesso livello di danno potenziale, si possano stimare gli eventuali risarcimenti degli assicurati e di conseguenza definire efficacemente i "prezzi" dei contratti assicurativi e rendere, quindi, l'attività assicurativa un business competitivo.

L'art. 1882 del Codice civile dispone che *"l'assicurazione è il contratto con il quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente la vita umana"*.

L'assicurazione è, pertanto, un accordo tra assicurato ed assicuratore che ha come oggetto il trasferimento dell'onere economico, derivante dal verificarsi del rischio, dal

primo al secondo attraverso il pagamento di un prezzo, detto “premio assicurativo”. (Prospetti e Colavolpe, 2012)

“Per inciso, si ricorda che l’utilizzo del termine “premio”, che ad alcuni appare un po’ ironico, dal momento che indica un prezzo da pagare, trae la sua origine dal latino “praemium” e ha un significato più ampio e cioè di ricompensa, nel nostro caso ricompensa per il servizio erogato dall’impresa di assicurazione.” (Nieri e Cucinotta, 2005)

Il contratto assicurativo, quindi, elimina la situazione di incertezza che grava su chi è sottoposto ad un determinato rischio, obbligando l’impresa di assicurazione ad assumersi l’impegno ad erogare un risarcimento a copertura degli effetti economici negativi legati all’eventuale verificarsi dell’evento incerto e futuro a cui è esposto l’assicurato.

In sintesi, si può affermare che l’assicurazione è la negoziazione degli effetti economici di un rischio puro tra assicurato e assicuratore. (Floreani, 2011)

Il verificarsi dell’evento dannoso temuto è definito “sinistro”. Esso comporta la realizzazione del rischio puro che fino a quel momento era soltanto potenziale ed eventuale. Perciò, il sinistro genera un danno. Quest’ultimo può essere di varia natura: materiale, fisico, diretto o indiretto. Si parla di danno indiretto qualora esso non sia direttamente riferibile all’oggetto del sinistro; si pensi, ad esempio, alla perdita di quote di mercato (“danno” indiretto) a seguito di una sospensione della produzione causata da un incendio (“sinistro”).

Il verificarsi del sinistro, e dunque l’emergere del danno, determina l’esecutività del diritto dell’assicurato alla prestazione prevista nel contratto assicurativo, rappresentata da un “indennizzo” o da un “risarcimento” per il danno subito da parte dell’impresa di assicurazione. (Nieri e Cucinotta, 2005)

Nella definizione del contratto assicurativo individuata dal Codice civile sopracitata, viene sottolineato come la copertura del rischio puro, garantita dalla compagnia assicurativa, avvenga “entro i limiti convenuti” nel contratto assicurativo. In altre parole, l’obbligo di risarcimento è limitato alle condizioni contrattuali, che molto

spesso prevedono di coprire solo parzialmente l'assicurato dalle perdite derivanti dal manifestarsi del rischio puro oggetto del trasferimento assicurativo.

Peraltro, si evidenzia che stipulando un contratto assicurativo la finalità perseguita dall'assicurato è la copertura e non la speculazione: l'assicurato vuole coprire il rischio e cioè ridurre i potenziali effetti e non lucrare su di esso. Infatti, l'eventuale prestazione dell'assicuratore non può essere mai superiore al danno subito dall'assicurato. Ciò rappresenta la soglia di discriminazione tra il contratto assicurativo e il contratto finanziario. Anche nel contratto finanziario viene negoziato un rischio, ed anzi esistono contratti finanziari, come le "opzioni", nei quali, al pari dell'assicurazione, uno dei due soggetti paga un prezzo alla controparte al fine di ottenere da quest'ultima una prestazione che dipende dall'andamento del prezzo di una o più attività sottostanti; però, nell'opzione la prestazione non è necessariamente legata, anche se può esserlo, alla finalità di copertura e cioè alla riduzione dei rischi da parte di chi paga il premio; bensì, la finalità del contraente di un'opzione finanziaria può essere anche speculativa, e cioè volta a scommettere sull'andamento dei mercati finanziari. (Floreani, 2011)

Un altro aspetto evidenziato dall'art. 1882 del Codice civile è la principale ramificazione dei contratti assicurativi: il ramo danni e il ramo vita. I contratti assicurativi rientranti nel ramo danni tutelano l'assicurato da rischi legati al verificarsi di eventi che potenzialmente possono danneggiare il suo patrimonio; mentre, quelli rientranti nel ramo vita garantiscono la copertura di rischi legati al verificarsi di eventi attinenti la vita umana, quali, ad esempio, la morte, l'invalidità o la sopravvivenza. In quest'ultimo caso lo scopo dell'assicurato è tutelare lui e i suoi familiari dall'aleatorietà della vita umana. Tale argomento verrà approfondito in uno specifico capitolo successivamente.

Relativamente ad un contratto assicurativo, oltre ad assicuratore e assicurato, rilevano anche la posizione del contraente e quella del beneficiario. L'assicurato è il soggetto esposto al rischio puro oggetto della polizza e può non coincidere con il contraente; infatti, quest'ultimo è colui che stipula la polizza e che è tenuto al pagamento del premio. Infine, nelle assicurazioni rientranti nel ramo vita, può esistere il beneficiario che è colui al quale l'assicurazione dovrà, al verificarsi dell'evento attinente la vita umana dell'assicurato, erogare le somme dovute in forma di capitale o di rendita. (Assicurazione.it, 2020)

Il premio di assicurazione rappresenta la somma di denaro che l'assicurato (o il contraente nel caso siano due soggetti distinti) è tenuto a pagare per ottenere la copertura del rischio puro oggetto della polizza da parte della compagnia assicurativa. In linea generale, si può affermare che il premio di assicurazione e il rischio coperto siano direttamente proporzionali; pertanto, all'aumentare del rischio oggetto della copertura garantita dal contratto assicurativo, aumenterà il premio di assicurazione richiesto dall'impresa. (Floreani, 2011)

“Il principio base dell'assicurazione prevede che, all'interno del gruppo degli assicurati, il danno economico subito da alcuni venga coperto dal contributo versato da tutti gli altri.” (Nieri e Cucinotta, 2005) In altre parole, l'impresa di assicurazione per operare in equilibrio finanziario deve raccogliere una quantità di premi dagli assicurati che sia sufficiente a coprire la totalità dei risarcimenti che si aspetta di dover effettuare. Si parla di principio base in quanto esso rappresenta il presupposto per garantire l'equilibrio gestionale del business assicurativo. Pertanto, il processo di determinazione dell'entità del premio assicurativo costituisce un punto focale nell'attività di un'impresa di assicurazione. (Nieri e Cucinotta, 2005)

Da quanto finora affermato si può desumere la caratteristica tipica e particolare del business assicurativo nota come inversione del ciclo monetario: il premio è incassato dall'impresa di assicurazione anticipatamente rispetto all'eventuale erogazione della prestazione prevista nel contratto assicurativo.

In una generica impresa il ciclo monetario è costituito da un'uscita monetaria iniziale necessaria per finanziare l'attività e da un'entrata monetaria successiva derivante dalle vendite effettuate; perciò, si presenta un fabbisogno finanziario all'avvio dell'attività soddisfatto mediante l'apporto di mezzi propri o di indebitamento.

In un'impresa di assicurazione, invece, il ciclo monetario è costituito da un'entrata monetaria iniziale rappresentata dal premio incassato e da un'uscita monetaria successiva e solo eventuale rappresentata dal sostenimento dei costi legati al verificarsi del sinistro; infatti, il fabbisogno finanziario assicurativo non si evidenzia all'avvio dell'attività bensì in un momento successivo ed è subordinato alla probabilità del verificarsi dei rischi, ossia dei sinistri.

Una conseguenza dell'inversione del ciclo monetario è rappresentata dalla rilevanza dell'attività di investimento all'interno dell'attività assicurativa; infatti, le imprese di assicurazione, godendo di un surplus finanziario iniziale che investono nei mercati finanziari, combinano alla gestione tecnica caratteristica legata alla pura attività assicurativa, una gestione patrimoniale legata essenzialmente all'attività di investimento.

L'inversione del ciclo monetario, unita all'aleatorietà propria del business assicurativo, comportano tutta una serie di condizioni che devono essere soddisfatte al fine di poter operare in condizioni di equilibrio gestionale e di garantire la continuità aziendale ottemperando con regolarità agli impegni risarcitori futuri ed eventuali legati ai sinistri.

In primo luogo, risulta di particolare importanza l'attività di tariffazione, ovvero la determinazione del prezzo del contratto assicurativo: il premio minimo deve essere sufficientemente superiore al valore attualizzato della prestazione attesa (erogata in futuro e solo all'eventuale verificarsi del rischio) dell'assicuratore all'assicurato, in modo da garantire che i premi incassati siano sufficienti per fronteggiare i risarcimenti futuri.

In secondo luogo, costituiscono condizioni essenziali per operare in condizioni di equilibrio gestionale le attività di diversificazione e gestione dei rischi assicurativi; in quest'ultimo ambito risultano di particolare rilievo i concetti di riassicurazione e coassicurazione che verranno trattati nel capitolo successivo.

In terzo luogo, presenta un'importanza focale nel business assicurativo la cosiddetta attività di riservazione. Nello specifico, la diretta implicazione dell'inversione del ciclo monetario è la necessità di accantonare risorse, sottoforma di riserve, indispensabili per fronteggiare le prestazioni future. Tali riserve vengono quantificate sulla base di un'attenta valutazione e quantificazione dei rischi assunti e della loro probabilità di verificarsi.

Infine, è essenziale che le imprese di assicurazione soddisfino la nota condizione di solvibilità, e cioè dispongano di adeguati mezzi patrimoniali necessari a garantire l'equilibrio gestionale anche laddove, a causa dell'aleatorietà del business assicurativo, le attività di tariffazione, diversificazione e riservazione non si rivelassero efficienti. (Floreani, 2011)

Si può, quindi, affermare che l'esercizio dell'impresa assicurativa risulta essere particolarmente complesso e naturalmente aleatorio, e per questo soggetto ad una stringente regolamentazione, che sarà affrontata approfonditamente in seguito.

1.2 La coassicurazione e la riassicurazione

L'attività assicurativa trova fondamento nel concetto di incertezza, pertanto, ai fini di garantire un business efficiente e in equilibrio risulta fondamentale lo sviluppo di un adeguato sistema di gestione e diversificazione dei rischi.

Relativamente a tale questione rilevano gli istituti della coassicurazione e della riassicurazione che rappresentano due modalità di gestione e diversificazione dei rischi assicurativi attivabili laddove l'impresa di assicurazione presenti un portafoglio di contratti assicurativi che non sia sufficientemente diversificato e quindi tale da esporla a rischi eccessivi. (Floreani, 2011)

“Con l'istituto della coassicurazione, più imprese assicuratrici assumono in comune e per quota un certo rischio.” (MES, 2017) La coassicurazione, quindi, permette di ripartire il rischio puro sottostante un contratto assicurativo tra più soggetti, detti coassicuratori, che ricevono una quota del premio incassato e si impegnano per una quota proporzionale degli eventuali risarcimenti futuri. Tale modalità di gestione del rischio permette, pertanto, oltre di ridurre l'impatto del rischio sulla singola impresa anche di assicurare quei rischi puri che sono così elevati da essere insopportabili da una sola impresa di assicurazione. (Castellano e Scarlatella, 1987)

Il Codice civile all'art. 1911 fornisce la nozione giuridica di coassicurazione disponendo che: *“Qualora la medesima assicurazione o l'assicurazione di rischi relativi alle stesse cose sia ripartita tra più assicuratori per quote determinate, ciascun assicuratore è tenuto al pagamento dell'indennità assicurata soltanto in proporzione della rispettiva quota, anche se unico è il contratto sottoscritto da tutti gli assicuratori”*.

Il contratto di coassicurazione, dunque, presenta una struttura “oggettivamente unitaria” in quanto il rischio trasferito mediante il contratto è il medesimo, ma “soggettivamente composita” in quanto esso è stipulato tra il contraente e molteplici coassicuratori. Questi ultimi prestano la garanzia in modo frazionato, infatti, assumono

differenti posizioni giuridiche nei confronti dell'unico assicurato in relazione alla misura della rispettiva partecipazione al rischio. (Il diritto delle assicurazioni.it, 2017) Si precisa che non vi è alcuna responsabilità solidale nei confronti dell'assicurato, infatti, ciascun coassicuratore si impegna solo per la quota di rischio partecipata; questo in sede di liquidazione degli eventuali sinistri potrebbe generare complicità in caso di inadempimento di uno dei coassicuratori. (Floreani, 2011)

Per introdurre l'istituto della riassicurazione è necessario distinguere le compagnie di assicurazioni dirette da quelle indirette; le prime, operano direttamente con la clientela offrendo contratti assicurativi; al contrario, le seconde non operano a diretto contatto con i clienti ma sostanzialmente si fanno carico dei rischi assunti e poi ceduti da altre compagnie. La riassicurazione è, dunque, un contratto di assicurazione tramite il quale una compagnia di assicurazioni diretta (assicuratore cedente o riassicurato) cede uno o più rischi da lei assunti presso una compagnia di assicurazione indiretta (cessionario o riassicuratore). Pertanto, la prima assicura parte del suo portafoglio assicurativo presso la seconda. (Paci, 2019)

La compagnia diretta versa al riassicuratore parte dei premi incassati dagli assicurati (premi ceduti), mentre il riassicuratore si impegna a risarcirla di parte dei sinistri che si verificano sul portafoglio (sinistri ceduti). (Floreani, 2011)

Riassicurazione e coassicurazione traggono origine da una medesima ratio e condividono altresì analoghi scopi, infatti, entrambi gli istituti consentono alle imprese di assicurazioni di ripartire i rischi: in senso verticale, mediante la riassicurazione; in senso orizzontale, mediante la coassicurazione. Tuttavia, accanto a tali similarità, si devono considerare alcune diversità che comportano una netta distinzione tra le due fattispecie contrattuali dal punto di vista giuridico; infatti, nella coassicurazione, l'assicurato stringe un rapporto contrattuale con tutti i coassicuratori; nella riassicurazione, invece, l'assicurato non è coinvolto, ma il rapporto contrattuale si crea soltanto tra l'assicuratore e il riassicuratore. (Il diritto delle assicurazioni.it, 2017) Perciò, stipulando un contratto di riassicurazione, l'assicuratore diretto rimane unico responsabile della liquidazione del danno all'assicurato e verrà rimborsato dal riassicuratore per la parte stabilita. Pertanto, se il riassicuratore fosse inadempiente, l'impegno della compagnia diretta verso l'assicurato ci sarebbe comunque, al contrario della coassicurazione nella quale ogni

coassicuratore risponde solo della propria quota di rischio. A tal proposito, risulta molto importante l'accurata selezione del riassicuratore curandosi del relativo rating.

La gestione di un'impresa di riassicurazione risulta possibile grazie alle sue dimensioni tendenzialmente molto grandi ed al suo operare a livello globale nella maggior parte dei casi, che permettono di creare al suo interno portafogli equilibrati e diversificare i rischi; e talvolta, per raggiungere l'equilibrio desiderato in termini di gestione del rischio, è possibile che il riassicuratore proceda ulteriormente alla cessione attraverso un altro riassicuratore. (Floreani, 2011)

Si può distinguere la riassicurazione obbligatoria dalla riassicurazione facoltativa. La prima è un contratto in base al quale l'assicuratore diretto decide di cedere una quota di tutte le polizze appartenenti ad un dato portafoglio o di proteggere quello stesso portafoglio da sinistri in eccesso ad una data soglia; in tal caso, tutte le polizze rientranti nel portafoglio riassicurato, nonché tutti i sinistri legati a quelle stesse polizze, vengono automaticamente cedute al riassicuratore, senza che vi sia bisogno di singoli atti di cessione. La riassicurazione facoltativa, invece, è un contratto che viene stipulato in relazione ad una specifica polizza per cederne una parte del rischio sottostante al riassicuratore o limitarne la copertura dei sinistri ad essa legati ad una certa soglia. Quest'ultima è motivata dal fatto che quella specifica polizza potrebbe essere esclusa dal portafoglio oggetto di riassicurazione obbligatoria oppure dal fatto che il rischio sottostante quella polizza non risulti sopportabile dall'assicuratore diretto. (Azzano, 2013)

1.3 Ramo Vita e ramo Danni

Il settore assicurativo è segmentato per rami di attività, ovvero insiemi di contratti assicurativi aventi ad oggetto rischi puri omogenei e che, perciò, possono essere gestiti con modalità simili. I due rami principali delle assicurazioni, come citato sopra, sono il ramo vita ed il ramo danni. L'art. 2 del Codice delle assicurazioni private intitolato "Classificazione per ramo" definisce sei rami vita e diciotto rami danni ed è rilevante in quanto permette di cogliere i diversi prodotti assicurativi. Ad esempio, il ramo danni 8 "Incendio ed altri elementi naturali" include tutte le polizze incendio. Esistono anche

prodotti assicurativi misti che assicurano rischi eterogenei e che perciò appartengono a differenti tipologie di rami, infatti chiamati “prodotti multiramo”; ad esempio una polizza per la casa che copre il rischio di furto (ramo danni 9) e la responsabilità civile (ramo danni 13).

Il ramo danni include tutte quelle polizze assicurative che coprono l’assicurato da eventi sfavorevoli futuri ed incerti il cui verificarsi potrebbe intaccare i suoi beni, il suo patrimonio o le sue possibilità di profitto, o la sua persona. Sottoscrivendo queste tipologie di contratti, in caso di sinistro, l’impresa di assicurazione provvederà ad un risarcimento che possa reintegrare l’entità del danno subito. (www.pensioni&lavoro.it)

Le diciotto tipologie di rami danni individuate dal Codice delle assicurazioni private possono essere classificate in base all’oggetto del danno, che può essere rappresentato da un “valore” umano, patrimoniale o economico.

<i>1) Coprono i danni all’integrità fisica della persona (capitale umano)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Assicurazioni infortuni (ramo danni 1) - Assicurazioni malattia (ramo danni 2) (esclusa la parte legata al rimborso spese mediche) 	
<i>2a) Coprono i danni derivanti dalla perdita di valore di un’attività</i>	<i>2b) Coprono i danni derivanti dall’insorgere di una passività</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Assicurazioni dei danni ai beni: corpi di veicoli terrestri, ferroviari, aerei, marittimi, merci trasportate, incendio ed elementi naturali, altri danni ai beni (ramo danni da 3 a 9) - Assicurazioni credito (ramo danni 14) 	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurazioni di responsabilità: RC autoveicoli terrestri, aeromobili, veicoli marittimi ed RC generale (ramo danni da 10 a 13) - Assicurazioni cauzione (ramo danni 15)
<i>3a) Coprono i danni per l’inaspettato sostenimento di costi</i>	<i>3b) Coprono i danni per l’inaspettata riduzione di ricavi o per mancati utili</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Assicurazioni spesa: malattia (solo la parte legata al rimborso spese mediche), tutela legale, assistenza. (ramo danni 2, 17, 18) 	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurazione dei danni indiretti (rientra nelle perdite pecuniarie)

(Floreani, 2011)

Nella prima tipologia sono incluse quelle assicurazioni che coprono danni all’integrità fisica della persona, causati da infortunio o da malattia, che abbiano come conseguenza la morte, un’invalidità permanente o un’inabilità temporanea. Il danno

economico legato alla morte, invalidità permanente o inabilità temporanea, a differenza delle assicurazioni appartenenti al ramo vita, è predeterminato al momento della conclusione del contratto e spesso il risarcimento è previsto sottoforma di capitale ai beneficiari in caso di morte, di capitale o rendita vitalizia in caso di invalidità permanente e di diaria giornaliera fino al termine dell'inabilità in caso di inabilità temporanea. Tra le polizze infortuni sono incluse, ad esempio, quelle che coprono i rischi professionali ovvero gli infortuni verificati durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, oppure quelle che coprono gli infortuni al conducente che sono correlate alle assicurazioni responsabilità civile auto e tutelano il conducente dagli infortuni che possono essere causati da incidenti avvenuti per sua colpa. (Floreani, 2011)

Nelle seconde tipologie, invece, rientrano tutte le polizze che coprono danni ad un elemento patrimoniale, attivo o passivo, dell'assicurato: il danno può essere rappresentato da una perdita di valore di un'attività o dal sorgere di una passività. Troviamo in queste categorie le assicurazioni danni ai beni, ovvero quelle polizze che coprono i rischi connessi ai beni immobili o mobili dell'assicurato; le polizze auto rischi diversi e le polizze trasporto. I contratti assicurativi più noti all'interno di quest'ultima categoria sono rappresentate dalle assicurazioni incendio ed altri elementi naturali e furto. Le prime coprono ogni danno subito dai beni (diversi dai beni compresi negli altri rami) causato da incendio, esplosione; tempesta; elementi naturali diversi dalla tempesta; energia nucleare e cedimento del terreno. Le assicurazioni furto, invece, coprono il danno causato dal furto del bene o da una rapina al bene oggetto di contratto. (Ivass.it, 2017)

L'art. 1917 del Codice civile definisce le assicurazioni di responsabilità civile disponendo, al comma 1, che: *“Nelle assicurazioni della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.”*. Se il comportamento negligente, imprudente o comunque colpevole dell'assicurato danneggia qualcosa o qualcuno, egli è tenuto a pagare il danneggiato che ne chiede il risarcimento; sottoscrivendo un'assicurazione sulla responsabilità civile, alla sola condizione che i danni siano stati causati involontariamente, interviene la compagnia di assicurazione che, a tutela del patrimonio dell'assicurato, rimborsa quanto pagato o paga direttamente quanto spetta al danneggiato. Si sottolinea, dunque, che il contratto non

copre assolutamente eventi causati da dolo dell'assicurato. In caso di colpa grave si rimanda a quanto pattuito tra assicuratore e assicurato, come sancito dall'art. 1900 del Codice civile. (Educazioneassicurativa.it, 2017)

Il termine “terzo” disposto dall'articolo sopra citato indica come la copertura sia estesa a danni che non riguardano specifici beni o persone, e perciò difficilmente stimabili a priori; è per questa ragione che, nell'ottica di operare in condizioni di equilibrio gestionale, le imprese di assicurazioni definiscono il cosiddetto “massimale” per delimitare la loro esposizione.

La legge prevede alcuni casi di obbligatorietà di sottoscrizione di assicurazioni di responsabilità civile al fine di tutelare potenziali danneggiati che, grazie all'assicurazione, ricevono il risarcimento indipendentemente dalla situazione patrimoniale ed economica del danneggiante. Un esempio è rappresentato dalle assicurazioni Responsabilità Civile Auto o Responsabilità Civile Professionale medica. (Floreani, 2011)

Nelle assicurazioni credito l'oggetto del contratto di assicurazione è un'attività finanziaria e l'assicuratore si impegna a risarcire l'assicurato nel caso in cui vi sia insolvenza da parte del debitore. (Segugio.it, 2019)

La polizza cauzione o fideiussoria viene stipulata affinché l'assicurazione garantisca il pagamento a favore di un terzo soggetto (il beneficiario) di una determinata somma di denaro in caso di inadempimento di un'obbligazione principale da parte dell'assicurato. (www.quellocheconta.gov.it)

Infine, le ultime due categorie includono quelle polizze che coprono l'assicurato da eventi futuri inaspettati che possono provocare il sostenimento di costi o l'inaspettata riduzione di ricavi sopravvenuta; tra queste rientrano le assicurazioni spesa e le assicurazioni danni indiretti. Le prime assicurano il sorgere di eventuali costi (ad esempio spese mediche) in conseguenza al verificarsi di un evento avverso (ad esempio una malattia) e, dunque, conferiscono il diritto all'assicurato al risarcimento delle spese sostenute. Le seconde, invece, sono contratti che assicurano il mancato utile derivante da un danno che colpisce i beni aziendali oggetto di copertura. Nello specifico, un sinistro che ha per oggetto un bene dell'azienda potrebbe provocare un fermo produttivo; questo potenzialmente porterà ad una riduzione del fatturato o addirittura ad annullarlo. Il danno

indiretto, pertanto, si identifica nel minor guadagno causato dalla sospensione dell'attività. (Floreani, 2011)

Le assicurazioni appartenenti al ramo vita, invece, sono polizze previste per la copertura di rischi legati alla durata della vita umana, garantendo al beneficiario un risarcimento al verificarsi, in un momento futuro ed incerto, di un evento dannoso inerente la vita dell'assicurato. (Nieri e Cucinotta, 2005)

Le assicurazioni sulla vita coprono il rischio di premorienza o il rischio di sopravvivenza. Il cosiddetto "caso morte" è una polizza che assicura l'erogazione di una prestazione a favore del o dei beneficiari in caso di morte dell'assicurato; al contrario, il "caso vita" è una polizza che prevede l'erogazione di una prestazione a favore del o dei beneficiari in caso di sopravvivenza dell'assicurato al momento stabilito dal contratto. (Floreani, 2011) *"In questo senso, le polizze caso vita non sono classificabili come assicurazioni in senso stretto perché non c'è un vero e proprio rischio contro cui ci si assicura. Queste assicurazioni sono utilizzate piuttosto come forma pensionistica complementare o come forma di risparmio/investimento."* (www.allife.it, 2014).

Infatti, le polizze definite "caso vita" sono individuabili quali contratti di capitalizzazione; nello specifico, si tratta di *"polizze assicurative mediante le quali il contraente versa un premio all'assicuratore, il quale si impegna a restituirlo ad una scadenza successiva capitalizzato, ovvero aumentato degli interessi maturati nel corso della durata contrattuale e senza alcun vincolo o riferimento alla durata della vita umana"* (quellocheconta.gov.it). Tali contratti rappresentano i cosiddetti "prodotti di investimento assicurativi" o IBIP (*insurance based investment product*) e presentano caratteristiche proprie degli investimenti in quanto la controprestazione futura dell'assicuratore è correlata alla variabilità dell'andamento dei mercati finanziari e quindi dei tassi di interesse. Di fatto, perciò, si tratta di contratti a cui è connesso un rischio finanziario. (quellocheconta.gov.it)

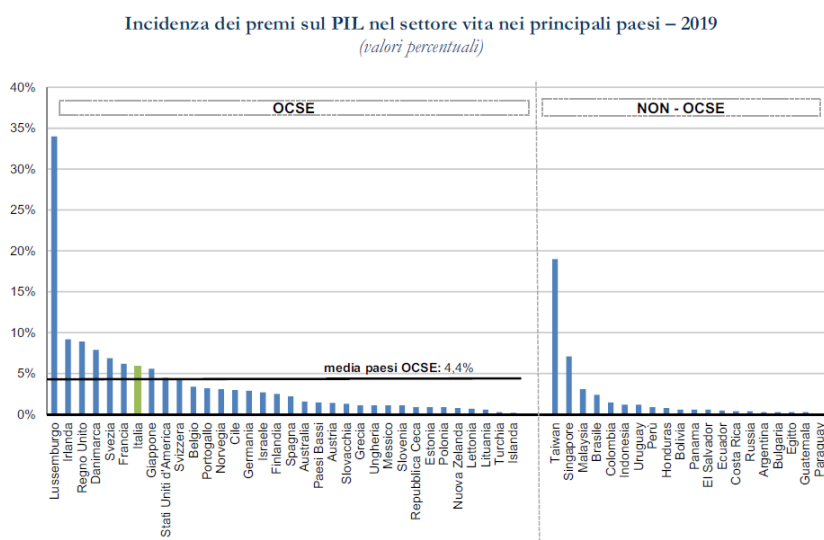
Una delle differenze principali tra i contratti assicurativi appartenenti ai due diversi rami è rappresentata dalle modalità di determinazione del premio. Tipicamente la durata delle polizze del ramo vita è pluriennale, mentre quella delle polizze del ramo danni è annuale; ciò comporta la considerazione della variazione del valore della moneta nel tempo nella determinazione del premio di una polizza vita; che differentemente è

trascurabile nella determinazione del premio di un'assicurazione del ramo danni. Inoltre, usualmente, nel ramo vita i premi sono periodici e dunque, se nel ramo danni il premio è immediato e quindi “garantito” e la prestazione è solo futura ed eventuale, in questo caso invece l’aleatorietà caratterizza, oltre che la prestazione futura ed eventuale dell’assicuratore, anche l’impegno dell’assicurato. Infine, un’altra diversità è rappresentata dalla differente difficoltà di stima del rischio nei due diversi rami: il premio nei contratti assicurativi appartenenti il ramo vita è determinato sulla base di ipotesi finanziarie ed ipotesi demografiche; mentre, la stima quantitativa del rischio nelle assicurazioni del ramo danni risulta essere più complessa e difficile poiché le informazioni disponibili e le tecniche di stima sono minori e di minore qualità; infatti, ad esempio, il rischio demografico può essere suggerito dalle tavole di mortalità che rappresentano stime pubbliche ufficiali. (Floreni, 2011)

1.4 Il posizionamento del settore assicurativo

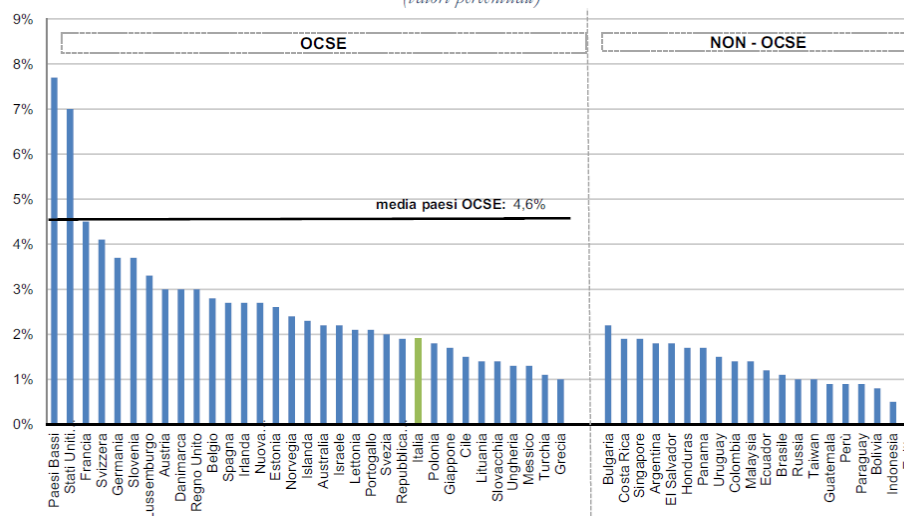
Si definisce Indice di Penetrazione Assicurativa il rapporto tra i Premi contabilizzati dalle compagnie assicurative di un paese ed il relativo Prodotto Interno Lordo (PIL).

Analizzando a livello internazionale il mercato assicurativo, seguono due tabelle, rispettivamente per ramo vita e ramo danni, che mostrano l’Indice di Penetrazione Assicurativa in alcuni paesi OCSE e NON-OCSE nel 2019:



(Camera dei deputati, 2020)

Incidenza dei premi sul PIL nel settore danni nei principali paesi – 2019
(valori percentuali)

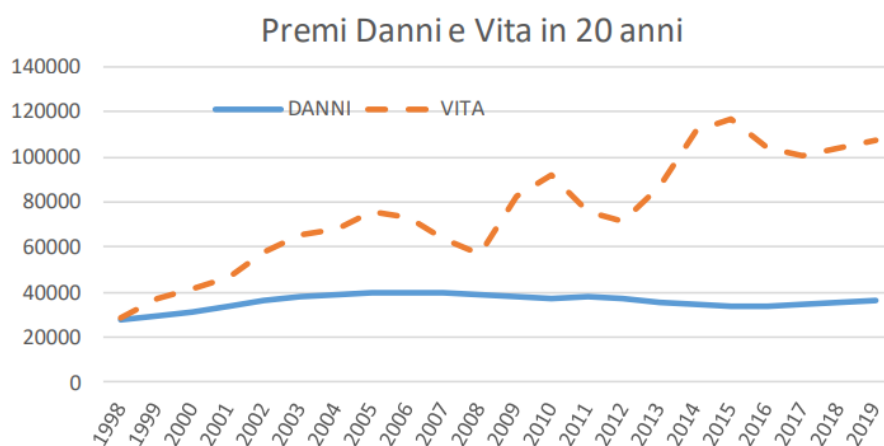


(Camera dei deputati, 2020)

Relativamente al ramo vita l'incidenza dei premi assicurativi sul PIL dei Paesi OCSE si attesta complessivamente in media al 4,4%, mentre relativamente al ramo danni si evidenzia un'incidenza media pari al 4,6%. (Camera dei deputati, 2020)

La penetrazione assicurativa con riferimento al ramo vita è particolarmente elevata nel Lussemburgo, Regno Unito, Irlanda, Danimarca, Svezia ed in misura di poco minore in Italia e Francia; mentre nei Paesi Bassi, USA, Francia, Svizzera e Germania, sono particolarmente sviluppati i rami danni; in Italia, invece, si evidenzia un basso tasso di penetrazione nei rami danni pari a quello di Costa Rica e Singapore. (IVASS,2023)

Il dato italiano, dunque, presenta un differente posizionamento nei due diversi comparti; nello specifico, per quanto concerne il ramo vita, l'Italia mostra un valore poco superiore alla media dei paesi OCSE, pari a 4,9%, mentre per il ramo danni, si rileva un valore decisamente inferiore alla media, pari all'1,9%. (Camera dei deputati, 2020)



(Cesari, 2020)

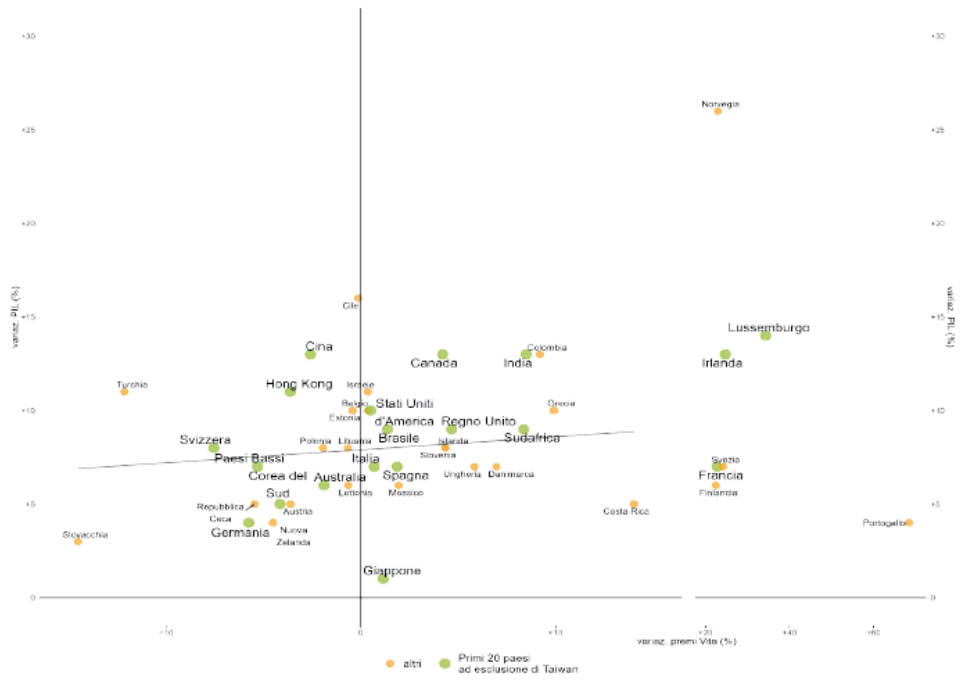
In aggiunta va sottolineato che in Italia la dimensione del mercato vita è tripla rispetto al mercato danni; infatti, al 2019 si registravano rispettivamente 106 miliardi di euro di premi contro 34 miliardi di euro e nel corso degli anni si continuano ad evidenziare tassi di crescita più elevati nel ramo vita. Partiti nel 1998 con una raccolta molto simile, pari circa a 28 miliardi di euro, i due rami hanno registrato, come si mostra la tabella sopra, in 20 anni dinamiche molto diverse: in particolare, si è riscontrata una crescita del 278% per il comparto vita, contro una crescita del 31% per il comparto danni. (Cesari,2020)

Le informazioni raccolte dall'OCSE¹, integrate con dati provenienti da altri enti pubblici² e privati, consentono di identificare la relazione positiva che esiste tra l'attività assicurativa su scala mondiale nel 2021 (ultimo anno per cui sono disponibili dati completi) e la crescita economica misurata tramite la variazione del PIL. (IVASS, 2023)

¹ Dati provenienti dal database pubblico dell'OCSE (<http://stats.oecd.org>, nella sezione Finance) nonché dalla pubblicazione Global Insurance Market Trends dello stesso organismo.

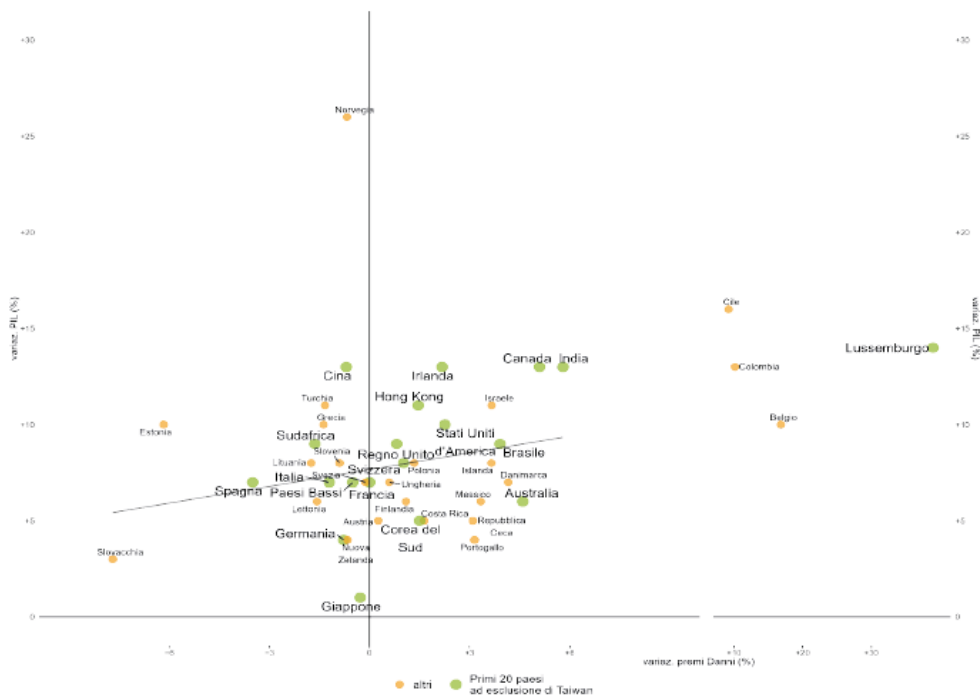
² Banca Mondiale e Swiss Re Institute.

Correlazione tra crescita e variazioni della raccolta premi vita (2021/2020)
(Paesi OCSE e 20 maggiori mercati assicurativi)



(IVASS, 2023)

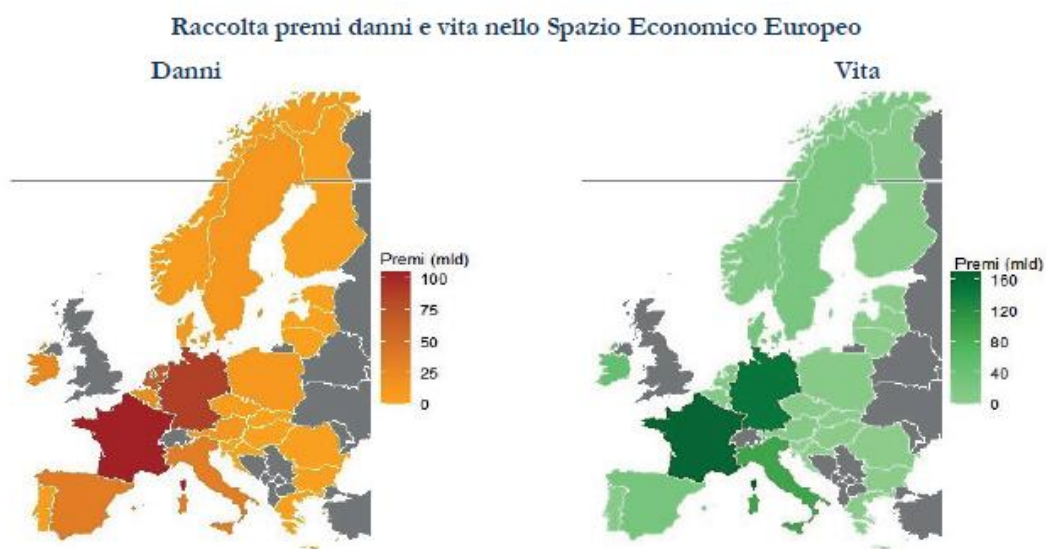
Correlazione tra variazioni 2021/2020 della raccolta danni e del PIL
(Paesi OCSE e 20 maggiori mercati assicurativi)



(IVASS, 2023)

Come si evince dai due grafici mostrati, infatti, l'aumento della raccolta dei premi vita e dei premi danni nei singoli paesi è correlato positivamente con la crescita del PIL di ciascuno di essi; sicuramente si può osservare una correlazione maggiormente significativa con riferimento alla crescita della raccolta dei premi relativi al ramo danni. (IVASS, 2023)

Circoscrivendo l'analisi all'ambito europeo, la raccolta premi complessiva (gestioni danni e vita) in tutto lo Spazio Economico Europeo (SEE, 27 Paesi) risulta al quarto trimestre 2022 pari a 1.125,2 miliardi di euro, dei quali 479,6 miliardi dalla gestione danni e 645,6 miliardi dalla gestione vita. I maggiori mercati in termini assoluti di raccolta premi risultano Francia e Germania, rispettivamente con 272,6 e 238,8 miliardi, seguite da Italia con 131,6 miliardi, Paesi Bassi con 80,3 miliardi e Spagna con 62,9 miliardi.



(EIOPA, 2022)

Le immagini mostrano la suddivisione della raccolta premi assicurativi all'interno del SEE, rispettivamente in base al comparto danni e vita.

Nello specifico, relativamente al ramo danni, nel 2022 si evidenzia una raccolta premi particolarmente eterogenea: in Francia è pari a 104,9 miliardi di euro, in Germania a 88,6 miliardi, in Italia a 35,7 miliardi e in Spagna a 36,4 miliardi. Malta e Lussemburgo, con alti tassi di penetrazione assicurativa (rispettivamente 17,5% e 16,1% dei rispettivi PIL nel 2021), raccolgono 3 e 14,3 miliardi di euro.

Considerando, invece, il comparto vita, l'ordinamento dei Paesi in termini di raccolta premi è il seguente: Francia con 167,7 miliardi, Germania con 150,2 miliardi, Italia con 95,9 miliardi, Irlanda con 48,8 miliardi, Spagna con 26,5 miliardi e Lussemburgo con 24,7 miliardi di euro. (IVASS, 2023)

Per quanto fino ad ora enunciato, si può quindi affermare con certezza che il mercato assicurativo italiano, per quanto con una certa diversità di impatto tra i due diversi comparti vita e danni, sia uno tra i più attivi, sia in Europa che a livello globale. L'IVASS pubblica con cadenza periodica, nella sezione del sito "Pubblicazioni e statistiche", dati sul mercato assicurativo italiano; al 31 dicembre 2022 disponeva che: *"In Italia operano 88 imprese di assicurazione nazionali e 4 rappresentanze di imprese extra SEE (82% dei premi totali). Sono autorizzati 235.404 intermediari di assicurazione (agenti, broker, etc.)", inoltre "sono autorizzate a operare imprese SEE di assicurazione e riassicurazione con 89 rappresentanze e 889 imprese in libera prestazione di servizi, che raccolgono il 18% dei premi."*

Tra il 2013 e il 2022 il numero di imprese nazionali si è ridotto da 131 a 88, con una contrazione del 33% nel decennio, soprattutto a causa di fusioni e acquisizioni effettuate con l'obiettivo di semplificare la struttura partecipativa, ampliare il modello di offerta, porre in essere strategie di diversificazione del rischio e di sinergie di costo finalizzate ad ottenere una più efficiente gestione. Tra le operazioni straordinarie recenti maggiormente impattanti nel settore assicurativo rilevano:

- fusione per incorporazione di Cargeas Assicurazioni S.p.A. in Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A.,
- fusione per incorporazione di REVO S.p.A., holding di partecipazioni a capo del gruppo assicurativo Elba, nella controllata Elba Assicurazioni S.p.A. (che ha assunto la denominazione sociale in REVO Insurance S.p.A.),
- fusione per incorporazione di HDI Italia S.p.A. nella controllante HDI Assicurazioni S.p.A.
- fusione per incorporazione di Genertel S.p.A. in Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.
- scissione di Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. in Generali Italia S.p.A.

- fusione per incorporazione della società di servizi Generali Business Solutions S.p.A. in Generali Italia S.p.A.

(IVASS, 2023)

A conclusione della seguente analisi, ed al contempo come anticipazione di quanto verrà poi trattato specificatamente in un successivo capitolo, seguono alcune “classifiche”, sulla base dei dati al 31 dicembre 2022, riepilogative dei principali attori del mercato assicurativo italiano.

Classifiche per profitti

1	Utile netto	migliaia di euro
1	Ass.ni Generali	2.820.528
2	Generali Italia	540.210,03
3	Poste Vita	481.713,9
4	UnipolSai	144.730,89
5	Intesa SP Assicura	119.691
6	Sace	83.826,58
7	Intesa SP Rbm Salute	81.832,55
8	Mediolanum Vita	73.196,46
9	Vittoria Ass.ni	62.540,04
10	Unisalute	60.802,87

(KPMG, Annuario assicurazioni 2023)

Classifiche per premi emessi

▲	Classifica Vita	▼	Premi emessi	▼	▲	Classifica Danni	▼	Premi emessi	▼
			migliaia di euro					migliaia di euro	
1	Poste Vita		17.179.479		1	UnipolSai		7.199.914	
2	Intesa SP Vita		10.100.882		2	Generali Italia		6.497.888	
3	Generali Italia		8.606.143		3	Allianz (Italia)		3.790.220	
4	Alleanza Ass.ni		6.159.198		4	Ass.ni Generali		2.396.423	
5	Unicred-Allianz Vita		4.654.775		5	Axa Ass.ni		1.854.225	
6	Mediolanum Vita		4.295.667		6	Cattolica Ass.ni (*)		1.736.823	
7	Credit Agricole Vita		3.535.004		7	Reale Mutua		1.723.701	
8	Bnp Cardif Vita		3.431.263		8	Zurich Ins. Plc.		1.357.549	
9	UnipolSai		3.392.524		9	Vittoria Ass.ni		1.325.142	
10	Fideuram Vita		3.272.253		10	Groupama Ass.ni		934.499	

(KPMG, Annuario assicurazioni 2023)

Classifiche per ramo _ RC AUTO

▲	RC Auto	Premi di competenza migliaia di euro	Sinistri di competenza migliaia di euro	Sinistri / premi
1	UnipolSai	2.805.912	2.136.480	76,14
2	Allianz (Italia)	1.576.377	1.283.963	81,45
3	Intesa SP Rbm Salute	1.237.169	971.602	78,53
4	Vittoria Ass.ni	687.326	594.116	86,44
5	Axa Ass.ni	666.687	538.657	80,80
6	Cattolica Ass.ni (*)	660.229	522.023	79,07
7	Reale Mutua	437.905	352.442	80,48
8	Allianz Direct	393.096	443.214	112,75
9	Groupama Ass.ni	407.632	353.528	86,73
10	Zurich Ins. Plc.	n.d.	n.d.	n.d.

(KPMG, Annuario assicurazioni 2023)

Classifiche per ramo _ RC GENERALE

▲	RC Generale	Premi di competenza migliaia di euro	Sinistri di competenza migliaia di euro	Sinistri / premi
1	UnipolSai	739.798	142.055	19,20
2	Generali Italia	725.948	347.398	47,85
3	Intesa SP Rbm Salute	n.d.	n.d.	n.d.
4	Allianz (Italia)	285.894	104.075	36,40
5	AmTrust Ass.ni	257.314	197.167	76,63
6	Reale Mutua	246.176	139.131	56,52
7	Lloyd's Ins. Co.	n.d.	n.d.	n.d.
8	Zurich Ins. Plc.	n.d.	n.d.	n.d.
9	Cattolica Ass.ni (*)	206.420	36.541	17,70
10	Axa Ass.ni	180.246	50.646	28,10

(KPMG, Annuario assicurazioni 2023)

Classifiche per ramo _ INFORTUNI

▲	Infortuni	Premi di competenza migliaia di euro	Sinistri di competenza migliaia di euro	Sinistri / premi
1	UnipolSai	621.885	306.846	49,34
2	Generali Italia	531.237	284.449	53,54
3	Intesa SP Rbm Salute	362.879	159.413	43,93
4	Intesa SP Assicura	280.411	110.300	39,34
5	Cattolica Ass.ni	155.438	79.127	50,91
6	Axa Ass.ni	147.178	69.044	46,91
7	Poste Assicura	112.790	59.254	52,53
8	Vittoria Ass.ni	106.208	36.087	33,98
9	Zurich Ins. Plc.	n.d.	n.d.	n.d.
10	Reale Mutua	102.722	57.418	55,90

(KPMG, Annuario assicurazioni 2023)

Classifiche per ramo _ MALATTIA

▲	Malattia	Premi di competenza migliaia di euro	Sinistri di competenza migliaia di euro	Sinistri / premi
1	Generali Italia	607.565	476.765	78,47
2	Unisalute	553.113	426.700	77,15
3	Intesa SP Rbm Salute	503.562	449.638	89,29
4	Allianz (Italia)	233.644	168.707	72,21
5	Reale Mutua	216.591	206.197	95,20
6	UnipolSai	190.894	157.672	82,60
7	Poste Assicura	178.958	154.039	86,08
8	Axa Ass.ni	130.642	112.767	86,32
9	Incontra Ass.ni	76.598	1.726	2,25
10	Intesa SP Assicura	106.032	43.172	40,72

(KPMG, Annuario assicurazioni 2023)

Classifiche per ramo _ INCENDIO ED ALTRI ELEMENTI NATURALI

▲	Incendio ed altri elementi naturali	Premi di competenza migliaia di euro	Sinistri di competenza migliaia di euro	Sinistri / premi
1	UnipolSai	562.382	438.177	77,91
2	Generali Italia	545.705	428.845	78,59
3	Intesa SP Rbm Salute	251.712	153.746	61,08
4	Reale Mutua	181.709	143.074	78,74
5	Intesa SP Assicura	105.504	36.209	34,32
6	Cattolica Ass.ni (*)	116.732	116.449	99,76
7	Axa Ass.ni	92.227	131.098	142,15
8	Zurich Ins. Plc.	n.d.	n.d.	n.d.
9	Itas Mutua	103.247	53.196	51,52
10	Vittoria Ass.ni	95.438	63.440	66,47

(KPMG, Annuario assicurazioni 2023)

1.5 La normativa

Per quanto detto fin qui, si può facilmente dedurre la complessità che caratterizza tutto ciò che attiene al settore assicurativo. Tra le problematiche più rilevanti, rilevano la presenza di asimmetrie e di incompletezza informativa che conducono a fenomeni di selezione avversa, di azzardo morale e di frode. Si ha selezione avversa ogni qualvolta una delle parti del contratto è incerta sulla qualità del bene o del servizio oggetto della negoziazione; mentre si ha azzardo morale quando si versa in situazioni in cui l'inosservabilità del comportamento di una delle parti del contratto rende possibile l'adozione di comportamenti opportunistici.

Per le caratteristiche proprie di un contratto assicurativo, entrambe le parti contrattuali, assicurato e assicuratore, date le loro posizioni, possono potenzialmente cogliere opportunità di azzardo morale e selezione avversa a discapito dell'altra.

A mitigare problematiche di questo genere sul fronte dell'assicurato sono tendenzialmente soluzioni di mercato o contrattuali; in questa sede costituiscono un esempio le assicurazioni obbligatorie. Infatti, l'assicuratore non ha certezze relativamente

alla qualità dei potenziali assicurati, ovvero al rischio oggetto della copertura assicurativa offerta (ad esempio i conducenti possono avere una maggiore o minore attitudine alla guida e questo aspetto non è rilevabile dall'assicuratore); nonostante ciò, offre ai potenziali assicurati le stesse condizioni, e quindi gli stessi premi (se l'assicuratore potesse individuare l'entità del rischio oggetto di copertura offrirebbe premi direttamente proporzionali al rischio assunto). Offrendo la polizza allo stesso prezzo a tutti gli assicurati a prescindere dal loro livello di rischio, saranno incentivati a sottoscrivere il contratto soltanto quelli maggiormente rischiosi e disincentivati quelli meno rischiosi. Ne consegue che gli assicurati saranno tutti ad alto rischio e molto probabilmente l'assicuratore avrà difficoltà nel fronteggiare i risarcimenti a fronte dei sinistri, che peraltro saranno molto frequenti. Tale situazione rappresenta il fenomeno di selezione avversa, e come detto, una soluzione a tale problematica è l'assicurazione obbligatoria perché in tal caso anche gli assicurati "di buona qualità", e quindi meno rischiosi, sono costretti ad assicurarsi.

A mitigare problematiche di azzardo morale o selezione avversa sul fronte dell'assicuratore, invece, sono gli interventi normativi. Ad esempio, è previsto, al fine di evitare fenomeni di selezione avversa a discapito degli assicurati (assicuratori non solvibili), che l'attività assicurativa debba e possa essere intrapresa (autorizzata) soltanto a fronte di determinati "requisiti qualitativi". Al fine di evitare fenomeni di azzardo morale (assunzione di rischi eccessivi), invece, è richiesto il soddisfacimento di un requisito di capitale minimo in funzione dei rischi assunti, la cosiddetta "condizione di solvibilità".

In ambito assicurativo, pertanto, osserviamo un corpo regolamentare e un'attività di vigilanza prudenziale che intervengono in modo molto rigoroso affinché le imprese assicurative operino rispettando gli impegni assunti e con una gestione in costante equilibrio. (Floreani, 2011)

In Italia la funzione di regolamentazione e di vigilanza è svolta dall'IVASS (sostituto dell'ISVAP). *"L'IVASS, Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire l'adeguata protezione degli assicurati perseguendo la sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e riassicurazione e la loro trasparenza e correttezza nei confronti della"*

clientela. L'Istituto persegue altresì la stabilità del sistema e dei mercati finanziari.”
(www.ivass.it, 2017)

Dalla definizione appena citata, si deduce come l'IVASS svolga una duplice attività di vigilanza: “microprudenziale” e “macroprudenziale”. Nel primo caso si fa riferimento alla supervisione delle condizioni patrimoniali, finanziarie e tecniche delle singole compagnie assicurative, garantendo il loro equilibrio gestionale e la loro trasparenza nei confronti degli stakeholders; nel secondo caso, invece, si fa riferimento alla supervisione svolta dall'IVASS del mercato assicurativo nel suo complesso, garantendone la sua stabilità. Nello specifico, l'IVASS autorizza l'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, controlla il rispetto degli obblighi di informativa, correttezza e trasparenza, accerta le condotte illecite ed applica le sanzioni. (Pezzuto, 2019)

Inoltre, l'IVASS detiene una funzione normativa secondaria finalizzata a dare attuazione al Codice delle assicurazioni private ed alle disposizioni emanate dall'EIOPA, autorità di vigilanza europea. In particolare, adotta provvedimenti e regolamenti, aventi natura vincolante, e raccomandazioni, orientamenti e documenti esplicativi attraverso comunicazioni, lettere al mercato e circolari, aventi natura non vincolante. (www.ivass.it, 2017)

L'EIOPA, *European Insurance and Occupational Pensions Authority*, fa parte del sistema europeo di vigilanza finanziaria. Si tratta di un organo indipendente che fornisce pareri alla Commissione europea, al Parlamento europeo e al Consiglio dell'Unione Europea. Esso monitora la stabilità del sistema finanziario, garantisce la trasparenza dei mercati e dei prodotti finanziari e contribuisce alla protezione degli assicurati e degli iscritti e beneficiari dei sistemi pensionistici. (www.unioneuropea.it)

La normativa nazionale primaria di riferimento relativamente al settore assicurativo è rappresentata dal Codice delle Assicurazioni Private, istituito con il Decreto legislativo n. 209 del 7 settembre 2005, e successive modifiche ed integrazioni (attuato anche per recepire quanto previsto dalle Direttive Europee). “*Il Codice delle Assicurazioni Private è una legge di principi e di attribuzione di poteri che stabilisce le norme fondamentali e definisce le competenze dell'IVASS. In particolare, attribuisce all'Istituto il potere di emanare norme secondarie (Regolamenti, Provvedimenti, ecc.) e di adottare interventi di carattere prudenziale*” (www.ivass.it, 2017). Pertanto, oltre a delineare le regole

fondamentali in materia assicurativa, il Codice delle Assicurazioni Private definisce l'area di competenza dell'istituto di vigilanza nazionale.

La Direttiva 138 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea del 25 Novembre 2009, nota come "Solvency II", ha comportato un profondo cambiamento nella normativa di riferimento del settore assicurativo. Tale Direttiva è stata recepita nell'ordinamento italiano dal Decreto legislativo 174/2015 che ha modificato notevolmente il Codice delle Assicurazioni private. Solvency II, con lo scopo di garantire il mantenimento di un capitale più solido in relazione al profilo di rischio di ciascuna compagnia assicurativa, definisce un nuovo assetto patrimoniale e nuove regole di gestione e determinazione del rischio; inoltre, pone particolare attenzione al requisito di trasparenza verso gli stakeholders. (Pezzuto, 2019)

Proprio con riferimento a quest'ultimo punto, la disciplina del settore assicurativo, impone una struttura obbligatoria al bilancio di esercizio delle imprese di assicurazione in quanto quest'ultimo detiene le fondamentali funzioni esplicative e informative nei confronti dell'organo di vigilanza e di terzi soggetti circa l'adempimento degli obblighi previsti dalla legge e la rappresentazione delle performance aziendali.

Le imprese di assicurazioni sono tenute a redigere il bilancio di esercizio conformemente a quanto disposto dal Decreto legislativo 173 del 1997, dalle norme previste dal Titolo VIII ("Bilancio e strutture contabili") del Codice delle assicurazioni private, dalla normativa secondaria emanata dall'IVASS in materia di contabilità e dal Codice civile.

Il Decreto legislativo 38 del 2005, recante le opzioni in materia di applicazione dei principi contabili internazionali (IAS/IFRS) previste dall'art. 5 del Regolamento CE n. 1606/2002, ha disposto che redigano il bilancio assicurativo in conformità ai principi contabili internazionali:

- le imprese di assicurazione tenute alla redazione del bilancio consolidato, a decorrere dall'esercizio 2005;

- le imprese di assicurazione che emettono strumenti finanziari ammessi alla negoziazione in mercati regolamentati in qualsiasi Stato membro dell'Unione europea,

anche se non redigono il bilancio consolidato, a decorre dall'esercizio 2006. (Lai, 2005)

In sintesi, redigono il bilancio assicurativo conformemente alle norme contabili nazionali le sole imprese di assicurazioni che non redigono il bilancio consolidato e/o non emettono strumenti finanziari quotati in mercati regolamentati.

Si precisa che al fine di migliorare la rappresentazione della situazione economico-finanziaria delle imprese di assicurazioni e di garantire elevati livelli di trasparenza, comparabilità ed uniformità dell'informativa contabile, nell'interesse degli stakeholders, la normativa contabile nazionale di riferimento è allineata con quanto disposto dai principi contabili internazionali. (Cappiello, 2022) Infatti, la cornice metodologica del bilancio assicurativo redatto secondo i principi IAS/IFRS non sfugge all'intervento dell'IVASS, che conserva i poteri normativi di cui all'art. 191 del Codice delle assicurazioni private, da esercitare nel rispetto dei principi contabili internazionali relativamente alla possibilità di emanare disposizioni integrative in materia di bilancio. (Lai, 2005)

In ambito assicurativo i principi contabili internazionali aventi l'impatto maggiormente significativo sono l'IFRS 17 "Contratti assicurativi" e l'IFRS 9 "Strumenti finanziari", introdotti recentemente. Nello specifico, l'IFRS 17 è entrato in vigore il 1° gennaio 2023 sostituendo l'omonimo vigente principio IFRS 4. Mentre, l'IFRS 9 è entrato in vigore il 1° gennaio 2018 in luogo dello IAS 39 "Strumenti finanziari: rilevazione e valutazione". (IVASS, 2022)

Il processo che ha portato alla realizzazione dell'IFRS 17 è stato tra i più lunghi e travagliati di tutti i principi contabili IAS/IFRS; infatti, il principio è stato emanato dallo IASB nel maggio del 2017 ma è stato omologato dall'Unione Europea soltanto il 23 novembre 2021. (Wolters Kluwer Italia, 2023) Data la complessità propria di tale principio e quindi della relativa conformazione per le compagnie assicurative, è stato permesso loro di beneficiare della posticipazione nell'applicazione dell'IFRS 9, allineando la data di prima applicazione a quella dell'IFRS 17. (www.pwc.com/it)

1.6 Il bilancio assicurativo: tratti principali

Il bilancio di esercizio è un “*documento contabile finalizzato a fornire ai soci e ai terzi una rappresentazione della situazione economica, finanziaria e patrimoniale dell’azienda*” (www.borsaitaliana.it), redatto alla fine di ogni periodo amministrativo. In realtà, la funzione informativa del bilancio assicurativo nei confronti degli stakeholders non si può dire essere sempre stata pienamente rispettata. Infatti, ciò che caratterizzava il bilancio delle imprese di assicurazione fino all’entrata in vigore del Decreto legislativo n. 173/97 era l’elevato grado di analiticità nell’esposizione delle informazioni contabili, la laboriosità dei documenti e, pertanto, la poca chiarezza (peraltro richiesta dal Codice civile) ed immediatezza del contenuto. Questo dimostrava che il primario destinatario della rendicontazione contabile assicurativa risultava essere l’Autorità di vigilanza piuttosto che i soci e tutti gli altri stakeholders, poiché per questi ultimi risultava eccessivamente complessa. Il Decreto legislativo n. 173/97, di recepimento della Direttiva UE 91/674 in tema di conti annuali e consolidati delle imprese di assicurazione, ha risolto la problematica appena descritta conferendo al bilancio delle imprese di assicurazione una duplice valenza: da un lato come strumento di vigilanza per l’Organo di controllo e dall’altro come strumento di trasparenza informativa della situazione patrimoniale, economica e finanziaria dell’impresa per i soci e per gli stakeholders nel loro insieme. (Cappiello, 2012)

L’art. 7 comma 1 del Decreto legislativo 173/97 intitolato “Redazione del bilancio” dispone che “*Per la redazione del bilancio di esercizio si applicano le disposizioni dell’articolo 2423, commi 1, 2, 3 e 4 del codice civile.*” Quest’ultimo al comma 1 impone che il bilancio debba essere costituito da Stato Patrimoniale, Conto Economico, Rendiconto Finanziario e Nota Integrativa. Lo Stato Patrimoniale è il documento che mostra la situazione patrimoniale dell’impresa alla data di chiusura dell’esercizio. Il Conto Economico determina il risultato economico dell’esercizio che potrà essere un’utile o una perdita; esso nel bilancio assicurativo è distinto in Conto tecnico del ramo danni, Conto tecnico del ramo vita e Conto non tecnico. Il Rendiconto finanziario evidenzia l’ammontare e la composizione delle disponibilità liquide all’inizio e alla fine dell’esercizio e i flussi finanziari. E infine, la Nota Integrativa fornisce informazioni ulteriori rispetto a quelle desumibili dagli altri documenti allo scopo di soddisfare

maggiormente il requisito di chiarezza richiesto dal Codice civile. Ai sensi dell'art. 94 del Codice delle assicurazioni private, il bilancio delle imprese di assicurazione deve essere accompagnato da una "Relazione sulla gestione" redatta dagli amministratori che esponga un'analisi fedele ed esauriente sull'andamento dell'impresa e sui principali rischi a cui essa è esposta.

Inoltre, per le imprese assicurative che redigono il bilancio applicando i principi contabili internazionali, oltre ai documenti sopracitati, devono essere predisposti, ai sensi dello IAS 1, anche il Conto economico complessivo ed il Prospetto delle variazioni del patrimonio netto. (Cappiello, 2012)

Il bilancio di un'impresa di assicurazione, come quello di una qualsiasi altra impresa, è un sistema di valori determinati, in parte sulla base di scambi monetari effettuati e rilevati tramite la registrazione contabile durante il periodo amministrativo, ed in parte su fondamenti di stime, ipotesi e previsioni. Le poste principali di un bilancio assicurativo, però, a differenza dei bilanci delle altre tipologie di imprese, sono rappresentate da riserve tecniche ed investimenti patrimoniali il cui valore è determinato mediante stima, anche se i calcoli si basano su processi tecnici ben determinati e sono oggetto di giudizio da parte di esperti in materia. A fronte di questa peculiarità, in ambito assicurativo (e più in generale in ambito finanziario) più che in altri ambiti, il legislatore si è premurato di fissare criteri cui ispirarsi per determinare le stime quanto più possibile in modo oggettivo ed accurato. (Prospetti e Colavolpe, 2012)

Le riserve tecniche costituiscono le principali poste del passivo dello Stato Patrimoniale di un bilancio assicurativo. Dal momento in cui l'impresa di assicurazione incassa i premi all'eventuale erogazione delle prestazioni, ovvero delle potenziali uscite monetarie, trascorre un certo periodo di tempo, tendenzialmente ampio. L'inversione del ciclo monetario, dunque, comporta l'acquisizione di risorse finanziarie in anticipo a cui, di fatto, corrispondono obbligazioni future, indeterminate nel loro ammontare e soltanto potenziali, nei confronti di assicurati o beneficiari delle prestazioni. Tali impegni futuri e potenziali assunti dalle compagnie assicurative non rappresentano propriamente dei debiti in quanto non costituiscono impegni a pagare determinati nell'ammontare e nella scadenza, bensì rappresentano delle posizioni debitorie soltanto eventuali che le imprese assumono verso i soggetti; pertanto, esse costituiscono particolari tipologie di passività

assicurative. (Paci, 2019) Dal punto di vista operativo, le riserve tecniche vengono alimentate da *“accantonamenti finanziari costituiti con parte dei premi versati dagli assicurati, destinati agli assicurati stessi”* (Cerchiara, 2016). Ad ogni premio incassato, quindi, la compagnia assicurativa provvede ad accantonare una quota per fronteggiare il rischio di dover far fronte in futuro alla corrispettiva uscita di cassa; pertanto, tale accantonamento non impatta soltanto sullo Stato Patrimoniale andando ad alimentare la riserva tecnica, bensì anche sul Conto Economico, quale costo non monetario. Nello specifico, andrà a confluire nel Conto tecnico del ramo vita, se connesso ad un contratto assicurativo relativo al ramo vita, altrimenti confluirà nel Conto tecnico del ramo danni. (Paci, 2019)

“Il ciclo degli investimenti ha origine con l’acquisizione delle masse monetarie correlate, dal punto di vista economico, con il conseguimento dei ricavi e pone all’impresa problemi di gestione patrimoniale per via della necessità di dare una destinazione adeguata a tali mezzi finanziari.” (De Finetti e Emanuelli, 1967)

Infatti, le riserve tecniche sono sistematicamente investite in attività finanziarie (e in parte reali) dando luogo al tipico processo di intermediazione finanziaria messo in atto dalle imprese assicurative. Va osservato che gli impegni assunti, non avendo tipicamente una scadenza precisa da rispettare e lasciando, perciò, una certa discrezionalità sugli effettivi tempi ed importi di pagamento, devono guidare l’impresa nella selezione degli attivi a loro copertura. In altre parole, *“le attività devono avere un rendimento atteso coerente con l’impegno garantito”*. (Paci, 2019)

Pertanto, gli investimenti rappresentano *“l’aggregato omogeneo di valori più importante e rilevante in termini di importo, insieme alle riserve tecniche, dello Stato Patrimoniale assicurativo”* (Prospetti e Colavolpe, 2012)

L’ammontare degli investimenti, e quindi la correlazione con l’entità delle riserve tecniche, non risponde soltanto all’esigenza di mantenere una gestione finanziaria equilibrata, ma rappresenta un requisito imposto dal legislatore per ragioni di garanzia degli impegni assunti nei confronti degli assicurati. L’esistenza di vincoli normativi limita la libertà delle imprese di assicurazione in termini di scelta della *“combinazione ottimale”* degli investimenti da effettuare. Questi ultimi dovrebbero cercare di soddisfare contemporaneamente tre requisiti tra loro antitetici: redditività, sicurezza e liquidità.

(Cassandro, 1975) Nella realtà dei mercati finanziari, però, essi sono difficilmente conciliabili; è questo il motivo per cui lo Stato Patrimoniale di un'impresa di assicurazioni presenta una molteplicità e varietà di investimenti. La strategia di diversificazione permette, infatti, di “compensare i requisiti” mitigando il rischio: la minore redditività di un investimento “sicuro” è compensata dalla maggiore redditività di un investimento più rischioso. (Prospetti e Colavolpe, 2012)

Per un'impresa operante in un settore economico come, ad esempio, quello industriale in cui il ciclo finanziario vede le uscite monetarie precedere le entrate, il capitale proprio (o patrimonio netto) soddisfa primariamente una funzione di finanziamento dell'attività di impresa. Come si è già detto più volte, non è questo il caso delle imprese assicuratrici; infatti, qui l'attività è sostanzialmente finanziata dai flussi di cassa in entrata legati all'incasso dei premi che precedono le uscite monetarie dell'impresa. Pertanto, per le imprese di assicurazioni, il patrimonio netto ha un ruolo differente. L'assicuratore, nel gestire il capitale di terzi in condizioni di rischio, deve possedere un assetto patrimoniale che consenta, con elevata probabilità, la copertura degli impegni assunti. Sicuramente deve dotarsi di investimenti adeguati a far fronte alle riserve tecniche che garantiscano la copertura “in media” degli impegni assunti, ma deve anche possedere un “elemento di garanzia”. (Cerchiara, 2016) In altre parole, deve sussistere un patrimonio netto tale da conferire all'impresa solvibilità. In questo senso è intervenuta la Direttiva Solvency II fissando il Solvency Capital Requirement (SCR), definito come “*il capitale che le imprese assicurative devono detenere per poter onorare con una probabilità del 99,5% gli obblighi nei confronti dei propri assicurati durante i 12 mesi successivi alla valutazione*”. (CConsulting, 2017) Si tratta, quindi, di un requisito di capitale proprio, che la compagnia assicurativa deve soddisfare, determinato sulla base del rischio assunto dalla stessa mediante metodi di valutazione puntualmente definiti dalla suddetta Direttiva.

In conclusione, alla trattazione sommaria degli aspetti principali di un bilancio assicurativo resta da approfondire l'articolazione in tre distinte sezioni del Conto Economico, quali Conto tecnico del ramo danni, Conto tecnico del ramo vita, e il Conto non tecnico. Le prime due sezioni mostrano rispettivamente i componenti positivi e negativi di reddito ed i rispettivi risultati; mentre, il Conto non tecnico ha la funzione di aggregare i risultati dei conti tecnici di ramo e di integrarli con gli altri ricavi e costi non

specificamente connessi alle gestioni tecniche, per determinare l'utile o la perdita dell'esercizio. Perciò, quest'ultimo evidenzia, grazie all'esposizione dei singoli risultati intermedi, il processo di formazione del risultato d'esercizio e la partecipazione delle singole gestioni. (Cerchiara, 2016) La particolare articolazione del prospetto che ha previsto il legislatore consente da un lato di soddisfare il requisito dell'immediatezza informativa grazie alla raccolta dei dati complessivi nel Conto non tecnico, e al contempo permette di dare evidenza dell'andamento delle due diverse gestioni (Prospetti e Colavolpe, 2012). Perciò, l'obiettivo di tale struttura è rappresentato dalla possibilità di analizzare separatamente i risultati della gestione assicurativa (Conti tecnici) e quelli della gestione patrimoniale-finanziaria (Conto non tecnico).

CAPITOLO II

IFRS 17: una rivoluzione della contabilità nel settore assicurativo

2.1 Verso un nuovo principio: da IFRS 4 a IFRS 17

L'International Accounting Standard Board (IASB) ha emesso il 18 maggio 2017 il nuovo principio contabile IFRS 17 "Insurance Contracts", seconda fase di un progetto nato con l'IFRS 4, con l'obiettivo di arrivare ad un comune e globale principio contabile applicabile al settore assicurativo. (Sbisà, 2017)

Attualmente, i differenti trattamenti contabili all'interno delle diverse giurisdizioni rendono difficile agli stakeholders l'interpretazione ed il confronto dei risultati di una compagnia assicurativa. Il nuovo principio contabile IFRS 17 evolve la normativa precedente, introducendo maggior trasparenza e uniformità nella valutazione dei contratti assicurativi e riducendo la soggettività nella redazione dei bilanci concessa da IFRS 4. (Sbisà, 2017) Quest'ultimo, infatti, *"ha permesso il proliferare di una miriade di differenti approcci e politiche contabili che hanno comportato una generalizzata mancanza di comparabilità non solo tra i bilanci assicurativi e quelli di altri settori ma anche tra i bilanci dei diversi gruppi assicurativi"*. (www.pwc.com/it)

La definizione di un corpo di regole che individui univocamente le fasi di riconoscimento, aggregazione, valutazione e rappresentazione dei contratti assicurativi ha richiesto una fase di stesura molto lunga; l'esito è uno standard che rappresenta il più importante cambiamento dei requisiti europei di contabilità assicurativa degli ultimi 20 anni. (Sbisà, 2017)

Si è trattato di un processo di realizzazione tra i più estesi e complessi di tutti i principi contabili IAS/IFRS: una storia caratterizzata da peculiarità uniche mai riscontrate nella predisposizione di nessun altro principio contabile internazionale, innegabilmente legata alla complessità del settore, all'unicità e tipicità del business assicurativo, alle

differenze contabili esistenti a livello globale ed ai conseguenti impatti derivanti dall'armonizzazione delle regole contabili. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

Lo IASB diede avvio al progetto denominato “Insurance Contracts” più di un quarto di secolo fa, nel 1997, costituendo un apposito “Steering Committee” con l’obiettivo di racchiudere in uno specifico principio contabile le regole sia relative alla contabilizzazione che alla valutazione dei contratti assicurativi e delle poste ad essi collegate. Nel 2002, riconoscendo la notevole complessità propria delle tematiche oggetto dell’ambito standard contabile, ed in modo particolare dei metodi e criteri di valutazione piuttosto che degli aspetti classificatori, lo IASB decise di suddividere in due fasi distinte il progetto “Insurance Contracts”. La “fase I” si realizzava con l’emanazione nel 2004 del principio IFRS 4 che, fin dalla sua origine, era già dichiaratamente e volutamente provvisorio in quanto, al di là degli aspetti essenzialmente classificatori, concedeva alle imprese di assicurazione di continuare, seppur temporaneamente, ad adottare le regole contabili locali e le politiche valutative esistenti, con qualche limite e puntualizzazione. La “fase II”, invece, era stata progettata per sfruttare le tempistiche necessarie per sviluppare un nuovo principio, ovvero l’aggiornamento del precedente IFRS 4; tuttavia, per numerose ragioni, tale fase ha subito notevoli ritardi e difficoltà, che hanno allungato i tempi e, dunque tardato l’emanazione del nuovo principio contabile. Tra le principali cause che hanno comportato uno slittamento delle tempistiche previste si possono citare:

- la crisi economico-finanziaria del 2007/2008 che ha coinvolto in misura significativa anche importanti gruppi assicurativi
- la revisione del “Conceptual Framework”;
- l’emanazione del nuovo principio IFRS 9 in sostituzione dello IAS 39 relativo alla contabilizzazione e valutazione degli strumenti finanziari;
- la revisione dello IAS 37 sulle passività potenziali;
- l’emanazione del nuovo principio IFRS 15 sulla “revenue recognition”;
- la volontà di elaborare un principio in ambito assicurativo congiuntamente (o almeno in collaborazione) con il FASB statunitense, in modo da perseguire la massima convergenza possibile;
- l’emanazione e l’entrata in vigore della complessa e articolata Direttiva “Solvency II”, che ha impattato significativamente sul settore assicurativo.

Nel luglio 2010 lo IASB pubblicò un primo “Exposure Draft” per questo nuovo principio contabile, seguito, il 20 giugno 2013, dopo una lunga fase di consultazione, da un “revised Exposure Draft”. Tali proposte di revisione erano finalizzate a fornire delle regole di base coerenti per la contabilizzazione dei contratti assicurativi e a facilitare agli utilizzatori dei bilanci la comprensione di come i contratti assicurativi influenzano la posizione finanziaria, la performance economica e i flussi finanziari della compagnia. Il problema principale si poneva, non tanto in relazione alla comparabilità temporale dei bilanci, quanto piuttosto alla comparabilità spaziale delle compagnie assicurative geograficamente localizzate in luoghi diversi e sotto ordinamenti giurisdizionali, regolamentari e contabili significativamente differenziati.

L’IFRS 17 (precedentemente denominato IFRS 4 - Fase II) venne, quindi, pubblicato dallo IASB il 18 maggio 2017, dunque tredici anni dopo l’emanazione del “provvisorio” IFRS 4 e dopo più di dieci anni di lavori. Lo IASB, per le complessità implementative sottostanti ai nuovi requisiti previsti dallo standard, propose la prima applicazione per gli esercizi amministrativi a partire dal 1° gennaio 2021. Tuttavia, il 25 giugno 2020 con l’emissione degli “*Amendments to IFRS 17*”, pur esplicitamente rimarcando l’urgenza di applicazione del principio, lo IASB propose di posticipare la data di prima applicazione al 1° gennaio 2022. Successivamente, fu ulteriormente differita di un anno, infatti, il 19 novembre 2021, la Commissione Europea (CE) con il Regolamento (UE) 2021/2036 ha adottato e pubblicato in Gazzetta Ufficiale europea il testo dello Standard contabile internazionale IFRS 17 “Contratti assicurativi”, disponendo che le imprese rientranti nell’ambito di applicazione adottano il nuovo standard “*al più tardi a partire dalla data di inizio del loro primo esercizio finanziario che cominci il 1 gennaio 2023 o successivamente.*” (Regolamento (UE) 2021/2036)

(Wolters Kluwer Italia, 2023)

Peraltro, il differimento della data di prima applicazione dell’IFRS 17, ha implicato anche il cosiddetto “*deferral approach*”, ovvero, la possibilità per le aziende che hanno come attività prevalente l’emissione di contratti assicurativi di beneficiare della posticipazione nell’applicazione dell’IFRS 9 per la contabilizzazione degli investimenti finanziari, allineando la data di prima applicazione a quella dell’IFRS 17, al fine di poter pianificare l’adozione di due nuovi complessi standard contabili in parallelo. (www.pwc.com/it)

Non sono mancati ovviamente i commenti alla decisione di posticipare di due anni l'entrata in vigore dell'IFRS 17, a titolo esemplificativo, si riporta di seguito il commento di *Olav Jones* (all'epoca della decisione del rinvio vicedirettore generale di Insurance Europe), che riferiva *“Accogliamo con favore la decisione di posticipare l'entrata in vigore degli IFRS 17 e di estendere le esenzioni all'applicazione degli IFRS 9 al 2023. [...] Gli IFRS 17 introdurranno numerosi e fondamentali cambiamenti alla misurazione dello Stato Patrimoniale e alla presentazione del Conto Economico: bisognerà ripensare e sviluppare modelli, dati, risorse attuariali, sistemi IT, formazione e comunicazione agli investitori”*. Come per Jones, la decisione di posticipare di due anni la prima applicazione veniva appoggiata globalmente perché questo, non avrebbe né fermato e nemmeno rallentato il processo di adattamento ai nuovi standard, piuttosto, avrebbe consentito alle compagnie, comprese quelle più piccole, di superare concreti vincoli operativi e impatti regolatori. (Simonetti, 2020)

Per cimentarsi nell'analisi delle principali novità introdotte dallo standard internazionale IFRS 17, si ritiene opportuno sintetizzare schematicamente le principali differenze con il modello IFRS 4, soprattutto in relazione agli obiettivi.

UN NUOVO MODELLO PER LA MISURAZIONE DEI RISULTATI	
IFRS 4	IFRS 17
Enorme varietà di trattamenti contabili	Unica metodologia di valutazione comune alle diverse tipologie di contratti assicurativi
Riserve tecniche non necessariamente a valori correnti (es. in Italia riserve valorizzate al costo storico)	Riserve tecniche a valori correnti
Poche informazioni su opzioni e garanzie	Metodologia di misurazione che riflette l'intero range di possibili risultati
Diffomità di regola nella determinazione del tasso di sconto	Tasso di sconto che riflette i flussi di cassa sul contratto
Stime non aggiornate	Stime che riflettono gli andamenti correnti

(Simonetti, 2020)

Il prospetto sintetizza le motivazioni che conducono ad attribuire allo standard in esame l'aggettivo "ambizioso"; infatti, alcune criticità croniche del sistema contabile assicurativo, che non erano state risolte con l'introduzione dell'IFRS 4, rientravano tra gli obiettivi principali dello IASB, tra questi, come indicato in più di un punto della tabella, la problematica relativa alla trasparenza e chiarezza delle informazioni. Queste ultime, in qualsiasi analisi economica, tanto di tipo "aziendale" quanto di tipo "gestionale", rappresentano un valore aggiunto di straordinario impatto; questo valore è tanto più rilevante nel settore assicurativo, in quanto le scelte delle compagnie assicurative si basano su previsioni di eventi aleatori; pertanto, il sistema informativo diventa un fattore imprescindibile. (Simonetti, 2020) Oltre a migliorare la qualità delle informazioni fornite agli stakeholders, un altro obiettivo fondamentale perseguito dallo IASB predisponendo il nuovo principio contabile internazionale è rappresentato dall'eliminazione delle numerose differenze contabili causate dalle valorizzazioni e dalle valutazioni dei contratti assicurativi applicando i diversi principi contabili nazionali, così come consentito dall'IFRS 4, uniformando e agevolando la comparabilità e la coerenza a livello internazionale per tutti gli utilizzatori del bilancio assicurativo. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

2.2 IFRS 17: le novità più importanti

Dal 1° gennaio 2023 l'IFRS 17 trova concreta applicazione per le compagnie di assicurazioni. Il Professore ordinario di Economia Aziendale e Docente di Bilancio delle Assicurazioni dell'Università degli Studi di Torino, Umberto Bocchino, descrive l'introduzione del nuovo standard internazionale applicabile ai contratti assicurativi come *“ un cambiamento epocale per le assicurazioni che estende i suoi effetti ben oltre gli aspetti contabili estimativi, e che comporta attività di ridisegno ed adeguamento di numerose funzioni aziendali dal punto di vista organizzativo, dei processi al loro interno, nonché nella tecnologia adottata”*, (Giornale delle Assicurazioni, 2023)

In effetti, si tratta di un sistema di regole che impatta in misura significativa e rilevante sulle compagnie assicurative a più livelli: contabile, informativo, gestionale, organizzativo, ma anche a livello operativo nelle varie fasi e componenti della cosiddetta gestione tecnica. Come già più volte affermato, si tratta di un principio contabile

sicuramente molto complesso e, per una sua comprensione e applicazione completa ed efficace, richiede indubbiamente un coinvolgimento significativo di competenze eterogenee, non solo contabili, ma anche quantitative, quali attuariali e di risk management. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

Le novità più importanti introdotte da IFRS 17 possono essere così sintetizzate:

- un nuovo schema di Conto Economico, con una nuova modalità di presentazione dei ricavi e una rappresentazione dei risultati per margini, suddivisi tra assicurativi e finanziari, anziché per “volumi” (Wolters Kluwer Italia, 2023)

- nuove importanti componenti di bilancio:

- il “Contractual Service Margin” (CSM) dato dalla somma algebrica del valore attuale di tutti i flussi di cassa futuri attesi, positivi e negativi, da un gruppo di contratti assicurativi (Bocchino, 2023)

- il “Profitto Atteso” dato dalla quota di ammortamento del CSM imputato gradualmente a Conto Economico lungo tutto il periodo in cui viene prestata la copertura assicurativa proporzionalmente all’erogazione del servizio assicurativo (Bocchino, 2023)

- il “Risk Adjustment”, che richiama, pur differenziandosi, il “Risk Margin” di Solvency II, rappresenta una componente delle riserve tecniche dato dalla remunerazione attesa dall’assicuratore a fronte del rischio tecnico (non finanziario) derivante dall’incertezza dei flussi di cassa assicurativi; da iscrivere a Conto Economico in base al rilascio del rischio (Sala e Moraldi, 2022)

- valutazione dei contratti assicurativi necessariamente al valore corrente (valore attuale), comprensivi di opzioni e garanzie. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

- stime più prudenti: attraverso l’attualizzazione dei flussi di cassa futuri al tasso free risk aggiustato si ottiene una migliore stima delle potenziali spese future per i sinistri al fine di determinare i relativi premi con una metodologia maggiormente prudentiale; (Bocchino, 2023)

In sintesi, si può individuare il cuore evolutivo del nuovo standard contabile internazionale nel passaggio da un approccio cosiddetto “*as is*” ad un approccio cosiddetto “*to be*” (Wolters Kluwer Italia, 2023); infatti, “*con le nuove logiche introdotte dall’IFRS 17 la contabilizzazione dei contratti assicurativi passa da una visione statica ad una visione dinamica degli stessi, in cui non è più rilevante soltanto il volume dei flussi*”

di cassa dell'anno, ma sono rilevanti tutti i flussi attesi anche per gli anni successivi al primo così da ottenere una visione prospettica sulla compagnia assicurativa, in linea con quanto già richiesto dalla normativa europea di Solvency II'. (D'Onofrio e Micocci, 2018)

2.3 Ambito di applicazione

Il presente paragrafo ha l'obiettivo di definire l'ambito di applicazione del nuovo standard internazionale IFRS 17, ovvero individuare le componenti assicurative che saranno soggette alle nuove regole contabili e valutative stabilite dall'IFRS 17 differenziandole da quelle non assicurative alle quali dovranno essere applicati, invece, altri principi contabili internazionali dedicati. (D'Onofrio e Micocci, 2018) Relativamente all'identificazione del perimetro di applicazione del nuovo standard, lo IASB ha mantenuto quanto disposto dal predecessore IFRS 4, prevedendo che:

“L'IFRS 17, indipendentemente da quella che è la denominazione o la natura giuridica del contratto, nonché la denominazione o il business della società che lo ha emesso, si applica:

- ai contratti assicurativi emessi;*
- ai contratti di riassicurazione emessi (riassicurazione attiva);*
- ai contratti di riassicurazione detenuti (riassicurazione passiva);*
- agli strumenti finanziari (contratti di investimento) emessi contenenti elementi di partecipazione discrezionale agli utili, ma solo se l'entità ha emesso anche contratti assicurativi.”*

(Wolters Kluwer Italia, 2023)

In merito a quest'ultimo punto si fornisce un esempio per comprendere la casistica identificata: una società Gamma emette solo contratti di investimento e, tra questi, anche alcuni strumenti finanziari con partecipazione discrezionale agli utili; tali contratti andranno valutati secondo l'IFRS 9. Una società Beta, invece, è una compagnia di assicurazione che emette regolarmente contratti di assicurazione e riassicurazione, inoltre, emette anche strumenti finanziari con partecipazione discrezionale agli utili collegati a delle gestioni separate; in questo caso, la compagnia Beta dovrà valutare questi

strumenti finanziari con partecipazione discrezionale agli utili secondo l'IFRS 17 e non secondo l'IFRS 9. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

Indispensabile, quindi, nell'analisi dell'ambito di applicazione del nuovo standard internazionale, risulta essere la definizione di contratto assicurativo. Quest'ultima, coerentemente con quanto già sancito dall'IFRS 4, è inclusa nell'appendice A "Definizione dei termini" dell'IFRS 17, che dispone come il contratto assicurativo sia quel *"contratto in base al quale una delle parti (l'emittente) accetta un rischio assicurativo significativo da un'altra parte (l'assicurato) concordando di indennizzare l'assicurato nel caso in cui lo stesso subisca danni conseguenti a uno specifico evento futuro incerto (l'evento assicurato)"*. Definisce poi lo IASB, all'appendice B "Guida operativa", il rischio assicurativo come *"un rischio, diverso da quello finanziario, trasferito dall'assicurato all'emittente del contratto assicurativo"*. Viene precisato, quindi, che *"un contratto che espone l'emittente a un rischio finanziario senza che vi sia un rischio assicurativo significativo non è un contratto assicurativo."* (Regolamento (UE) 2021/2036)

In sintesi, un contratto è definito contratto assicurativo solo se trasferisce un rischio assicurativo significativo, cioè se, e soltanto se, un evento assicurato potrebbe indurre l'assicuratore a corrispondere benefici economici aggiuntivi significativi all'assicurato. (Sbisà, 2017)

Si noti che, seguendo i principi generali degli IAS/IFRS, nell'identificare i contratti assicurativi occorre fare riferimento alla sostanza e alle caratteristiche effettive del contratto e non all'impresa che lo ha emesso; perciò, si possono presentare contratti assicurativi emessi non da compagnie assicurative che ricadono nella disciplina dell'IFRS 17 e, viceversa, contratti emessi da compagnie assicurative che vanno invece valutati secondo altri principi contabili internazionali diversi dall'IFRS 17. (Musiello, 2020)

Nello specifico, riprendendo in buona misura quanto disposto precedentemente dall'IFRS 4, sono esplicitamente esclusi dall'ambito di applicazione dell'IFRS 17 i contratti riepilogati nella tabella che segue:

Contratti	Principio contabile internazionale di riferimento
le garanzie sui prodotti fornite dal produttore, dal commerciante o dal dettagliante	IFRS 15 – Ricavi da contratti con i clienti
le attività e le passività del datore di lavoro derivanti da piani di benefici per i dipendenti	IAS 19 – Benefici per i dipendenti IFRS 2 – Pagamenti basati su azioni
le obbligazioni per benefici pensionistici rilevate dai piani pensionistici a benefici definiti	IAS 26 – Rilevazione e rappresentazione in bilancio dei fondi pensione
i diritti o le obbligazioni contrattuali dipendenti dall'utilizzo futuro o dal diritto di utilizzo di un elemento non finanziario (per esempio, taluni tipi di diritti di licenza, royalties, pagamenti variabili per leasing e altri canoni potenziali di locazione ed elementi simili)	IFRS 15 – Ricavi da contratti con i clienti IAS 38 – Attività immateriali IFRS 16 – Leasing
i corrispettivi potenziali da pagare o da ricevere in un'operazione di aggregazione aziendale	IFRS 3 – Aggregazioni aziendali
le garanzie sul valore residuo concesse dal produttore, dal commerciante o dal dettagliante e le garanzie sul valore residuo concesse dal locatario, quando sono incorporate in un leasing	IFRS 15 – Ricavi da contratti con i clienti IFRS 16 – Leasing

(Regolamento (UE) 2021/2036)

Per alcune tipologie di contratti, invece, viene data la possibilità alle compagnie assicurative di scegliere se applicare o meno l'IFRS 17, in particolare:

- i contratti di garanzia finanziaria, se non espressamente dichiarati come contratti assicurativi; l'emittente deve scegliere se applicare l'IFRS 17 o lo IAS 32, l'IFRS 7 o l'IFRS 9. La scelta può essere effettuata per ogni singolo contratto e diventa poi irrevocabile.

- i contratti che, seppure soddisfino la definizione di contratto assicurativo, presentano come obiettivo primario la fornitura di servizi a un prezzo fisso; l'emittente deve scegliere se applicare l'IFRS 15 invece dell'IFRS 17 e può farlo se, e solo se, sono soddisfatte alcune specifiche condizioni relative al prezzo, al corrispettivo e al rischio. La scelta può essere effettuata per ogni singolo contratto e diventa poi irrevocabile.

- i contratti che, seppure soddisfino la definizione di contratto assicurativo, limitano il risarcimento per gli eventi assicurati all'importo necessario per estinguere l'obbligazione dell'assicurato creata dal contratto stesso (ad esempio un prestito con la rinuncia in caso di morte). L'emittente deve in questo caso scegliere se applicare l'IFRS 17 o l'IFRS 9. Tale scelta deve essere compiuta per ogni portafoglio di contratti assicurativi (e non per singoli contratti) e diviene poi irrevocabile.

(Wolters Kluwer Italia, 2023)

Infine, lo IASB, differentemente da quanto disponeva nell'IFRS 4, prevede la possibilità di procedere con il cosiddetto “*unbundling*”: lo scorporo del contratto nelle sue diverse componenti. Un contratto assicurativo, infatti, potrebbe contenere al suo interno una o più componenti che, in realtà, rientrerebbero nell'ambito di applicazione di un altro principio contabile internazionale qualora costituissero un contratto separato e distinto, in quanto non dispongono delle caratteristiche proprie di un contratto assicurativo. L'IFRS 17 richiede pertanto che, qualora siano valutabili separatamente e non siano correlate all'evento assicurato, tali parti vengano scorporate dal contratto assicurativo e venga loro applicato il principio contabile corretto. Principalmente, si tratta dei casi di:

- derivati incorporati, a cui si applica l'IFRS 9;
- componenti di investimento, anch'esse soggette all'IFRS 9;
- beni o contratti di servizi aggiuntivi, a cui si applica l'IFRS 15, se non includono un rischio assicurativo significativo.

(Sbisà, 2017)

A tal proposito è interessante fornire un esempio pratico: una compagnia di assicurazione Alpha offre una polizza vita in cui è prevista la possibilità di noleggiare innovativi dispositivi tracker da polso e smartwatch sportivi di ultima generazione a un canone particolarmente vantaggioso. L'assicurato potrà ricevere sconti sulla propria polizza al raggiungimento di determinati traguardi di attività fisica quotidiana. La compagnia sostiene che in questo modo gli assicurati hanno uno stimolo in più per condurre una vita sana, a beneficio della propria salute. Il contratto di noleggio del dispositivo, sebbene incluso nella polizza vita, può essere considerato un contratto di servizio aggiuntivo, che va scorporato dalla polizza e valutato separatamente secondo l'IFRS 15, poiché in questo caso c'è possibilità di valutazione separata e non correlazione con l'evento assicurato. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

2.4 La rilevazione dei contratti assicurativi

Un focus importante del nuovo standard internazionale è posto relativamente al momento in cui viene riconosciuto il contratto assicurativo. Nello specifico, il principio IFRS 17 sancisce che la data di rilevazione iniziale del contratto assicurativo corrisponde alla prima tra le seguenti:

- la data di decorrenza della copertura
- la data del primo pagamento di premio
- per i contratti onerosi, la data in cui il contratto è diventato oneroso.

Da precisare che un contratto si definisce oneroso se il valore attuale atteso dei flussi di cassa futuri più il margine per i rischi non finanziari (il cosiddetto “*Risk Adjustment*”) è un valore negativo.

Si nota, quindi, che, diversamente da quanto previsto da Solvency II, relativamente alla data di rilevazione del contratto assicurativo non influisce la data di stipula del contratto. (Ferluga, 2020)

Dopo aver correttamente identificato i contratti assicurativi e proceduto all'eventuale “*unbundling*” (scorporo delle componenti non assicurative), l'IFRS 17 richiede l'identificazione dei portafogli di contratti assicurativi, in quanto la valutazione delle passività assicurative deve avvenire a livello di gruppi di contratti. (Wolters Kluwer

Italia, 2023) Un portafoglio di contratti assicurativi è definito come un insieme di “*contratti assicurativi soggetti a rischi simili e gestiti congiuntamente*”. (Regolamento (UE) 2021/2036)

Pertanto, una delle due condizioni di appartenenza ad un portafoglio assicurativo, che condiziona poi la relativa metodologia valutativa come si vedrà in seguito, risulta essere la gestione congiunta da parte dell’entità dell’insieme di contratti assicurativi; in merito a questo punto, volendo dare un’opinione personale, data la potenziale soggettività relativa alla classificazione del contratto assicurativo da parte dell’entità e di conseguenza la relativa gestione, ritengo possa non essere pienamente in linea con il principale obiettivo dello standard oggetto dell’elaborato rappresentato dalla migliore comparabilità dei bilanci assicurativi.

L’altra condizione di appartenenza ad un portafoglio assicurativo, invece, è rappresentata dall’esposizione al medesimo rischio dell’insieme di contratti assicurativi; a tal proposito si sono riscontrate tutta una serie di perplessità poiché spesso accade che un contratto assicurativo preveda diverse componenti assicurative relative a rischi anche molto eterogenei fra di loro (si pensi alla polizza responsabilità civile auto che spesso contiene al suo interno, oltre alla copertura responsabilità civile, anche l’incendio e furto, gli infortuni del conducente, ecc.). Pertanto, il mercato ha discusso questo aspetto riflettendo circa la possibilità di trattamento delle singole componenti assicurative in modo separato oppure del contratto assicurativo nel suo complesso. (Simonetti, 2020)

Seguito l’inquadramento dei portafogli assicurativi, vengono individuate le cosiddette “*units of account*” che rappresentano il nucleo principale su cui verranno svolte le valutazioni e che incideranno, come verrà specificato in seguito, sull’allocazione del CSM ai ricavi assicurativi. Queste ultime sono sottogruppi del portafoglio assicurativo i cui contratti sono sottoscritti con massimo un anno di distanza, cosiddetti “*coorti annuali*”, e aventi livelli di profittabilità simili alla data di rilevazione iniziale; nello specifico la normativa prevede almeno tre gruppi di profittabilità:

- contratti onerosi alla data di rilevazione iniziale
- contratti profittevoli che, alla data di rilevazione iniziale, hanno ridotta probabilità di diventare onerosi in seguito

- contratti profittevoli alla data di rilevazione iniziale non inclusi nei precedenti gruppi

Il duplice criterio per l'individuazione delle “*units of account*”, criterio della coorte annuale e criterio dell'onerosità, è stato introdotto dallo IASB per evitare, citando testualmente quanto disposto dallo standard, il cosiddetto “*perpetual open portfolios*”, ovvero la possibilità di compensazione tra contratti con diversi livelli di profittabilità (criterio dell'onerosità); e per considerare l'impatto delle variazioni del contesto economico e dei processi interni che influenzano le politiche di pricing e di conseguenza la profittabilità (criterio della coorte annuale). (Wolters Kluwer Italia, 2023)

Si precisa che, e rappresenta un principio cardine della normativa poiché finalizzato a fornire maggiore chiarezza e trasparenza, un'altra motivazione, non meno importante, è rappresentata dalla possibilità di riconoscimento immediato delle perdite; infatti, la classificazione di un insieme di contratti quali onerosi comporta l'imputazione della relativa perdita immediatamente a Conto Economico. (Ferluga, 2020)

L'implementazione della suddivisione dei contratti assicurativi come richiesta dal nuovo principio contabile internazionale impone alle imprese di effettuare un test di onerosità sui contratti assicurativi, così da poter raggruppare separatamente contratti che presentano diversi livelli di profittabilità e quindi esplicitarne gli effetti economici ed evitare compensazioni contabili significative. Tuttavia, l'IFRS 17 prevede la possibilità di scegliere la specificità di analisi per la valutazione dell'onerosità sulla base dei cosiddetti “*set of contracts*”; nello specifico, le compagnie che hanno informazioni interne sufficienti ed attendibili per concludere che un set di contratti sia omogeneo in termini di onerosità possono limitare il test di onerosità all'intero set di contratti trattato come aggregato. (Simonetti, 2020)

2.5 La valutazione dei contratti assicurativi

Precisato il momento di rilevazione iniziale dei contratti assicurativi e definito il loro criterio di classificazione, non resta che cimentarsi nel complesso processo di valutazione degli stessi.

In sede di rilevazione iniziale, il gruppo di contratti assicurativi deve essere valutato come la passività per residua copertura, nota come riserva tecnica, definita dallo IASB “*Liability for Remaining Coverage*” (LRC), quantificando cioè il valore attuale netto dell’impegno della compagnia assicurativa alla copertura degli eventi assicurati. La LRC è composta da due elementi fondamentali:

- i cosiddetti “*Fulfilment Cash Flows*” (FCF), cioè tutti i flussi finanziari futuri attesi collegati ai contratti assicurativi (es. incasso dei premi, pagamenti per sinistri, ecc.), attualizzati e corretti per il valore temporale e per il rischio;

- il cosiddetto “*Contractual Service Margin*” (CSM), cioè il margine sui servizi contrattuali che rappresenta il profitto atteso del gruppo di contratti in questione. Esso, come si è detto in un paragrafo precedente, viene “sospeso patrimonialmente” e verrà progressivamente rilasciato lungo la vita dei contratti; quindi, costituisce una componente dello Stato Patrimoniale che viene “ammortizzata” a Conto Economico lungo tutto il periodo in cui viene prestata la copertura assicurativa proporzionalmente all’erogazione del servizio assicurativo. La quantificazione ed il significato di tali elementi verranno maggiormente approfonditi nei paragrafi seguenti.

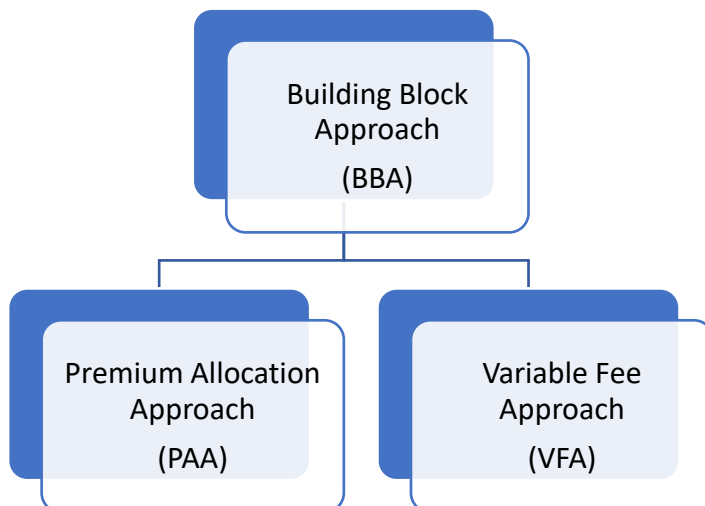
In sede di valutazione successiva, l’IFRS 17 richiede da un lato di procedere con l’aggiornamento in termini quantitativi della LRC, calcolata alla rilevazione iniziale del gruppo di contratti assicurativi, e dall’altro di determinare la così definita “*Liability for Incurred Claims*” (LIC), ovvero la passività per sinistri avvenuti. Nello specifico, si tratta di due passività patrimoniali assicurative che si formano diversamente in base al momento in cui si verifica l’evento assicurato:

- la passività per copertura residua (LRC), è determinata in sede di rilevazione iniziale, ma poi alla data di valutazione deve essere aggiornata quantificando l’obbligazione della compagnia assicurativa relativamente alla copertura per gli eventi assicurati e non ancora manifestati a quella data.

- la passività per sinistri avvenuti (LIC), invece, è determinata alla data di valutazione e quantifica l’obbligazione dell’emittente a risarcire gli eventi assicurati già accaduti. Pertanto, la LIC comprende tutti i flussi di cassa attesi (FCF) attualizzati, corretti per il valore economico del tempo e del rischio, ma relativi ad eventi assicurati già accaduti la cui manifestazione finanziaria deve ancora presentarsi.

(Wolters Kluwer Italia, 2023)

A livello operativo, il principio contabile IFRS 17 prevede tre diverse metodologie di valutazione applicabili ai diversi gruppi di contratti assicurativi, riepilogate nel diagramma di seguito e analizzate nel dettaglio nei paragrafi seguenti.



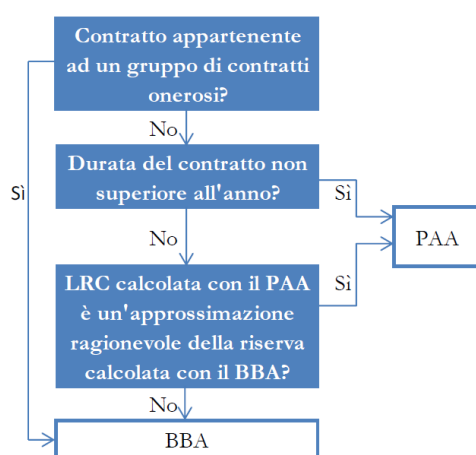
Pur trattandosi di tre possibili modelli alternativi di valutazione, in realtà il “*Building Block Approach*” (BBA) è considerato il modello di riferimento dello standard e per questo è anche chiamato “*General Model*” (GM). Il “*Variable Fee Approach*” (VFA) si può ritenere una variante del GM applicabile solo a determinate condizioni, mentre il “*Premium Allocation Approach*” (PAA) è un modello semplificato anch’esso applicabile solo a determinate condizioni e tipologie di gruppi di contratti assicurativi.

2.5.1. PAA – Premium Allocation Approach

Partendo dalla definizione sancita dall’IFRS 17, il “*Premium Allocation Approach*” (PAA) è un modello di valutazione della “*Liability for Remaining Coverage*” (LRC); in quanto relativamente alla valutazione della “*Liability for Incurred Claims*” (LIC) si applica incondizionatamente il “*Building Block Approach*” (BBA).

Si tratta di un modello facoltativo, poiché le compagnie assicurative non hanno l’obbligo di applicarlo, e semplificato; infatti, lo scopo dello IASB era quello di proporre un metodo che superasse alcune complicitanze dettate dal BBA. (Ferluga, 2020)

L'ambito di applicazione del PAA è escluso ai gruppi di contratti assicurativi che, alla data di riconoscimento iniziale, risultano non onerosi. Inoltre, è data la possibilità di adozione alle compagnie assicurative solo se il periodo di copertura dei contratti assicurativi nel gruppo è uguale o inferiore ad un anno; però, relativamente ad un contratto assicurativo pluriennale, pur rientrando di norma nell'applicazione del BBA, non è esclusa la possibilità di adottare comunque il metodo PAA, se si dimostra che il valore della LRC determinato con il modello semplificato PAA risulta simile a quello che si otterrebbe con l'applicazione del metodo BBA. È a discrezione della compagnia assicurativa valutarne la materialità. (Sbisà, 2017)



(Sbisà, 2017)

Tipicamente, rispecchiano queste condizioni i contratti dei rami danni, come ad esempio la polizza Responsabilità Civile Auto, con durata annuale (o inferiore). (Wolters Kluwer Italia, 2023)

Secondo il PAA, “la passività per copertura residua (LRC) è semplicemente pari complessivamente alla quota di premio di competenza dei periodi futuri (“premium allocation”). (Wolters Kluwer Italia, 2023)

Infatti, il modello prevede che alla data di rilevazione iniziale dei contratti, la LRC è pari alla somma dei premi ricevuti a quella data al netto delle spese di acquisizione; l'attualizzazione di tali premi è prevista soltanto laddove vi sia una componente finanziaria significativa, e per definizione il PAA si applica a gruppi di contratti aventi durata inferiore a dodici mesi e in cui, quindi, tipicamente la componente finanziaria risulta trascurabile. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

Alla fine di ogni “*reporting period*”, poi, il valore della LRC deve essere rettificato: al valore determinato alla data di rilevazione iniziale vengono sommati i premi ricevuti nel periodo (al netto delle relative spese di acquisizione) e sottratti i cosiddetti “ricavi di periodo”, ovvero il valore dei servizi assicurativi erogati per la copertura fornita. Relativamente a quest’ultimo elemento, esso determina l’impatto sul Conto Economico conseguente al rilascio della LRC, e la normativa afferma che esso deve essere calcolato:

- sulla base del “*passage of time*”, ovvero proporzionalmente al tempo rimanente di copertura, qualora l’andamento del rischio sia lineare (il processo di realizzazione dei sinistri sia uniforme nel tempo), oppure

- sulla base del “*timing*” atteso dei cash flows in uscita, ovvero proporzionalmente all’effettiva erogazione dei servizi assicurativi, qualora l’andamento del rischio non sia uniforme nel tempo (il processo di realizzazione dei sinistri sia volatile nel tempo).

Secondo tale modello la LRC non deve essere ricalcolata ad ogni “*reporting date*” seguendo l’andamento del rischio, diversamente da quanto previsto dal GM, ma viene semplicemente aggiornata tramite un metodo ricorsivo e proporzionale al tempo. In altre parole, applicando il PAA a contratti pluriennali le stime dei flussi di cassa futuri attesi non devono essere aggiornate ad ogni data di reporting e perciò non sono soggette a variazioni di valutazione; pertanto, costituisce condizione fondamentale il fatto che le imprese operino “test di applicabilità” al fine di verificare che i FCF siano poco variabili nel periodo di copertura, poiché questo comporterebbe l’inapplicabilità del corrente modello per mancanza di similarità nella valutazione della LRC secondo il PAA e secondo il GM. (Ferluga, 2020)

Per quanto fino a qui enunciato, si può facilmente dimostrare il motivo per cui costituisce requisito essenziale per l’applicazione del PAA il fatto di trattarsi di contratti profittevoli (non onerosi) attraverso un esempio: si hanno un gruppo di contratti assicurativi con durata pluriennale, per cui quindi condizione di applicabilità del PAA risulta essere il fatto che la LRC abbia un valore pari a quello che avrebbe applicando il GM. I premi incassati relativamente a tali contratti alla data di rilevazione iniziale ammontano a 100, le relative spese di acquisizione a 20 e per tali contratti si stimano sinistri attesi per 90. Applicando il PAA, la LRC avrà valore 80, ma applicando il GM essa avrà valore negativo, pari a -10 (come si vedrà meglio nel paragrafo seguente); quindi, in tal caso non si realizzerebbe la condizione di applicabilità del PAA.

Infine, si precisa che, se in qualunque momento durante il periodo di copertura, fatti e circostanze indicassero che il gruppo di contratti è divenuto oneroso, la Compagnia deve calcolare la LRC con il GM e nel caso in cui risultasse maggiore rispetto alla LRC contabilizzata (secondo il PAA), dovrà imputare la relativa perdita direttamente a Conto Economico e aumentare per la differenza la LRC. (Sbisà, 2017) *“L’idea è quella di evitare che la riserva sia mantenuta in maniera insufficiente e che quindi non appena si hanno evidenze di contratti onerosi la passività deve essere integrata”*. (Ferluga, 2020)

2.5.2. BBA – Building Block Approach

Il *“Building Block Approach”* (BBA) o *“General Model”* (GM) rappresenta il modello contabile di riferimento dell’IFRS 17 avente natura “residuale”, in quanto va necessariamente utilizzato laddove non vi siano le condizioni per applicare uno degli altri modelli previsti ovvero la compagnia assicurativa non abbia esercitato tale facoltà. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

Prima di analizzare le caratteristiche di tale modello, risulta importante ripercorrere le considerazioni di base che hanno ispirato lo IASB nella definizione del nuovo standard internazionale. I contratti assicurativi, in generale, producono flussi di cassa variabili nel medio e lungo periodo, e per questo motivo il principio è stato pensato tenendo conto di due linee di sviluppo:

1. combinare la misurazione corrente dei flussi di cassa futuri attesi con la rilevazione degli utili futuri attesi
2. presentare separatamente i risultati del servizio puramente assicurativo dai risultati della gestione assicurativa dovuti a fattori finanziari; si noti che i risultati del servizio assicurativo prevedono l’evidenza separata di quanta parte del risultato è determinata dallo smontamento della passività assicurativa, cioè un ricavo, e quanta parte, costo, è dovuta ai servizi assicurativi effettivamente erogati.

(Lonza, 2020)

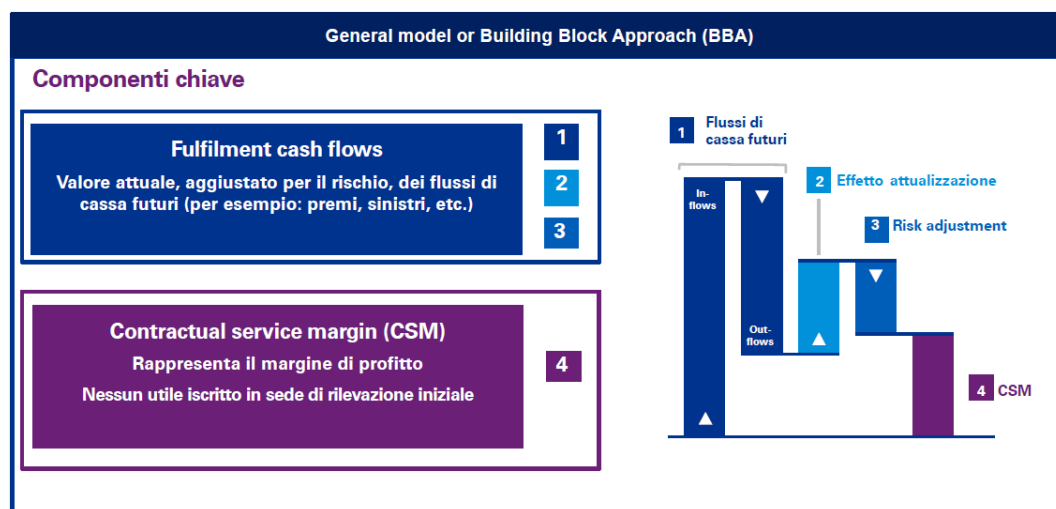
Fatta questa premessa, il modello BBA si fonda essenzialmente sulla valutazione delle passività assicurative mediante il calcolo dei flussi di cassa futuri positivi e negativi relativi al gruppo di contratti assicurativi, “corretti” per il rischio (“*Risk adjustent*”) e attualizzati ad un tasso di sconto rappresentativo dei prodotti sottostanti. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

Il nome “*Building Block Approach*” attribuito al modello in esame rimanda alla costruzione prevista dallo stesso, infatti, nello specifico, esso prevede quattro blocchi per la valutazione delle riserve tecniche (LRC):

1. i “*Cash Flows*”, ovvero le stime dei flussi di cassa futuri;
2. il “*Discounting*”, ovvero l’attualizzazione dei flussi di cassa futuri;
3. il “*Risk adjustment*”, ovvero la misurazione del rischio sopportato dalla compagnia assicurativa per l’incertezza dei flussi di cassa futuri;
4. il “*Contractual Service Margin*” (CSM), ovvero l’utile atteso dalla compagnia relativamente a quel gruppo di contratti assicurativi.

(Sbisà, 2017)

La somma dei primi tre blocchi identifica i cosiddetti “*Fulfilment Cash Flows*” (FCF).



(KPMG, 2018)

Nell’immagine rileva la frase “nessun utile iscritto in sede di rilevazione iniziale”; infatti, alla data di rilevazione iniziale della LRC, l’IFRS 17 richiede prudenzialmente

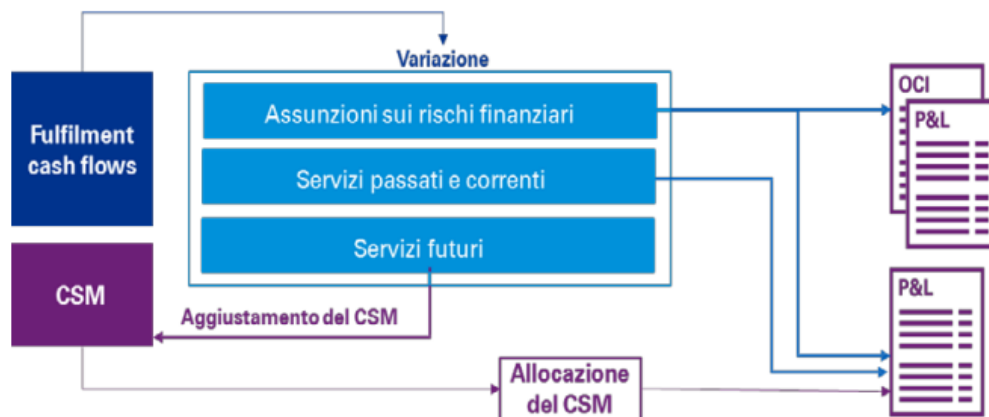
che non siano allocati profitti a Conto Economico, e questo comporta la rilevazione a Stato Patrimoniale del CSM quale utile atteso da quel gruppo di contratti assicurativi oggetto di valutazione. A tal proposito, è necessario ricordare che, nell'applicare il BBA, ci si potrebbe trovare dinnanzi ad un gruppo di contratti assicurativi profittevoli oppure onerosi. Un gruppo di contratti è definito profittevole laddove i FCF fossero positivi, ed in tal caso, come sopra evidenziato, la normativa richiede che non sia imputato alcun utile a Conto Economico, bensì che esso sia rimandato patrimonialmente sottoforma di CSM. Al contrario, un gruppo di contratti assicurativi è definito oneroso laddove i FCF fossero negativi, ed in tal caso, sempre per una questione prudenziale, il nuovo standard internazionale richiede che la relativa perdita sia direttamente imputata a Conto Economico; e a Stato Patrimoniale andrà iscritto un valore della passività al netto della perdita già spesa. Pertanto, in sede di rilevazione iniziale dei contratti assicurativi, laddove essi siano profittevoli, non si realizza alcun effetto a Conto Economico ma soltanto a Stato Patrimoniale, diversamente dal caso in cui essi siano onerosi. (Lonza, 2020)

L'IFRS 17 richiede che nella valutazione della LRC, applicando il BBA, si considerino quali flussi di cassa in entrata i premi, compresi quelli futuri, e quali flussi di cassa in uscita le spese per i sinistri, le spese per la gestione dei contratti e le spese di acquisizione. Si precisa che lo standard obbliga la compagnia assicurativa ad includere nella valutazione del contratto, e quindi della relativa LRC, ed in particolare nella determinazione dei FCF, tutti i flussi di cassa direttamente imputabili al contratto stesso e, dunque, non consente il riconoscimento separatamente di alcun attivo a Stato Patrimoniale; diversamente, invece, il vecchio IFRS 4, permetteva all'impresa di differire le spese di acquisizione attraverso la costituzione di un'attività separata ammortizzata lungo la vita del contratto, oppure di spesarle all'esercizio in cui emergevano. L'approccio IFRS 17, invece, non consente la separazione delle spese di acquisizione, ma le include nella valutazione della passività assicurativa a riduzione del CSM. Tale approccio, quindi, consente di allocare parte del premio per ricoprire le spese di acquisizione in modo che, sia queste, che le relative entrate, siano riconosciute lungo lo stesso periodo e con il medesimo sviluppo temporale. (KPMG International Group, 2017)

Il secondo blocco individuato dal BBA è il “*Discounting*”, infatti, il modello richiede che i flussi di cassa relativi al gruppo di contratti assicurativi vengano attualizzati a tassi correnti. Nello specifico, lo standard descrive due approcci che possono essere utilizzati per stimare il tasso di sconto: “*bottom-up*” e “*top-down*”. Nel primo caso, si determina il tasso di attualizzazione partendo dal tasso risk free e aggiungendo a questo un premio di illiquidità al fine di aggiustare il rendimento del mercato per le differenze nelle caratteristiche relative alla liquidità dei contratti assicurativi (Ford & Penzler, 2017). Nell’approccio “*top-down*”, invece, il tasso di attualizzazione è determinato partendo dal rendimento atteso di mercato di un portafoglio di attivi di riferimento aggiustato, da un lato, per la differenza rilevata in termini di valore, sequenza temporale e incertezza dei flussi di cassa tra gli attivi inclusi nel portafoglio di riferimento ed il contratto assicurativo, e dall’altro per il rischio di credito proprio degli attivi inclusi nel portafoglio. (Sbisà, 2017)

Al terzo blocco si trova il “*Risk Adjustment*” che è definito dall’IFRS 17 come quell’ “*importo che l’impresa richiede per gestire l’incertezza sottoscritta con il contratto assicurativo*”. (Tamaro, 2020) Nello specifico, la stima del valore attuale dei flussi di cassa futuri correlati al gruppo di contratti assicurativi deve essere adeguata in modo tale da riflettere ed includere una componente per l’incertezza relativa all’ammontare e al *timing* dei flussi di cassa derivanti dal rischio non finanziario. (Wolters Kluwer Italia, 2023) Infatti, lo scopo del “*Risk Adjustment*” è includere nella valutazione della passività assicurativa l’effetto dell’incertezza dei flussi di cassa futuri relativi ai contratti assicurativi, piuttosto che l’effetto legato al rischio finanziario che, invece, è già considerato nella valutazione grazie all’attualizzazione e quindi al relativo tasso di sconto. (Sbisà, 2017) Il “*Risk Adjustment*” deve essere iscritto a Conto Economico in base al rilascio del rischio. (Sala e Moraldi, 2022)

Infine, il quarto blocco è rappresentato dal “*Contractual Service Margin*” (CSM) che rappresenta, come più volte enunciato, l’utile atteso dal gruppo di contratti assicurativi oggetto di valutazione. Esso deve essere iscritto a Conto Economico in base al servizio assicurativo prestato. (Sala e Moraldi, 2022)



(KPMG, 2018)

“Le riserve tecniche accantonate per il gruppo di contratti assicurativi devono essere ricalcolate ad ogni data di valutazione successiva a quella iniziale”. (Sbisà, 2017)

Infatti, ad ogni data di reporting, la compagnia assicurativa è tenuta a ricalcolare le LRC e a determinare il valore delle *“Liability for Incurred Claims”* (LIC). Relativamente all’aggiornamento del valore delle LRC, questo viene effettuato mediante il ricalcolo dei FCF di fine periodo e il conseguente effetto sul CSM. Nello specifico, i drivers che possono far variare i FCF sono, da un lato, cambiamenti inerenti le assunzioni finanziarie che modificano il tasso di attualizzazione e dall’altro, variazioni nelle stime dei flussi di cassa per servizi assicurativi da erogare in periodi successivi. (KPMG, 2018)

Per quanto riguarda, invece, la determinazione delle LIC, queste, come preannunciato, rappresentano passività assicurative che si formano a fronte di eventi assicurati (sinistri) già verificati ma non ancora liquidati monetariamente. (Lonza, 2020) Pertanto, il loro valore viene alimentato per effetto di variazioni intervenute nei flussi di cassa relativi a servizi passati e correnti ed anch’esso viene determinato mediante l’attualizzazione di tali flussi. Appare chiaro però che, per definizione, la valutazione della LIC non include il CSM in quanto non rileva il concetto di profittabilità in tale ambito. (Sbisà, 2017)

Fondamentale nell'analisi poi risulta l'imputazione a bilancio delle variazioni intervenute alla data di valutazione nell'ammontare delle passività assicurative sopradescritte per effetto delle variazioni dei FCF; infatti, esse possono essere iscritte, a seconda della tipologia, a "Profit and Loss Account" (P&L), "Other Comprehensive Income" (OCI) o a diminuzione/incremento del CSM:

- se si tratta di cambiamenti intervenuti nei FCF per servizi da erogare in periodi successivi, questi devono computare nel calcolo del CSM

- se si tratta di cambiamenti intervenuti nei FCF per servizi correnti o erogati, questi devono essere riconosciuti a P&L

- se i cambiamenti intervenuti nei FCF derivano da assunzioni relative a rischi finanziari è libera scelta contabile dell'emittente se imputare tali variazioni a P&L oppure ad OCI.



(KPMG, 2018)

Per quanto detto fin qui, si può affermare che l'ammontare del CSM, componente dello Stato Patrimoniale, si modifica per effetto di:

- nuovi contratti, quindi nuove LRC e dunque incremento del CSM (salvo che si tratti di contratti onerosi in cui il CSM è negativo e la cui perdita impatta direttamente a P&L)

- variazione nelle LRC o nelle LIC per effetto dei cambiamenti intervenuti nei FCF

- cambiamenti relativi ad elementi finanziari quali variazioni dei tassi di interesse e dei tassi di cambio che impattano sull'entità dei FCF attualizzati e dunque sull'entità delle passività assicurative (e quindi del CSM);

Infine, come si evince dall'immagine mostrata, per passare dal CSM di apertura al CSM di chiusura dell'esercizio, oltre agli aggiustamenti appena descritti, si sottrae

l'allocazione del CSM a Profit and Loss che avviene in relazione al servizio assicurativo fornito. (KPMG, 2018)

A completamento dell'analisi effettuata si fornisce un esempio pratico.

Si considera un portafoglio di contratti assicurativi con durata massima di copertura pari a 12 anni, rientrante perciò, a causa dell'inapplicabilità del PAA, nell'ambito applicativo del BBA. I premi complessivi ammontano a 2.000 ed è previsto il versamento di un premio unico anticipato. I costi di acquisizione delle polizze sono pari a 56 e vengono spesi tutti a Conto Economico al momento della rilevazione del gruppo di contratti assicurativi.

Si ricorda che IFRS 17 impone di includere nella valutazione del gruppo di contratti assicurativi le spese di acquisizione, lasciando però libera la compagnia assicurativa nel decidere se spesarle tutte a Conto Economico al momento della rilevazione oppure se rinviarle al futuro includendole nel calcolo della passività assicurativa e spesarle per quota in ciascun esercizio lungo la durata della copertura.

I sinistri futuri attesi sono stimati pari a 75 all'anno (con distribuzione lineare per tutta la durata dei contratti) per un totale di 900. Si stima, inoltre, un margine per il rischio (Risk Adjustment) pari a 30 all'anno per un totale di 360; ipotizzando, pertanto, un decadimento lineare del rischio lungo l'intero periodo di copertura.

In questo esempio, la maturazione degli interessi sulle passività e l'attualizzazione dei flussi futuri vengono ignorati per semplicità. Si precisa però che, in caso di interessi sulle passività, essi avrebbero un impatto sul Conto Economico nel margine finanziario (e non nel margine assicurativo), come si vedrà dettagliatamente nel capitolo 3.2 "*Impatto potenziale su Conto Economico*".

Inoltre, si ipotizza che alla data di reporting non varino le stime relative ai flussi di cassa futuri legati al gruppo di contratti assicurativi.

La data di rilevazione iniziale del gruppo di contratti assicurativi, coerentemente con IFRS 17, coincide con la prima tra la data di decorrenza della copertura e la data di incasso del premio; in questo caso si ipotizza che le due date coincidano e siano entrambe il 1 gennaio anno X.

FCF positivi:	2000	FCF negativi:	1316
		Sinistri futuri:	900
		Risk adjust:	360
		Costi acquis.	56
		CSM:	684

(Wolters Kluwer Italia, 2023)

L'immagine sopra mostra il calcolo del CSM alla data di rilevazione iniziale. Esso costituisce l'utile atteso dal gruppo di contratti assicurativi ed è dato dalla differenza tra FCF positivi e negativi legati al gruppo di contratti assicurativi; nell'esempio in analisi risulta pari a 684.

Al 1 gennaio anno X			
Cassa	1944	LRC:	1944
		FCF positivi:	0
		FCF negativi:	1260
		Sinistri futuri:	900
		Risk adjust:	360
		CSM:	684

(Wolters Kluwer Italia, 2023)

L'immagine mostra la situazione contabile al 1 gennaio anno X. Dato che si rileva l'entrata di cassa di 1944 (premi al netto delle spese di acquisizione), il FCF netto è dato dai soli FCF negativi e pertanto ammonta a 1260 (sinistri futuri più il Risk Adjustment). Segue che, viene rilevata una LRC a Stato Patrimoniale pari a 1944 (FCF netto più il CSM, ovvero 1260 più 684). Nessun impatto è registrato a Conto Economico alla data di rilevazione iniziale in quanto il gruppo di contratti assicurativi non è oneroso (non emerge una perdita).

Al 31 dicembre anno X

Cassa	1944	LRC FCF:	1155
		Sinistri futuri:	825
		Risk adjust:	330
		LIC:	95
		LRC CSM:	627
		Utile a CE	67

(Wolters Kluwer Italia, 2023)

L'immagine sopra mostra la situazione alla data di reporting, ovvero al 31 dicembre anno X.

Si evidenzia che i sinistri effettivamente avvenuti nell'anno X (non ancora pagati) sono stati pari a 70 con un Risk Adjustment relativo pari a 25 e nessuna variazione nella stima dei sinistri attesi dei restanti 11 anni.

L'ammontare della stima dei sinistri attesi si riduce a 825, in quanto dai 900 stimati inizialmente si deduce la quota riferibile all'anno X.

L'ammontare del Risk Adjustment si riduce a 330, in quanto dai 360 stimati inizialmente si deduce la quota riferibile all'anno X.

Pertanto, risulta un FCF netto pari a 1155, dato dalla somma di sinistri futuri attesi e Risk Adjustment (soltanto flussi in uscita in quanto i premi sono stati tutti incassati al 1 gennaio anno X).

Per ipotesi, il rilascio dell'utile atteso a Conto Economico si assume lineare nel tempo (andamento del servizio assicurativo prestato costante nei 12 anni di copertura); pertanto, la quota di rilascio del CSM per ogni anno è pari a 57 (684 valore iniziale diviso 12 anni). Al 31 dicembre anno X, quindi, il CSM risulta pari a 627 (684 valore iniziale nettato del rilascio del CSM pari a 57).

Inoltre, si rileva la LIC, ovvero, la passività per sinistri avvenuti ma non ancora pagati, pari a 95 (somma dei sinistri avvenuti ma non ancora pagati, 70, più il relativo margine di rischio, 25).

Infine, viene rilevata la quota di utile da destinare a Conto Economico quale somma di rilascio del CSM (-57), più variazione intervenuta nel FCF relativo alla LRC (-105), meno variazione intervenuta nel FCF relativo alla LIC (+95).

Tali variazioni costituiscono alcuni esempi di quelli che IFRS 17 definisce ricavi e costi da servizio assicurativo di cui si dirà dettagliatamente nel capitolo 3.2 *“Impatto potenziale su Conto Economico”*.

Nell'esempio è interessante notare il rapporto che lega la LRC alla LIC: ciò che alimenta la LIC comporta una speculare riduzione di valore nella LRC, e la differenza tra l'incremento dell'una e il decremento dell'altra viene rilasciata a Conto Economico in quanto essa rappresenta la variazione tra ciò che è stato stimato in termini di utile atteso nel calcolo iniziale del CSM mediante la valorizzazione del valore attuale dei flussi di cassa futuri e del Risk Adjustment e ciò che effettivamente si è realizzato; pertanto, dovrà impattare positivamente o negativamente nel computo del risultato dell'esercizio.

Nello specifico, tale differenza dovrà essere allocata a P&L in quanto costituisce un *“cambiamento intervenuto nei FCF per servizi correnti o erogati”*, come si diceva sopra nell'analisi delle variazioni che intervengono nelle passività assicurative alla data di reporting.

Nell'esempio non emergono *“casi”* di *“cambiamenti intervenuti nei FCF per servizi da erogare in periodi successivi”* in quanto si sono ipotizzate costanti le stime relative ai flussi di cassa futuri legati al contratto assicurativo e non si è ipotizzata la conclusione di un nuovo contratto assicurativo rientrante nel gruppo in esame; in ogni caso, una variazione di questo tipo avrebbe impattato sul valore del CSM. Allo stesso modo, non emergono *“casi”* di *“cambiamenti intervenuti nei FCF derivanti da assunzioni relative a rischi finanziari”* in quanto tutto il tema del rischio finanziario, per semplicità, come preannunciato nell'introduzione, è stato tralasciato; in ogni caso, ad esempio, un cambiamento nel tasso di interesse genererebbe una variazione nella passività assicurativa che può essere destinata o a P&L o ad OCI, a discrezione della compagnia assicurativa.

2.5.3. VFA – Variable Fee Approach

Il terzo modello previsto dal principio IFRS 17 per la valutazione dei gruppi di contratti assicurativi è il *“Variable Fee Approach”* (VFA), anche se di fatto si tratta di una variante del BBA. Come suggerito dal nome stesso, questo approccio consente di tener conto delle commissioni (*“fees”*) trattenute dalla compagnia assicurativa per la gestione degli attivi sottostanti al contratto. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

L'ambito di applicazione di tale modello è ristretto ai gruppi di contratti assicurativi strettamente correlati ad un portafoglio di attivi sottostante; nello specifico per poter essere applicato devono sussistere tre requisiti:

1. l'assicurato partecipa al rendimento di un portafoglio di attivi sottostante che sia chiaramente identificato a livello contrattuale
2. il contratto prevede che una quota sostanziale della variazione di fair value del portafoglio sottostante sia retrocessa all'assicurato
3. una quota sostanziale delle variazioni di capitale assicurato è dovuta alle variazioni di fair value del portafoglio sottostante

Gli ultimi due criteri devono essere soddisfatti guardando all'intera durata contrattuale e sulla base di un'analisi del valore attuale atteso. (Tamaro, 2020)

Soddisfano questi requisiti i contratti assicurativi “con partecipazione diretta agli utili futuri” (“*Direct Participating Contracts*”, DPC), di cui sono esempi tipici le polizze vita collegate a gestioni separate interne alla compagnia. L'applicazione del VFA in alternativa al BBA è obbligatoria per la contabilizzazione di questi contratti DPC. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

Come sopra enunciato il VFA nella sostanza rappresenta semplicemente una variante del BBA; infatti, entrambi gli approcci stimano il CSM al momento della sottoscrizione con le stesse modalità, ciò che differisce è quanto accade alla data di reporting. (D'Onofrio e Micocci, 2018) Nello specifico, la logica sottostante il VFA prevede che le variazioni che intervengono nel CSM sono principalmente collegate a movimenti o variazioni negli attivi sottostanti piuttosto che non alle variazioni dei “*Fulfillment Cash Flows*” (FCF) collegati alla polizza assicurativa. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

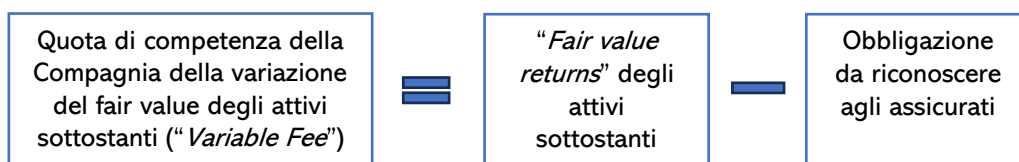
In estrema sintesi, per i gruppi di contratti assicurativi DPC la valutazione delle relative passività assicurative si basa sugli stessi blocchi del modello generale (BBA), con la sostanziale differenza che le variazioni di ipotesi di carattere finanziario, che modificano i FCF e quindi anche il fair value del portafoglio sottostante, e dunque gli utili futuri, possono essere computate nel calcolo del CSM e non sono allocate direttamente a Conto Economico o ad OCI come previsto dal BBA. Questa diversa modalità di

contabilizzazione è dovuta al significato che assume il CSM per questa tipologia di contratti: esso, infatti, rappresenta il valore attuale atteso degli utili futuri derivanti dai DPC che è rappresentato, oltre che dai flussi di cassa futuri “caratteristici” di un contratto assicurativo, anche dalla remunerazione dell’impresa per la gestione degli attivi sottostanti. (Simonetti, 2020)

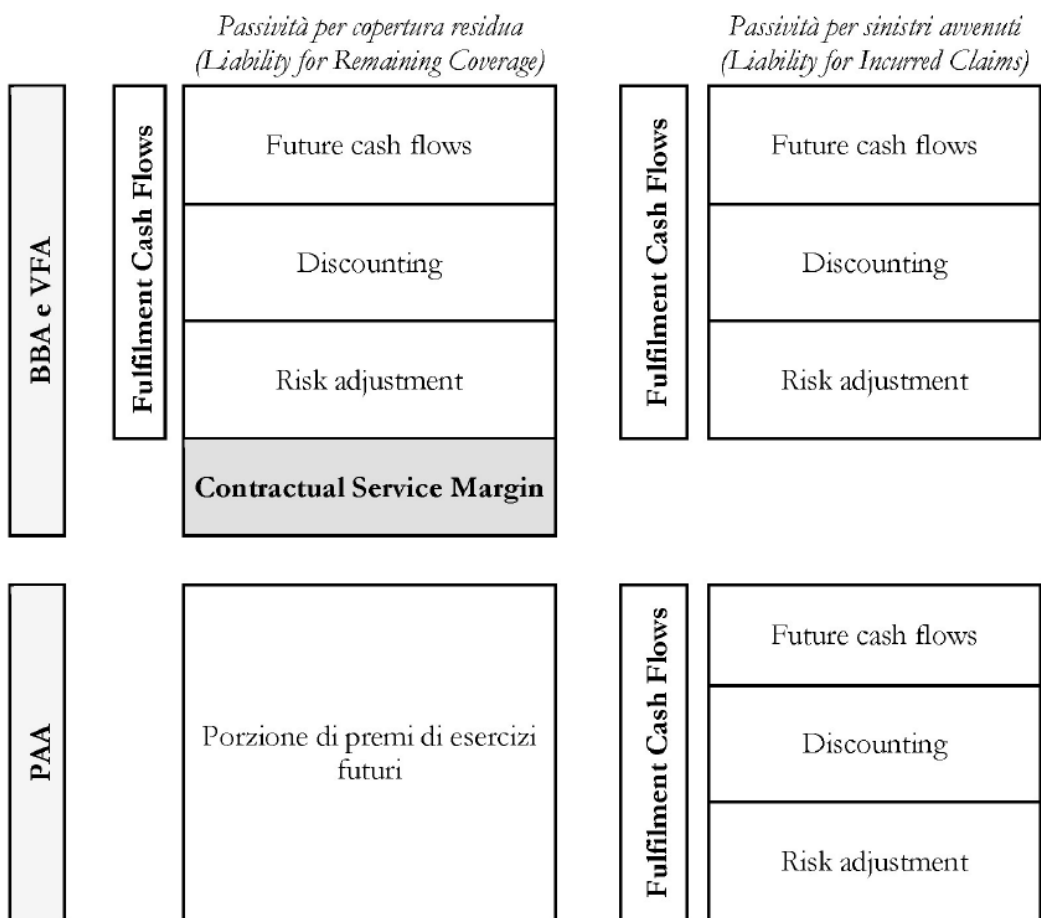


(KPMG, 2018)

L’immagine mostra quanto enunciato precedentemente, infatti, si può notare che, insieme a tutte le altre voci di “aggiustamento” del CSM alla data di reporting già previste dal BBA, rileva la “*Quota di competenza della Compagnia della variazione del fair value degli attivi sottostanti*”; quest’ultima rappresenta la cosiddetta “*Variable Fee*”, da cui prende il nome anche il modello valutativo in esame, e corrisponde al fair value del portafoglio sottostante determinato alla data di reporting al netto dell’obbligazione da riconoscere agli assicurati (per definizione un DPC prevede che una quota sostanziale della variazione di fair value del portafoglio sottostante sia retrocessa all’assicurato; condizione, peraltro, di applicabilità del modello). (KPMG, 2018)



Segue uno schema riepilogativo dei metodi di valutazione delle passività assicurative (riserve tecniche) nei tre modelli valutativi analizzati:



(Wolters Kluwer Italia, 2023)

CAPITOLO III

IFRS 17: i principali impatti sul bilancio assicurativo

3.1 Impatto potenziale su Stato Patrimoniale

Lo Stato Patrimoniale del bilancio assicurativo fornisce una visione “statica” della consistenza patrimoniale dell’impresa alla data di chiusura dell’esercizio, dando evidenza del suo capitale di funzionamento. (Cerchiara, 2016)

Nell’affrontare l’impatto del nuovo standard internazionale IFRS 17 sullo Stato Patrimoniale assicurativo si rende necessario sintetizzare i tratti principali di uno Stato Patrimoniale assicurativo redatto secondo la normativa nazionale, e quindi conformemente allo “schema tipo” inserito tra gli allegati del Regolamento ISVAP 22/2008 (Allegato 1), ponendolo a confronto con lo Stato Patrimoniale di una qualsiasi altra impresa industriale. Il motivo di questo preambolo è da rimandare al fatto che IFRS 4 per costruzione non imponeva l’utilizzo di particolari schemi di bilancio; le imprese assicurative, pertanto, nonostante applicassero gli IAS/IFRS, redigevano il loro bilancio avvalendosi degli schemi introdotti dalla normativa nazionale.

Il bilancio civilistico assicurativo si presenta diverso da un bilancio civilistico redatto da una società di tipo industriale; uno dei motivi principali, se non proprio "il" motivo principale, di questa differenza strutturale risiede in quella che è la caratteristica distintiva delle imprese assicurative rispetto a tutte le altre tipologie di società: l’inversione del ciclo economico e del ciclo finanziario, di cui si è ampiamente discusso nel capitolo 1.6 (“*Il bilancio assicurativo: tratti principali*”). In effetti, le principali entrate finanziarie per un’impresa di assicurazioni sono rappresentate dall’incasso dei premi assicurativi, che si evidenziano all’inizio del ciclo; e soltanto in un eventuale periodo successivo si riscontrano le uscite finanziarie, configurate nei rimborsi agli assicurati. Coerentemente, anche per quanto riguarda il ciclo economico, vi è in prima battuta l’iscrizione di un ricavo e solo in un secondo momento l’eventuale iscrizione di un costo. I costi e i ricavi, quindi, assumono una natura ben diversa da quella che si può

riscontrare nelle imprese industriali; infatti, per una compagnia assicurativa, i ricavi sono certi, mentre i costi possono soltanto essere programmati attraverso stime e valutazioni. Ed è proprio la natura dei costi ciò che ha storicamente preoccupato il legislatore, che, a garanzia degli assicurati, ha messo in atto diverse tutele, come, ad esempio, l’accontamento di risorse proporzionali alle potenziali uscite future preventivamente stimate alla sottoscrizione di un contratto assicurativo (le riserve tecniche) e la sussistenza di un capitale minimo di garanzia. (Simonetti, 2020)

Società Industriale		Impresa di Assicurazione	
A) Crediti v/soci	0%	A) Crediti v/soci	0%
B) Immobilizzazioni	34%	B) Attivi immateriali	0%
I - Immobilizzazioni immateriali	0%	C) Investimenti	87%
II - Immobilizzazioni materiali	31%	I - Terreni e fabbricati	0%
III - Immobilizzazioni finanziarie	3%	II - Investimenti in imprese del gruppo	69%
C) Attivo Circolante	65%	III - Altri investimenti finanziari	9%
I - Rimanenze	28%	IV - Depositi presso imprese cedenti	8%
II - Crediti	25%	D) Investimenti polizze UL *	0%
III - Attività finanziarie	0%	D bis) Riserve Tecniche Riass	5%
IV - Disponibilità liquide	12%	E) Crediti	5%
D) Ratei e risconti	1%	F) Altri elementi dell'attivo	3%
		G) Ratei e risconti	0%
Schema Codice Civile		Schema Reg. ISVAP 22/2008	

(Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, 2023)

L’immagine mostra la sezione “Attivo” di uno Stato Patrimoniale, da un lato di una società industriale e dall’altro di un’impresa di assicurazione; risulta evidente la sensibile diversità dei due schemi dettata dalla stessa diversità che caratterizza l’attività assicurativa dall’attività di una qualsiasi altra impresa industriale. Come si può evincere dall’immagine, differentemente da quanto previsto dalla normativa civilistica, in uno Stato Patrimoniale assicurativo non sussiste la distinzione tra “Immobilizzazioni” e “Attivo Circolante”, bensì la macrovoce principale è rappresentata dagli “Investimenti”. Ciò risulta essere legato sempre alla caratteristica di inversione del ciclo finanziario ed economico in quanto la compagnia assicurativa, a fronte del surplus iniziale di risorse finanziarie, procede investendo tali risorse nei mercati finanziari.

Società Industriale	Impresa di Assicurazione
A) Patrimonio Netto 29%	A) Patrimonio Netto 37%
B) Fondi per rischi e oneri 1%	B) Passività subordinate 16%
C) TFR 1%	C) Riserve tecniche 19%
D) Debiti 68%	Riserve Sinistri 9%
E) Ratei e risconti 1%	Riserve Matematiche 7%
	Riserve Premi 1%
	Altre Riserve 2%
	D) Riserve tecniche UL* 0%
	E) Fondi per rischi e oneri 0%
	F) Depositi ricevuti da riassicuratori 2%
	G) Debiti e altre passività 27%
	Finanziari 18%
	Non Finanziari 9%
	H) Ratei e risconti 0%
Schema Codice Civile	Schema Reg. ISVAP 22/2008

(Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, 2023)

Analizzando ora la sezione “Passivo” del bilancio assicurativo, si nota, come dettagliato approfonditamente nel capitolo 1.6 (“*Il bilancio assicurativo: tratti principali*”), che la posta caratteristica risulta essere la macrovoce C “Riserve Tecniche”, al contrario di quello di una società industriale in cui, tipicamente, rileva la macrovoce D “Debiti”.

Si passa ora all’analisi di quanto disposto relativamente allo Stato Patrimoniale assicurativo dal nuovo standard internazionale IFRS 17.

In realtà, in merito allo Stato Patrimoniale, il nuovo standard internazionale non impone uno schema di bilancio chiaramente definito, ma richiede che vengano incluse nel prospetto ed evidenziate alcune peculiarità e poste rigidamente individuate.

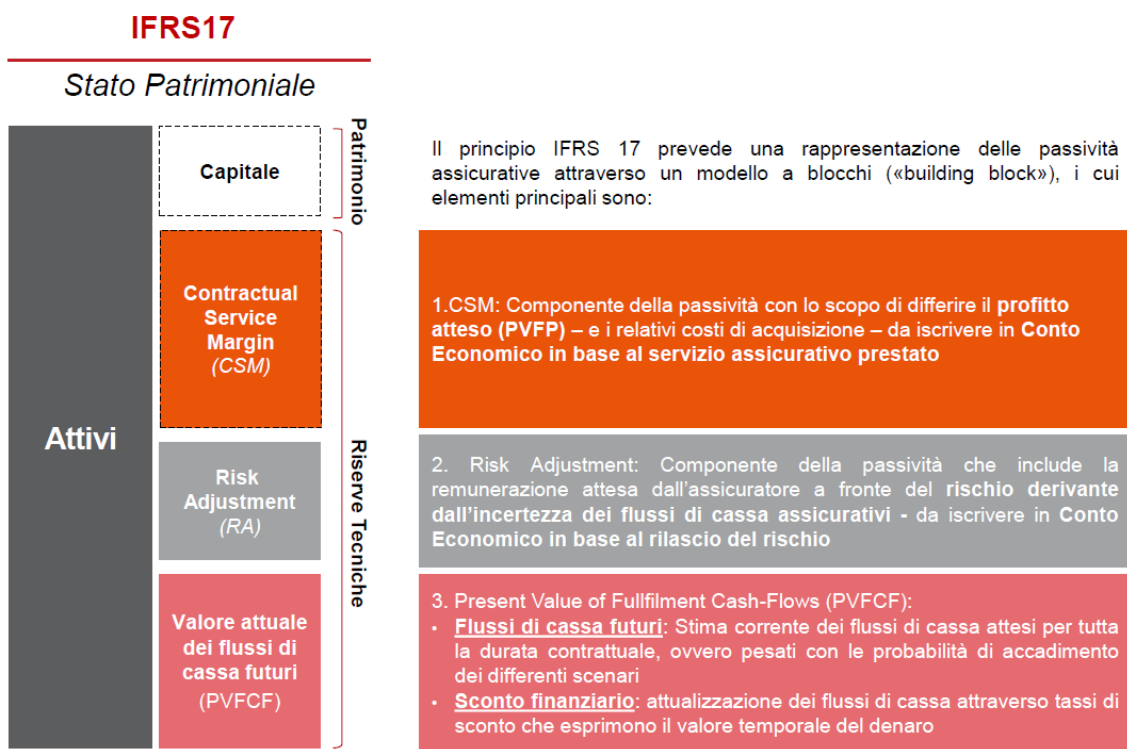
Innanzitutto, al paragrafo 78, IFRS 17 sottolinea che: “*L’entità deve presentare separatamente nel prospetto della situazione patrimoniale-finanziaria il valore contabile dei portafogli di:*

- a) *contratti assicurativi emessi che sono attività;*
- b) *contratti assicurativi emessi che sono passività;*
- c) *cessioni in riassicurazione che costituiscono attività; e*
- d) *cessioni in riassicurazione che costituiscono passività.”*

(Regolamento (UE) 2021/2036)

Quanto appena enunciato mostra un aspetto particolarmente innovativo, infatti, lo IASB richiede una rappresentazione separata e distinta del valore dei contratti nell'attivo o nel passivo dello Stato Patrimoniale (“no netting”). (Simonetti, 2020)

Inoltre, per quanto enunciato nei precedenti paragrafi, per ogni gruppo di contratti assicurativi dovrà essere data evidenza della relativa “Liability for Remaining Coverage” (LRC), ponendo l'accento sull'entità del “Contractual Service Margin” (CSM), e della relativa “Liability for Incurred Claims” (LIC). (Wolters Kluwer Italia, 2023)



(Sala e Moraldi, 2022)

In conclusione, una rappresentazione di un potenziale Stato Patrimoniale assicurativo (sintetizzato) redatto conformemente alle condizioni disposte da IFRS 17 potrebbe essere la seguente:

ATTIVI		PASSIVI	
DANNI		DANNI	
Investimenti & Cash		Liability for Incurred Claims	→ Riserva sinistri
- OCI		Liability for Remaining Coverage	→ Riserva Premi
- FVTPL		di cui CSM	
- AC		Passività Finanziarie	
Altri attivi		Altri Passivi	
VITA		VITA	
Investimenti & Cash		Liability for Incurred Claims	→ Riserva sinistri
- OCI		Liability for Remaining Coverage	→ Riserva matematica
- FVTPL		di cui CSM	
- AC		Passività Finanziarie	
Altri attivi		Altri Passivi	
		Patrimonio Netto	
		Capitale e Riserve	
		Riserva di FTA	
		Riserve Utili	
		Risultato d'esercizio	

OCI: Other Comprehensive Income

FVTPL: Fair Value To Profit and Loss

AC: Amortized Cost

→ Riserva sinistri

→ Riserva Premi

→ Riserva sinistri

→ Riserva matematica

CSM: Contractual Service Margin

FTA: First Time Adoption

(Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, 2023)

3.2 Impatto potenziale su Conto Economico

Il Conto Economico “*rappresenta il documento contabile nel quale sono evidenziati sinteticamente i costi e i ricavi di competenza dell'esercizio*”. (www.borsaitaliana.it)

Nell'affrontare l'impatto del nuovo standard internazionale IFRS 17 relativamente al Conto Economico assicurativo, si ricorda che, come precisato nel capitolo 1.6 (“*Il bilancio assicurativo: tratti principali*”), la normativa nazionale richiede che siano redatti un Conto tecnico del ramo vita, un Conto tecnico del ramo danni e un Conto non tecnico, che aggregi i risultati dei due conti tecnici con gli altri componenti positivi o negativi di reddito non specificatamente connessi alle gestioni tecniche; inoltre è richiesto l'utilizzo di una forma scalare.

Proprio relativamente a quest'ultimo punto emerge la novità più importante introdotta da IFRS 17; infatti, esso richiede che il Conto Economico abbia una struttura cosiddetta “*a margini*”, assicurativi e finanziari. (D'Onofrio e Micocci, 2018) A tal riguardo, al paragrafo 80, IFRS 17 sancisce che la Compagnia deve disaggregare i valori

riconosciuti a Conto Economico (o Profit & Loss Account) e ad OCI (Other Comprehensive Income) in:

- un risultato da servizio assicurativo (“*insurance service result*”) comprendente i ricavi assicurativi (“*insurance revenue*”) e i costi assicurativi (“*insurance service expenses*”); e

- un risultato finanziario contenente i ricavi finanziari o i costi finanziari di assicurazione (“*insurance finance income or expenses*”).

(Sbisà, 2017)

Ricavi da servizio assicurativo	+
Costi da servizi assicurativi	(-)
Risultato da servizi assicurativi	
Proventi o oneri finanziari da contratti assicurativi emessi	(-)/+
Proventi o oneri finanziari da contratti riassicurativi detenuti	(-)/+

(Sbisà, 2017)

Al paragrafo 81 IFRS 17 dispone poi che “*L’entità non è tenuta a disaggregare la variazione dell’aggiustamento per il rischio non finanziario tra il risultato dei servizi assicurativi e i ricavi finanziari o i costi finanziari di assicurazione. Se non effettua questa disaggregazione, l’entità deve includere per intero la variazione dell’aggiustamento per il rischio non finanziario nel risultato dei servizi assicurativi.*” (Regolamento (UE) 2021/2036) In altre parole, la compagnia non è obbligata a disaggregare la variazione che interviene nel “*Risk Adjustment*” tra il risultato da servizio assicurativo e i proventi e gli oneri finanziari nel settore assicurativo; tuttavia, se non effettua tale disaggregazione, deve allora includere l’intera variazione come parte del risultato da servizio assicurativo.

Al paragrafo 82, invece, IFRS 17 precisa che “*l’entità deve presentare i ricavi o costi relativi ai contratti di riassicurazione detenuti separandoli dai ricavi o costi relativi ai contratti assicurativi emessi.*” (Regolamento (UE) 2021/2036)

Al paragrafo 85 Regolamento (UE) 2021/2036, è sottolineato che il risultato da servizio assicurativo deve essere presentato in Conto Economico escludendo qualunque componente di investimento correlata al contratto assicurativo. Inoltre, è precisato che la

compagnia non può rappresentare alcuna informazione sui premi che non sia considerata ricavo da servizio assicurativo in altre voci di Conto Economico. Al paragrafo 86 Regolamento (UE) 2021/2036, poi è specificato che l’allocazione dei premi pagati non deve essere presentata come una riduzione delle entrate, bensì come un costo da servizi assicurativi.

Entrando nel dettaglio di cosa debba considerarsi quale ricavo da servizio assicurativo, lo standard IFRS 17 al paragrafo 83 Regolamento (UE) 2021/2036, dispone che: *“i ricavi assicurativi devono riflettere la fornitura di servizi derivanti dal gruppo di contratti assicurativi per un importo che rispecchia il corrispettivo a cui l’entità si aspetta di avere diritto in cambio di tali servizi.”* In altre parole, il totale di questi ricavi per un gruppo di contratti è rappresentato dal loro corrispettivo complessivo, che, nel dettaglio, include i seguenti elementi:

- valori correlati alla fornitura del servizio, e quindi ammontare di variazione della

LRC:

- oneri relativi a sinistri attesi e altre spese da servizio assicurativo
- quota di CSM riconosciuto a P&L
- variazione del Risk Adjustment
- recuperi delle spese di acquisizione

(Sbisà, 2017)

“Applicando l’IFRS 15 “Revenue from Contracts with Customers”, quando la Compagnia fornisce un servizio, cancella l’obbligo di prestazione per questo servizio e ne riconosce le entrate. In modo simile, applicando l’IFRS 17, quando la Compagnia fornisce un servizio nel periodo, la LRC si riduce per il servizio fornito e viene riconosciuto il ricavo da servizio assicurativo.” (Sbisà, 2017)

Conseguentemente, il ricavo da servizio assicurativo dell’esercizio può anche definirsi quale totale delle variazioni intervenute nella LRC durante il periodo. Si precisa però, che oltre a quanto fino ad ora enunciato rileva anche un altro elemento che confluisce nel computo del ricavo da servizio assicurativo. In particolare, la variazione intervenuta nella LRC che compone il ricavo da servizio assicurativo risulta essere “una questione” propria di tutti quei contratti assicurativi valutati con il metodo BBA; si ricorda, però, che taluni contratti assicurativi sono valutati applicando il metodo PAA.

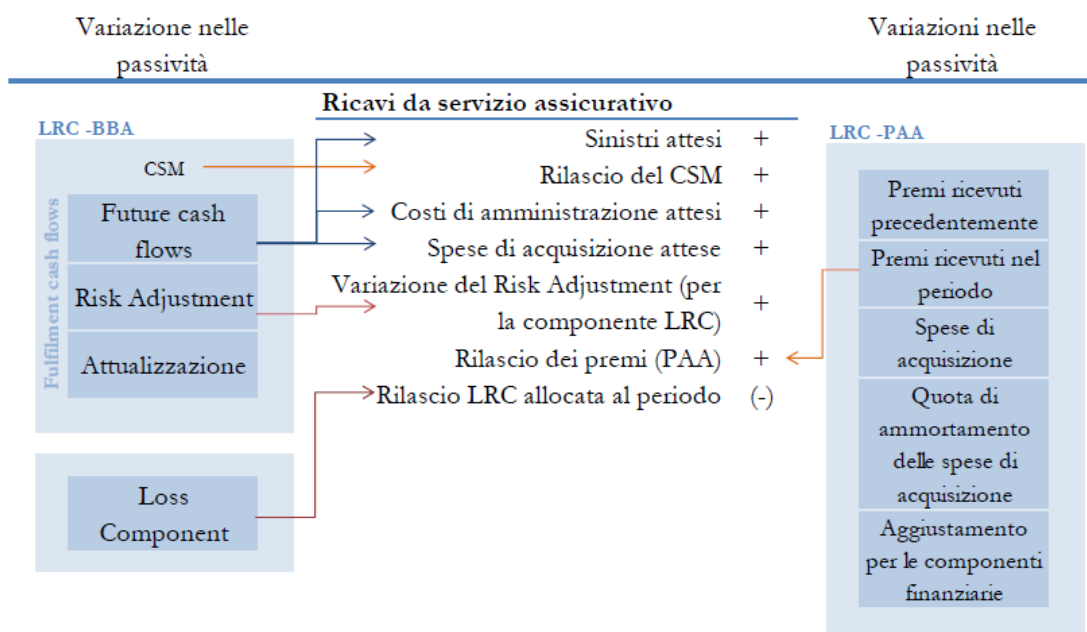
Per questi ultimi, come dettagliatamente descritto nel paragrafo 2.5.1. “PAA – Premium Allocation Approach”, il ricavo da servizio assicurativo per il periodo è pari al valore dei premi attesi dal gruppo di contratti assicurativi allocato al periodo di riferimento; pertanto, da considerarsi nel computo dei ricavi da servizio assicurativo risultano anche i ricavi assicurativi relativi ai contratti valutati applicando il PAA.

Segue uno schema riepilogativo della componente “Ricavi da servizio assicurativo”:

Ricavi assicurativi	
<i>Contratti non misurati con PAA</i>	
Ammontare relativo alla variazione della LRC	x
Variazione del Risk Adjustment	x
Oneri relativi a sinistri attesi e altre spese per servizi assicurativi	x
CSM riconosciuto a P&L	x
Recupero delle spese di acquisizione	x
Totale ricavi assicurativi contratti non misurati con PAA	x
Totale ricavi assicurativi contratti misurati con PAA	x
Totale ricavi assicurativi	x

(KPMG, 2018)

Una precisazione va effettuata relativamente ai contratti onerosi, nello specifico, come già enunciato precedentemente, si tratta di quei contratti assicurativi i cui “Fulfilment Cash Flows” (valori attuali attesi dei flussi di cassa futuri più i relativi margini per rischi non finanziari) risultano essere, alla data di rilevazione iniziale, o alla data di reporting, negativi. A tal proposito, l’IFRS 17 dispone che “L’entità deve rilevare nell’utile (perdita) d’esercizio la perdita per il deflusso netto per il gruppo di contratti onerosi”; pertanto, la cosiddetta “Loss Component” (perdita) deve essere, non appena rilevata, direttamente imputata a Conto Economico. In particolare, andrà a computare nel calcolo dei ricavi assicurativi con segno negativo, se relativa a contratti divenuti onerosi (in sede di valutazione successiva) per cui già era stata contabilizzata a Stato Patrimoniale la LRC, che conseguentemente all’onerosità sopravvenuta, dovrà essere stornata di pari importo alla perdita e rilasciata a Conto Economico, come si evince dall’immagine sotto. Invece, se la perdita è relativa a nuovi contratti individuati quali onerosi alla data di rilevazione iniziale, dovrà essere considerata quale costo da servizio assicurativo (come si vedrà nell’immagine seguente relativa ai costi da servizio assicurativo).



(Sbisà, 2017)

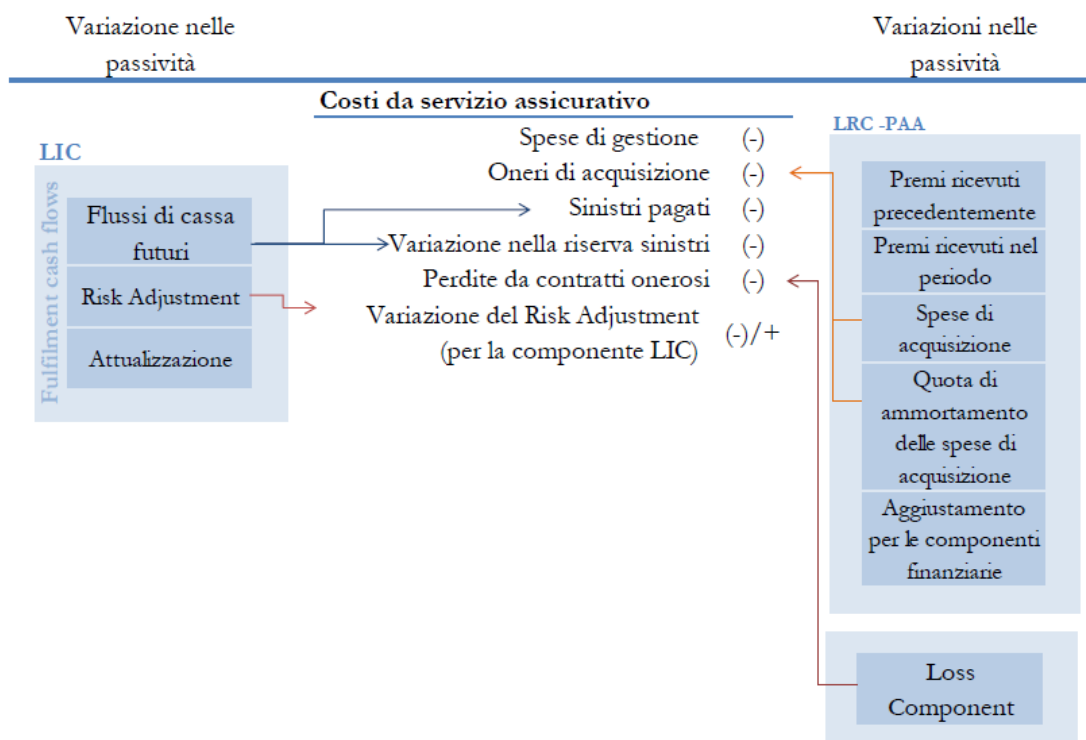
La pratica “tradizionale” di riconoscere i ricavi come premi sottoscritti o di competenza non sarà più applicata in quanto sarà sostituita dalla “nuova” tecnica di imputazione dei “ricavi assicurativi”, così come definiti da IFRS 17, che alloca i componenti positivi di reddito in proporzione al servizio assicurativo erogato nel periodo ed alle spese assicurative attese nel periodo. (Sala e Moraldi, 2022)

Tale approccio condurrà ad “una significativa differenza nei valori riconosciuti come ricavi rispetto all’attuale modello contabile, che non sempre risulta allineato con la variabilità dei sinistri, dei rischi e del servizio fornito durante il periodo di copertura.” (Sbisà, 2017)

Si passa ora alla descrizione dei costi da servizio assicurativo. In particolare, l’IFRS 17, al paragrafo 84 e 103 lettera b Regolamento (UE) 2021/2036, prevede che devono essere inclusi nel computo dei costi da servizio assicurativo:

- i sinistri accaduti (esclusi i rimborsi di elementi di investimento)
- altri costi per servizi assicurativi sostenuti
- l’ammortamento dei flussi finanziari connessi all’acquisizione dei contratti assicurativi

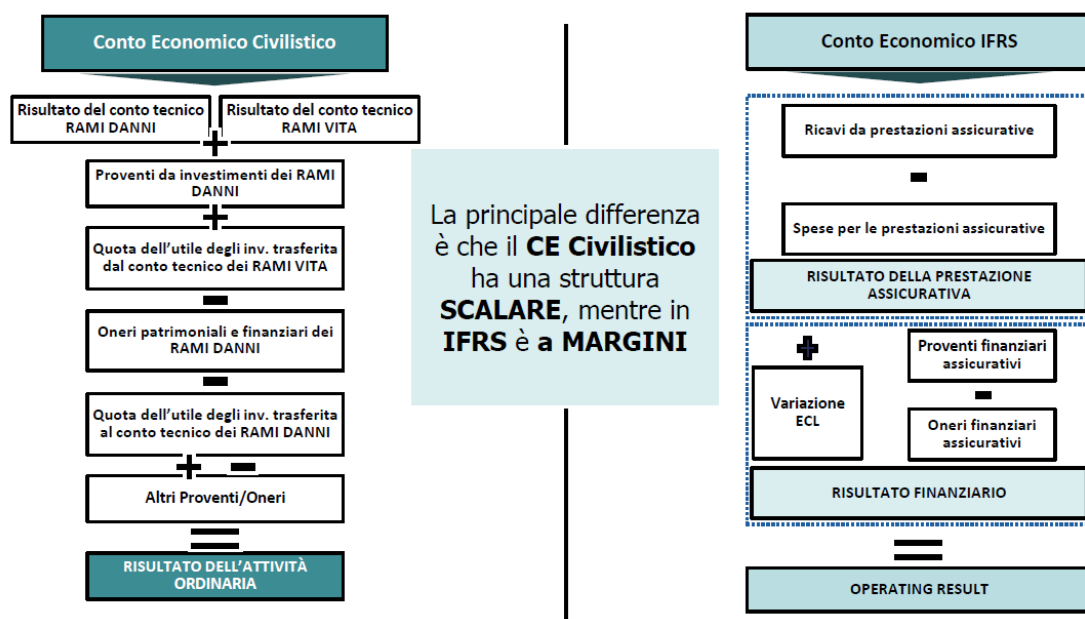
- le variazioni riferite ai servizi passati, ossia le variazioni dei flussi finanziari di adempimento relativi alle passività per sinistri accaduti (LIC); e
- le variazioni riferite ai servizi futuri, ossia le perdite sui gruppi di contratti onerosi;



(Sbisà, 2017)

Relativamente ai proventi e oneri finanziari del settore assicurativo, che, come detto in precedenza, vanno separati dai ricavi e costi da servizio assicurativo, si devono intendere incrementi o decrementi nel valore contabile del gruppo di contratti assicurativi (e quindi nelle relative passività assicurative) per effetto di cambiamenti nei “*Fulfillment cash flows*” dovuti a variazioni dell’inflazione o del rischio finanziario (tassi). (Wolters Kluwer Italia, 2023)

In conclusione, una rappresentazione di un potenziale Conto Economico assicurativo (sintetizzato) redatto conformemente alle condizioni disposte da IFRS 17 potrebbe essere la seguente:



(Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, 2023)

Si noti che, come detto inizialmente, la novità più importante risulterà essere la nuova struttura “a margini”, assicurativo e finanziario, in sostituzione della precedente forma scalare che presupponeva la determinazione di un risultato del conto tecnico del ramo danni, al quale si aggiungeva il risultato del conto tecnico del ramo vita, e, infine, l’inclusione degli elementi del conto non tecnico.

Infine, si precisa che l’immagine mostra soltanto la determinazione del margine assicurativo/operativo, a quest’ultimo, per determinare il risultato economico complessivo, andranno poi ad aggiungersi altri proventi ed oneri, imposte ed OCI.

3.3 Impatto potenziale su Nota Integrativa

La Nota integrativa rappresenta uno dei documenti fondamentali del bilancio di esercizio in quanto amplia la comprensibilità e la chiarezza di Stato Patrimoniale e Conto Economico, dunque, ha valenza esplicativa e descrittiva.

“È evidente che la complessità dell’impresa di assicurazione attribuisce alla Nota Integrativa un ruolo di maggior rilievo rispetto a quanto accade nelle imprese di altri settori.” (Di Cagno e Adamo, 2001)

L'IFRS 17, al paragrafo 93 Regolamento (UE) 2021/2036, dispone che:

“Le disposizioni in materia di informativa mirano a far sì che nelle note l'entità fornisca informazioni che, assieme alle informazioni fornite nel prospetto della situazione patrimoniale-finanziaria, nel prospetto (nei prospetti) del risultato economico e nel rendiconto finanziario, diano agli utilizzatori del bilancio gli elementi per valutare l'effetto che i contratti rientranti nell'ambito di applicazione dell'IFRS 17 hanno sulla situazione patrimoniale-finanziaria, sul risultato economico e sui flussi finanziari dell'entità. A questo scopo, l'entità deve fornire informazioni quantitative e qualitative su tutti gli elementi seguenti:

a) importi rilevati nel bilancio per i contratti rientranti nell'ambito di applicazione dell'IFRS 17;

b) i giudizi significativi formulati e le relative modifiche in sede di applicazione dell'IFRS 17; e

c) la natura e l'entità dei rischi derivanti dai contratti rientranti nell'ambito di applicazione dell'IFRS 17.”

In altre parole, la compagnia di assicurazione deve includere nella Nota Integrativa informazioni quantitative e qualitative su tre elementi: i valori riconosciuti nel bilancio relativamente ai contratti assicurativi in essere (a), le valutazioni significative e i relativi cambiamenti (b) e, la natura e la portata del rischio relativo ai contratti assicurativi in essere (c).



Informativa sui numeri

- importi rilevati in bilancio derivanti dai contratti di assicurazione
- modelli contabili applicati
- tasso di interesse utilizzato, sulle assunzioni adottate ed eventuali cambiamenti delle stesse, sui rischi (esposizione, variazioni, politiche e processi)



Informativa sui criteri

- assunzioni significative adottate e cambiamenti sulle stesse
- eventuali variazioni sui metodi e i relativi effetti sul bilancio
- rendimenti dei flussi di cassa con descrizione della curva dei rendimenti utilizzata



Informativa sui rischi

- rischi derivanti dai contratti di assicurazione
- obiettivi, politiche e processi per gestire i rischi e i relativi metodi di misurazione
- Variazioni dei rischi o nella politica di gestione dei rischi

(KPMG, 2018)

Relativamente a tale informativa, innanzitutto, il principio, al paragrafo 98 Regolamento (UE) 2021/2036, richiede che siano fornite separatamente informazioni integrative inerenti contratti assicurativi emessi e contratti riassicurativi detenuti.

Entrando nello specifico delle tre aree di interesse individuate da IFRS 17, si procede dapprima nell'analisi del punto a, ovvero della richiesta del principio di esplicitare in Nota Integrativa i valori riconosciuti in bilancio. A tal riguardo, lo standard presuppone che siano presentati dei prospetti di riconciliazione dei saldi di apertura e di chiusura delle voci di bilancio relative ai contratti assicurativi emessi (e contratti riassicurativi detenuti). La compagnia assicurativa, dunque, dovrà mostrare come si modifica il valore netto dei contratti durante il periodo di riferimento presentando il valore netto all'inizio e alla fine del periodo, separati per gruppi di contratti che costituiscono attività e gruppi di contratti che costituiscono passività, secondo la logica dello Stato Patrimoniale (“*no netting*”).

Per i contratti assicurativi valutati con il metodo del “*Building Block Approach*” (BBA) o del “*Variable Fee Approach*” (VFA), la compagnia assicurativa deve presentare prospetti di riconciliazione dei valori di inizio e fine periodo separatamente per tutte le passività e per tutte le loro componenti:

- LRC:
 - valore attuale dei “*cash flows*”,
 - “*Risk Adjustment*”, e
 - “*Contractual Service Margin*”;
- LIC:
 - valore attuale dei “*cash flows*”, e
 - “*Risk Adjustment*”.

Il principio precisa, inoltre, che qualsiasi “*Loss Component*” deve essere divulgata separatamente in Nota Integrativa.

Per i contratti assicurativi valutati con il metodo del “*Premium Allocation Approach*” (PAA), invece, la compagnia assicurativa deve includere in Nota Integrativa informazioni relative a:

- quale dei requisiti è soddisfatto per applicare il metodo semplificato

- eventuali assunzioni sul valore della moneta del tempo e l'effetto del rischio finanziario

- il metodo scelto per il riconoscimento delle spese di acquisizione

(Sbisà, 2017)

“L'obiettivo delle riconciliazioni [...] è fornire diversi tipi di informazioni sul risultato dei servizi assicurativi.” (Regolamento (UE) 2021/2036, paragrafo 102)

Il paragrafo 103 Regolamento (UE) 2021/2036 richiede che siano fornite separatamente nei prospetti di riconciliazione informazioni relative a:

- ricavi assicurativi

- costi assicurativi

- componenti di investimento escluse dai precedenti;

Passando al punto b, è previsto che:

“L'entità deve indicare i giudizi significativi formulati ai fini dell'applicazione dell'IFRS 17, nonché i relativi cambiamenti. In particolare, l'entità deve presentare gli input, le ipotesi e le tecniche di stima utilizzati, tra cui:

a) i metodi utilizzati per valutare i contratti assicurativi rientranti nell'ambito di applicazione dell'IFRS 17 e i processi per stimare gli input di tali metodi. Se fattibile, l'entità deve anche fornire informazioni quantitative sugli input;

b) le eventuali modifiche dei metodi e dei processi per la stima degli input utilizzati per valutare i contratti, la ragione di ogni modifica e il tipo di contratti interessati;

c) se non già indicato in applicazione della lettera a), il metodo utilizzato:

i) per distinguere le variazioni delle stime dei flussi finanziari futuri derivanti dall'esercizio del potere discrezionale dalle altre variazioni delle stesse stime, per i contratti senza elementi di partecipazione diretta;

ii) per determinare l'aggiustamento per il rischio non finanziario, anche al fine di decidere se presentare le variazioni dell'aggiustamento per il rischio non finanziario disaggregate tra la componente di servizi assicurativi e la componente di finanziamento assicurativo, o se presentarle nella loro totalità nel risultato dei servizi assicurativi;

iii) per determinare i tassi di attualizzazione;

iv) per determinare le componenti di investimento; e

v) per determinare la ponderazione relativa delle prestazioni fornite dal servizio di copertura assicurativa e dai servizi collegati al rendimento degli investimenti o dal servizio di copertura assicurativa e dal servizio relativo agli investimenti.” (Regolamento (UE) 2021/2036, paragrafo 117)

Infine, al punto c, l’IFRS 17 richiede che siano fornite informazioni in Nota Integrativa che permettono agli stakeholders di individuare la natura e l’entità del rischio, ovvero dell’incertezza dei flussi di cassa relativi ai contratti assicurativi valutati secondo le metodologie richieste dal nuovo standard.

“Tali informazioni riguardano in particolare i rischi assicurativi e i rischi finanziari derivanti dai contratti assicurativi e il modo in cui sono gestiti. Per rischi finanziari si intendono di norma, ma non unicamente, il rischio di credito, il rischio di liquidità e il rischio di mercato.” (Regolamento (UE) 2021/2036, paragrafo 122)

È precisato inoltre, al paragrafo 124 del Regolamento (UE) 2021/2036, che per ogni tipologia di rischio la compagnia assicurativa deve dare informativa circa:

- le esposizioni al rischio e la loro origine,
- gli obiettivi, le politiche e i processi di gestione dei rischi e i metodi utilizzati per valutare i rischi,
- qualsiasi variazione dei due punti precedenti intervenuta nel periodo, e
- una sintesi delle informazioni quantitative sull’esposizione a tali rischi alla fine del periodo.

Inoltre, lo standard richiede al paragrafo 130 del Regolamento (UE) 2021/2036, che sia divulgato separatamente il cosiddetto “sviluppo dei sinistri”, ovvero una comparazione tra i sinistri effettivi e le stime fatte in precedenza relativamente al valore dei sinistri (non attualizzato).

In conclusione, si può certamente affermare che il contenuto della Nota Integrativa ai sensi di IFRS 17, per quanto ampio e approfonditamente dettagliato, sia estremamente evoluto rispetto a quanto prevedeva IFRS 4, e questo per garantire un miglior rispetto dei requisiti di chiarezza e trasparenza disposti dai principi contabili internazionali.

3.4 La prima applicazione

Il “*Contractual Service Margin*” (CSM) per costruzione ha un impatto sul passato, sul presente e sul futuro contabile della compagnia assicurativa.

Questo è il punto di partenza dello IASB nel definire l’approccio da utilizzare per la gestione della prima applicazione di IFRS 17.

Infatti, per i gruppi di contratti assicurativi valutati con il metodo del “*Building Block Approach*” (BBA) e del “*Variable Fee Approach*” (VFA), il relativo CSM deve essere determinato alla data di sottoscrizione e ammortizzato nel corso dell’intera durata della copertura. Pertanto, risulta necessario, per i contratti già in vigore alla data di prima applicazione, stimare il valore residuo del CSM senza, ovviamente, avere a disposizione il valore alla sottoscrizione e i relativi ammortamenti successivi.

Lo IASB ha previsto tre approcci utilizzabili per determinare il valore residuo del CSM alla data di transizione, da applicare a livello di gruppo di contratti, secondo la seguente gerarchia:

1. metodo retrospettivo completo (“*Full Retrospective Approach*”);
2. metodo retrospettivo modificato (“*Modified Retrospective Approach*”);
3. metodo del “*Fair Value*” (“*Fair Value Approach*”).

(Studio Attuariale Visintin & Associati, 2017)

L’approccio retrospettivo completo è quello “di default”; pertanto, salvo che la compagnia assicurativa dimostri la sua impraticabilità, è tenuta a praticare tale approccio. Esso prevede che vengano applicate le nuove regole disposte da IFRS 17 in modo retrospettivo: in linea con lo IAS 8 “*Accounting Policies, Changes in Accounting Estimates and Errors*”, richiede alla compagnia assicurativa, alla data di transizione all’IFRS 17 di:

a) identificare, riconoscere e valutare ciascun gruppo di contratti assicurativi detenuti in portafoglio come se l’IFRS 17 fosse sempre stato in vigore sin dalla data di stipula di ciascun singolo contratto;

b) eliminare le poste contabili che non esisterebbero se l'IFRS 17 fosse sempre stato applicato;

c) allocare qualsiasi differenza netta risultante nel Patrimonio Netto.

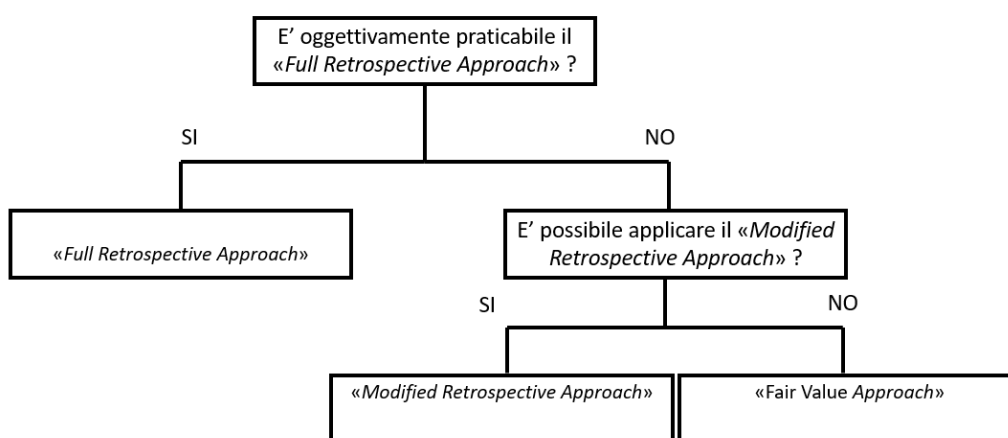
Tuttavia, tale approccio, risulta operativamente impraticabile in molti casi, soprattutto per la difficoltà (o addirittura la totale impossibilità) di reperire informazioni storiche e dati sufficienti, precisi ed affidabili. Ad esempio, si pensi alle difficoltà che incontrerebbe la compagnia assicurativa, in applicazione del “*Building Block Approach*” (BBA), nell'identificare retrospettivamente in misura oggettiva i cash flows attesi, il “*Risk Adjustment*” e il tasso di attualizzazione riferibili alla data di rilevazione iniziale di ciascun contratto, nonché gli impatti a Conto Economico che si sarebbero rilevati alle precedenti date di reporting. (Wolters Kluwer Italia, 2023)

Per quanto enunciato, a condizione di poter dimostrare l'oggettiva impraticabilità del “*Full Retrospective Approach*” per un gruppo di contratti assicurativi, sono stati previsti due approcci alternativi che possono essere utilizzati dalla compagnia assicurativa in sede di prima applicazione di IFRS 17.

Nel caso in cui la compagnia assicurativa dimostri che è oggettivamente impossibile applicare il “*Full Retrospective Approach*”, deve procedere dapprima tentando di praticare il “*Modified Retrospective Approach*”. Quest'ultimo è essenzialmente una variante del primo con una serie di semplificazioni che ne rendono più agevole l'applicazione. In particolare, sono previste agevolazioni applicabili alle diverse fasi di valutazione dei contratti assicurativi (aggregazione, misurazione, valutazione, ecc.) che permettono di utilizzare informazioni e dati relativi alla data di transizione (o precedenti) nel caso in cui quelli relativi alla data di sottoscrizione non siano individuabili. Principalmente tali semplificazioni riguardano quelle voci di più difficile stima retrospettiva, quali, ad esempio, i cash flows, i tassi di attualizzazione e il “*Risk Adjustment*”. (Studio Attuariale Visintin & Associati, 2017)

Infine, nel caso in cui la compagnia assicurativa dimostri l'impraticabilità di entrambi gli approcci appena descritti, l'IFRS 17 dispone che debba essere praticato l'approccio del “*Fair Value*”.

Differentemente dagli altri due approcci, quest’ultimo non richiede la ricostruzione dei valori storici del gruppo di contratti assicurativi a partire dalla data di sottoscrizione fino alla data di transizione, ma si focalizza sui soli dati disponibili alla data di prima applicazione. Infatti, applicando il “*Fair Value Approach*”, il CSM del gruppo di contratti assicurativi (o la “*Loss Component*”) è determinato come la differenza tra il “fair value” del gruppo di contratti assicurativi ed il “*Fullfilment Cash Flow*” (conformemente all’IFRS 13 “Valutazione del fair value”); tale valore rappresenterebbe una stima, seppur approssimativa, del “*Present Value of Future Profits*”. (Wolters Kluwer Italia, 2023)



L’approccio che verrà applicato per la valutazione del “Contractual Service Margin” nella fase di transizione influenzerà la rappresentazione dei profitti negli esercizi successivi”. (Sbisà, 2017)

3.5 Un cenno a Solvency II

La Commissione Europea il 25 novembre del 2009 ha emanato la Direttiva 138/2009, nota come “Solvency II”. A seguito di una gestazione durata quasi un decennio, il termine per il recepimento in tutti gli stati membri di tale Direttiva è stato definitivamente fissato al 1° gennaio 2016, data quindi di prima applicazione. (Marino e Costa, 2015)

Solvency II stabilisce un nuovo regime di adeguatezza patrimoniale e nuove regole di gestione e di calcolo del rischio con la finalità di garantire il mantenimento di un

capitale più aderente al profilo di rischio di ciascuna impresa di assicurazione, e pone particolare attenzione al requisito di trasparenza. Essa è centrata sul concetto di rischio (“risk based”) e su un nuovo approccio “prospettico” (“forward-looking”) ed è strutturata su tre pilastri. (Pezzuto, 2019)

Il primo pilastro rappresenta il “cuore” della Direttiva in quanto fissa i requisiti patrimoniali quantitativi commisurati al rischio assunto. Nello specifico, richiede che siano detenute appropriate riserve tecniche (definendo le relative metodologie di calcolo), idonee attività a copertura delle stesse e un adeguato capitale di solvibilità (il “*Social Capital Requirement*” (SCR)), individuando anche i fondi propri ammissibili a costituirlo. Il secondo pilastro, invece, impone requisiti qualitativi inerenti la “corporate governance” richiedendo a tutte le imprese di assicurazione di dotarsi di un sistema efficace di “risk management” per gestire sia i rischi quantificabili sia i rischi che non si prestano a valutazioni quantitative. Il terzo pilastro, infine, predispone requisiti di reportistica con finalità di maggiore trasparenza e controllo nei confronti sia dell’Autorità di vigilanza che del mercato. È richiesto, ad esempio, alle imprese di assicurazione che superano particolari limiti la predisposizione di uno speciale rapporto sulla condizione finanziaria e di solvibilità (SFCR, “Solvency and Financial Condition Report”). Inoltre, le compagnie devono inviare alle Autorità di vigilanza periodicamente ulteriori documentazioni maggiormente dettagliate sia contenenti dati qualitativi sia quantitativi, come ad esempio il “Regular Supervisory Report”. (www.ivass.it, 2016)

Si procede, quindi, all’analisi sommaria del primo pilastro di Solvency II.

Innanzitutto, è previsto che le riserve tecniche siano valutate al loro “*current exit value*”, pari alla somma di “migliore stima” (“*best estimate*”) dei flussi di cassa futuri e “margine di rischio” (“*risk margin*”). (Cappiello, 2012) Per migliore stima si intende una stima che sia calcolata in modo prudente, affidabile e obiettivo; e corrisponde al valore dei flussi di cassa futuri attesi connessi alle obbligazioni assunte dalla compagnia attraverso la stipula dei contratti assicurativi attualizzato ad un tasso “privo di rischio” per ricavarne il valore presente. (Paci, 2019) Il margine di rischio, invece, rappresenta il margine di sicurezza che garantisce l’equivalenza tra il valore delle riserve tecniche e gli importi necessari per onorare le obbligazioni assunte, nell’ipotesi di calcolo non corretto della migliore stima. Si deve intendere come il costo connesso alla costituzione di fondi

propri di importo ammissibile, e pertanto, pari al requisito patrimoniale di solvibilità necessario per far fronte alle obbligazioni di assicurazione e riassicurazione per tutta la loro durata di vita (metodo del costo del capitale). Il tasso usato per misurare il costo della costituzione dei fondi propri, denominato “*Cost of Capital*”, è lo stesso per tutte le imprese ed è soggetto a revisione periodica. Il margine di rischio si calcola, quindi, come prodotto del “*Cost of capital*” e del “*Solvency Capital Requirement*” (requisito di capitale) riferito agli anni futuri (intera durata di vita dell’impresa); e tale valore va poi attualizzato ad un tasso privo di rischio. (Prospetti e Colavolpe, 2012)

Relativamente alle poste dell’attivo Solvency II imposta il principio della “persona prudente”, che presuppone come l’impresa di assicurazione sia libera di investire le risorse finanziarie attraverso un mix di attività a sua discrezione, nel rispetto però del vincolo della “persona prudente”. Quest’ultimo richiede che l’impresa sia consapevole della politica di investimento che intende attuare e dei relativi rischi; che garantisca sicurezza, qualità, liquidità e redditività del portafoglio nel suo complesso; e che localizzi le attività secondo criteri tali da assicurare la loro disponibilità. (Paci, 2019)

“La disciplina di vigilanza richiede che l’impresa detenga fondi propri ammissibili sufficienti per coprire il requisito patrimoniale di solvibilità” (“Solvency Capital Requirement”) (Paci, 2019).

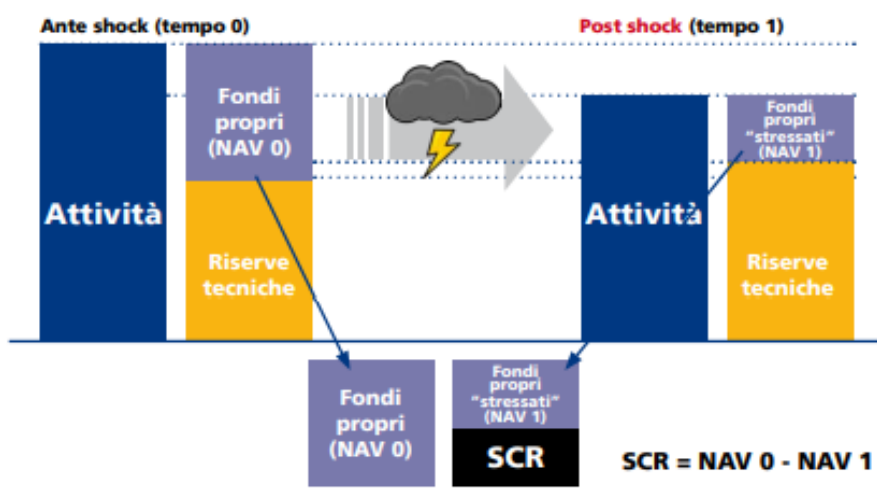
Il “*Solvency Capital Requirement*” (SCR) è definito da Solvency II come il capitale economico che un’impresa deve detenere per limitare la probabilità di rovina allo 0,5% e può essere calcolato ricorrendo alla formula “standard” oppure adottando un modello interno purché sia approvato dall’IVASS. La formula standard prevede l’applicazione della metodologia Var (“*Value at risk*”). (Pasqualini, 2007)

Nello specifico, la Direttiva fissa singoli requisiti di capitale per ciascun fattore di rischio supportato dall’impresa assicurativa; pertanto, ogni componente di rischio ha il proprio effetto sul requisito di capitale. Ad esempio, al rischio “longevità”, secondo quanto dispone Solvency II, è associato uno “stress” o “shock” del 15% a fronte del pericolo di un incremento permanente e istantaneo dei tassi di mortalità utilizzati per i calcoli delle riserve. Aggregando tali effetti con appropriate tavole di correlazione, per tener conto degli effetti della diversificazione dei rischi (finalizzata a mitigare la

rischiosità complessiva del portafoglio), si ottiene il “*Solvency Capital Requirement*” della compagnia assicurativa. (www.ivass.it, 2016)

Dal punto di vista pratico, l’impresa calcola il valore delle attività e delle passività (riserve tecniche) secondo i criteri di vigilanza e quindi applicando tutte le percentuali previste per ogni componente rischiosa e aggregando gli effetti con apposite tavole di correlazione, come sopra detto. Così determina il cosiddetto “Stato Patrimoniale di Vigilanza” e, sottraendo alle attività le passività, identifica il patrimonio in situazione “ante stress”. La differenza tra il patrimonio “prima e dopo lo stress” indica l’importo di fondi propri da detenere per mantenere il capitale necessario anche nel caso di imprevisto. (Paci, 2019). (Vedi immagine sottostante)

Il calcolo dell’SCR



(www.ivass.it, 2016)

La copertura del Requisito patrimoniale di solvibilità è disciplinata dalla Direttiva che indica con precisione gli elementi di capitale ammissibili per il soddisfacimento del requisito. Innanzitutto, vi sono i fondi propri dell’impresa e cioè l’eccesso delle attività (investimenti) rispetto alle sue passività (riserve tecniche). A queste risorse poi possono essere sommate anche le passività subordinate emesse dall’impresa. Sono soggetti all’autorizzazione dell’IVASS i fondi accessori che includono capitale sociale non versato e non ancora richiamato, lettere di credito o altri impegni giuridicamente vincolanti.

Nel corso dell'anno le compagnie devono attestare il possesso di almeno una base minima di capitale prudenziale. A tale funzione provvede il secondo requisito patrimoniale previsto da Solvency II. Quest'ultimo è il Minimum Capital Requirement (MCR); esso va calcolato ogni tre mesi. Per poter continuare ad operare, la compagnia assicurativa, deve raggiungere almeno quel capitale minimo. La procedura di calcolo del MCR richiama il processo di determinazione del SCR. Per la copertura del MCR sono ammissibili solo i mezzi propri di qualità migliore; infatti, non sono possibili i fondi propri accessori. (www.ivass.it,2016)

3.6 Due binari paralleli: IFRS 17 e Solvency II

Si passa ora ad un'analisi congiunta del nuovo standard internazionale IFRS 17 e della Direttiva Solvency II.

Innanzitutto, è bene individuare i differenti obiettivi propri dei due corpi normativi: da un lato, IFRS 17 con l'obiettivo di tutelare gli stakeholders garantendo che le compagnie assicurative forniscano le informazioni rilevanti per rappresentare fedelmente i contratti assicurativi; dall'altro Solvency II con l'obiettivo di tutelare gli stakeholders garantendo che le compagnie assicurative siano patrimonialmente solide da reggere l'urto di shock imprevisti (siano solvibili). Pertanto, si possono individuare due orientamenti differenti: da un lato (IFRS 17) in cui l'orientamento è al contratto assicurativo (“*Contract view*”) e dall'altro (Solvency II) in cui l'orientamento è al rischio (“*Risk View*”).

Relativamente all'ambito di applicazione, invece, se IFRS 17 si applica a tutti i contratti che rientrano nella definizione di “contratto assicurativo”, Solvency II, invece, si applica all'intero business di un'impresa assicurativa. Peraltro, se quest'ultima ha un unico portafoglio di unit-linked, non deve essere applicato l'IFRS 17 ma rientra nell'esclusivo ambito di applicazione di Solvency II.

Interessante guardare al momento in cui viene riconosciuto il contratto assicurativo secondo i due diversi approcci normativi: IFRS 17, come discusso nel capitolo 2.4 “*La rilevazione dei contratti assicurativi*”, dispone che la data di riconoscimento iniziale del contratto è la prima tra le seguenti date: la data di decorrenza della copertura, data del primo pagamento di premio e per i contratti onerosi, la data in cui il contratto è diventato

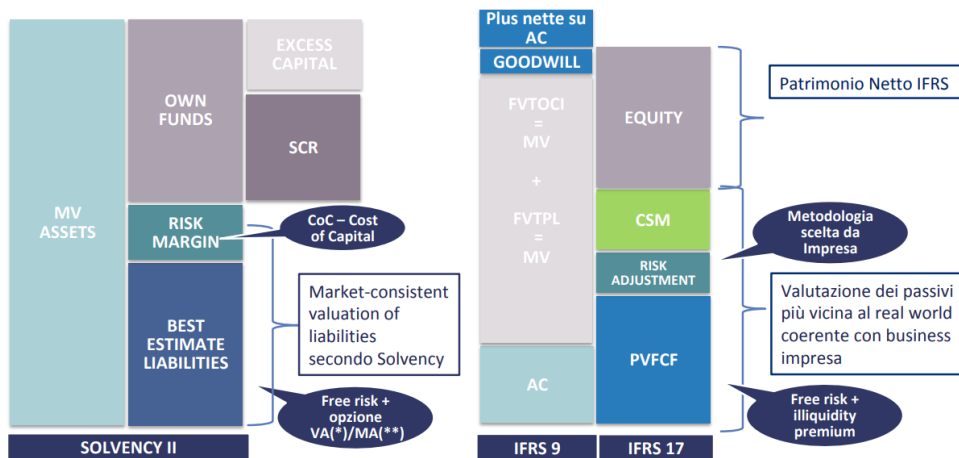
oneroso. Invece, Solvency II identifica la data di riconoscimento iniziale dei contratti assicurativi nella data in cui la Compagnia si è contrattualmente impegnata. Si precisa che, per Solvency II, incide il momento di rilevazione del contratto assicurativo in quanto riconoscendo il contratto assicurativo viene riconosciuto anche il relativo utile e, di conseguenza, l'impatto sui fondi propri.

Infine, entrando nel merito della valutazione delle passività assicurative, ovvero delle riserve tecniche, la differenza fondamentale riguarda l'approccio: secondo Solvency II la valutazione delle riserve tecniche è "*market consistent*", mentre secondo IFRS 17 la valutazione delle riserve tecniche (LRC e LIC) è correlata al mondo reale, al business dell'impresa. Si trova, però, analogia relativamente alla "fase di calcolo" delle riserve tecniche che si concretizza nell'attualizzazione di tutti i flussi di cassa futuri connessi al contratto assicurativo. Invece, ciò che distingue, dal punto di vista pratico, i due approcci è la diversità esistente tra quello che IFRS 17 definisce "Risk Adjustment" e quello che Solvency II definisce "Risk Margin". Il "Risk Adjustment" rappresenta una componente delle riserve tecniche dato dalla remunerazione attesa dall'assicuratore a fronte del rischio tecnico (non finanziario) derivante dall'incertezza dei flussi di cassa assicurativi ed è quindi discrezionale e diverso tra impresa e impresa; il "Risk Margin", invece, rappresenta una componente delle riserve tecniche richiesta per garantire che il valore delle stesse sia equivalente all'importo di cui le imprese di assicurazione avrebbero bisogno per onorare le obbligazioni assicurative, ed è pari al "Solvency Capital Requirement" moltiplicato per il "Cost of Capital", di cui si è parlato nel precedente paragrafo, quest'ultimo fissato dall'Autorità di Vigilanza e uguale per tutte le imprese.

(Sbisà, 2017)

Segue un'immagine di sintesi delle differenze esistenti tra un bilancio IFRS 17 e un bilancio Solvency II:

Le differenze tra il bilancio IFRS e Solvency II



(Carlino, Costanzo & Associati, 2019)

In conclusione, secondo molti, l'implementazione di IFRS 17 potrebbe risultare molto complicata, non soltanto per la complessità propria dello standard, ma anche per la necessità di una sua gestione congiunta e simultanea con altri "progetti" come Solvency II.

CAPITOLO IV

IFRS 17: verso l'applicazione

4.1 I principali gruppi assicurativi italiani

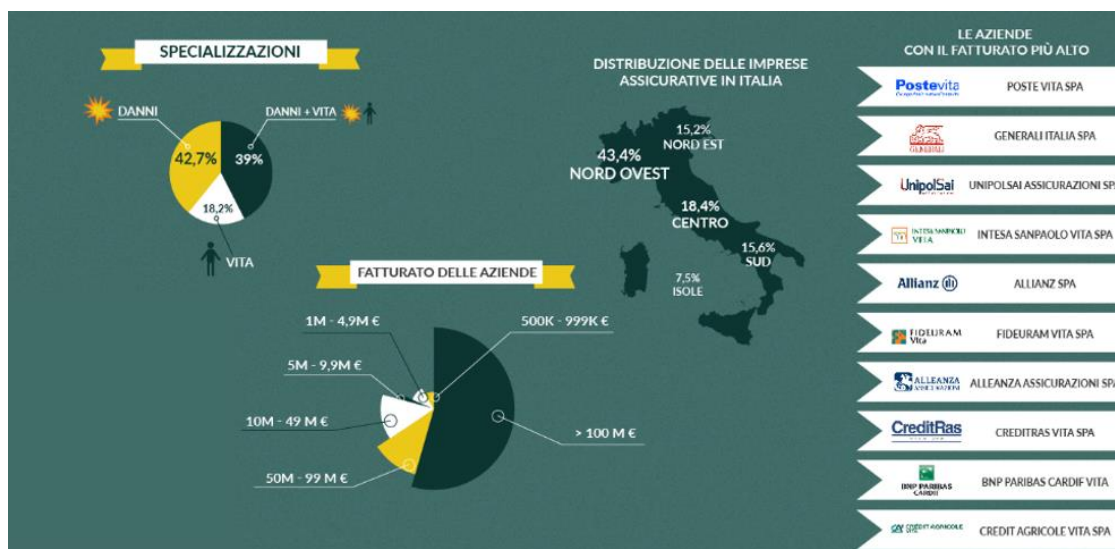
In questa sede viene ripreso e dettagliato quanto introdotto nel paragrafo 1.4 “*Il posizionamento del settore assicurativo*”. Nello specifico, verranno inquadrati i principali attori del mercato italiano delle assicurazioni, mostrando i relativi dati di performance, al fine di fornire una visione globale necessaria per poi cimentarsi nell’analisi empirica di applicazione del nuovo standard internazionale IFRS 17 “*Contratti assicurativi*”, che è stato adottato a livello europeo dal Regolamento (UE) 2021/2036 fissando la prima applicazione al più tardi a partire dalla data di inizio del primo esercizio finanziario che cominci il 1° gennaio 2023 o successivamente. Data l’attuale “fase di transizione” in cui ci troviamo, interessante risulta l’analisi delle differenti prospettive, posizioni, precauzioni e predisposizioni intraprese dai principali attori del mercato assicurativo italiano relativamente al processo di implementazione del nuovo standard internazionale, che verrà affrontata nel successivo capitolo.

Come preannunciato nella descrizione del posizionamento del settore assicurativo (1.4 “*Il posizionamento del settore assicurativo*”), si può certamente affermare che “*il mercato assicurativo italiano offre un contributo significativo all’economia e alla società del nostro Paese*”. (www.icribis.com, 2023)

Nel 2022 i premi assicurativi hanno rappresentato il 6,8% del PIL italiano a prezzi correnti, di cui 4,9% relativi alla raccolta dei premi vita e 1,9% alla raccolta dei premi danni. L’incidenza dei premi danni sul PIL negli ultimi vent’anni oscilla intorno al 2%, mentre per i premi vita si riscontra un andamento tendenzialmente crescente e una maggiore volatilità attestandosi tra il 4% e il 7%.

Al 31 dicembre 2022 le imprese autorizzate a esercitare l’attività assicurativa e riassicurativa in Italia, sottoposte alla vigilanza prudenziale dell’IVASS, risultavano 92,

di cui 88 nazionali e 4 rappresentanze di imprese estere con sede legale in Paesi non appartenenti al SEE. (IVASS, 2023)



(www.icribis.com, 2023)

L'immagine mostra la distribuzione territoriale del mercato assicurativo in Italia. Si può osservare una concentrazione che si attesta al 58,5% nel Settentrione, di cui il 43,4% nel Nord-Ovest e il 15,2% nel Nord-Est, al 18,4% nelle regioni del Centro ed al restante 23,1% nel Mezzogiorno, di cui il 15,6% nel Sud ed il 7,5% nelle Isole.

Relativamente alla distribuzione per prodotti assicurativi offerti, si riscontra il 42,7% delle imprese assicuratrici italiane specializzato nel ramo danni, il 18,2% specializzato nel ramo vita, mentre il restante 39% offre soluzioni ibride.

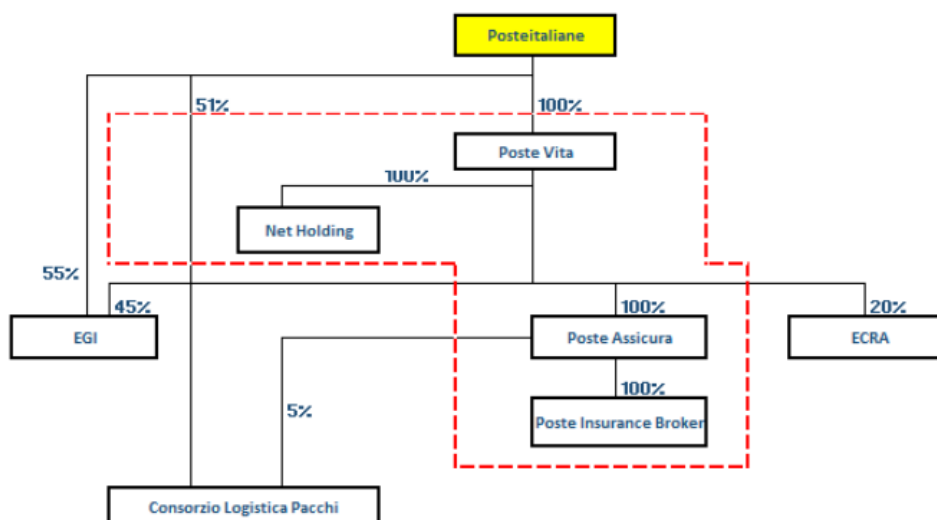
Guardando al fatturato 2022, il 10,3% delle imprese assicuratrici italiane registra un fatturato superiore a 100 milioni, il 2,1% nella fascia tra 50 milioni e 100 milioni, il 2,6% nella fascia tra 10 milioni e 50 milioni, lo 0,4% nella fascia tra 5 milioni e 10 milioni, l'1,9% nella fascia tra 1 milione e 5 milioni e l'1,6% nella fascia tra 500mila e 1 milione.

L'immagine mostra una classifica per fatturato dei primi dieci attori del mercato assicurativo italiano. Si precisa che, come mostrato dalle classifiche inserite nel capitolo 1.4 "Il posizionamento del settore assicurativo", anche in termini di profitti e premi emessi troviamo gli stessi "protagonisti", seppur con piccole differenze in termini di ordinamento.

Nelle prime tre posizioni si evidenziano nell'ordine Poste Vita S.p.A., Generali Italia S.p.A. e UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

(www.icribis.com, 2023)

Poste vita S.p.A. è la compagnia assicurativa vita del Gruppo Poste Italiane, nasce nel 1999 con sede legale a Roma, e nel 2014 diventa la prima compagnia assicurativa in Italia in termini di raccolta premi. Nel 2010 viene creato il Gruppo Assicurativo Poste Vita con capogruppo Poste Vita S.p.A. controllante al 100% della compagnia danni Poste Assicura S.p.A. e della società Net Holding S.p.A. e partecipante al 45% di Europa Gestioni Immobiliari S.p.A. (EGI) ed al 20% di Eurizon Capital Real Asset S.p.A. (ECRA); inoltre, rientrano nel gruppo anche Poste Insurance Broker S.r.l. in quanto controllata al 100% da Poste Assicura S.p.A. e Consorzio Logistica Pacchi S.c.p.a. in quanto partecipata al 5% da Poste Assicura S.p.A. Di seguito la struttura del gruppo:



(Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

Poste Italiane S.p.A., capogruppo del Gruppo Poste Italiane, controlla al 100% Poste Vita S.p.A.

Amministratore Delegato e Direttore Generale di Poste Vita S.p.A. è Andrea Novelli.

PRINCIPALI KPI PATRIMONIALI (importi in milioni di euro)	31/12/22	31/12/21	Variazione	
Patrimonio Netto	5.054,8	4.970,4	84,4	1,7%
Riserve Tecniche assicurative	153.613,6	145.604,2	8.009,4	5,5%
Investimenti Finanziari ¹	157.223,2	148.535,8	8.687,4	5,8%

1. Comprensivo delle disponibilità liquide e dei ratei per interessi.

PRINCIPALI KPI ECONOMICI (importi in milioni di euro)	31/12/22	31/12/21	Variazione	
Premi Lordi Contabilizzati	17.179,5	17.574,1	(394,6)	(2,2%)
Oneri relativi a sinistri	(9.575,4)	(9.498,9)	(76,5)	0,8%
Raccolta netta	7.604,1	8.075,2	(471,1)	(5,8%)
Risultato netto di periodo	481,7	719,5	(237,8)	(33,1%)

(Bilancio 2022, Poste Vita S.p.A.)

Poste Vita S.p.A. nel corso del 2022 ha raccolto premi per 17,2 miliardi di euro, evidenziando un lieve calo, pari al 2,2%, rispetto al dato dell'esercizio precedente. In particolare, si è evidenziata una riduzione dei premi relativi ai prodotti multiramo, che registrano nel periodo una diminuzione di 2,6 miliardi di euro, ma con un'incidenza sul totale della raccolta che continua ad essere rilevante (44,1%), seppur in calo rispetto al 57,8% registrato nel 2021. Tale andamento risulta parzialmente compensato dall'incremento della raccolta afferente i prodotti rivalutabili tradizionali, che registrano nel periodo una crescita di 2,1 miliardi di euro. Relativamente agli oneri relativi ai sinistri si attestano a 9,5 miliardi di euro, in linea con il dato registrato nel 2021. Il patrimonio netto della società risulta pari a 5,054 miliardi di euro, gli investimenti finanziari pari a 153,6 miliardi di euro e le riserve tecniche assicurative pari 157,2 miliardi di euro. La società chiude il bilancio 2022 con un risultato netto di periodo pari a 481,7 milioni di euro, in calo del 33,1% rispetto al 2021. (Bilancio 2022, Poste Vita S.p.A.)

(importi in milioni di Euro)

PRINCIPALI KPI PATRIMONIALI	31/12/2022	31/12/2021	Variazione	
Patrimonio Netto	6.793,6	5.935,8	857,7	14,4%
Posizione di Solvibilità SII	253,3%	285,4%	(32,2%)	
Riserve Tecniche Assicurative	139.987,0	159.089,9	-19.102,9	(12,0%)
Investimenti Finanziari*	145.192,0	163.279,8	-18.087,9	(11,1%)

PRINCIPALI KPI ECONOMICI	31/12/2022	31/12/2021	Variazione	
Premi lordi di competenza	17.539,7	17.871,1	(331,4)	(1,9%)
Margine Operativo Lordo	1.324,2	1.119,2	205,0	18,3%
Utile Netto	977,0	826,1	150,9	18,3%

(Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

Come mostra l'immagine sopra, a livello consolidato, il Gruppo Poste Vita registra nel 2022 premi lordi di competenza pari a 17,5 miliardi di euro, in calo dell'1,9% rispetto al 2021. Il patrimonio netto si attesta a 6,7 miliardi di euro e il risultato economico dell'esercizio a 977 milioni di euro registrando un incremento del 18,3% rispetto al 2021. Le riserve tecniche ammontano alla fine dell'esercizio 2022 a 139,9 miliardi di euro, in calo del 12% rispetto al 2021 (Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

(dati in milioni di euro)

Copertura SCR	31/12/2022	31/12/2021	delta
EOF a copertura SCR	12.805	12.677	(128)
SCR	5.056	4.441	(615)
Solvency Ratio	253,3%	285,4%	(32,2%)

(Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

Relativamente alla posizione di solvibilità del Gruppo Assicurativo Poste Vita, al 31 dicembre 2022, si evidenziano mezzi propri ammissibili pari a 12,8 miliardi di euro e si registra un incremento dei requisiti patrimoniali complessivamente di 615 milioni di euro per l'aumento del rischio di sottoscrizione Vita, determinando un valore del Solvency Ratio pari 253,3% (in diminuzione rispetto al 285,4% del 31 dicembre 2021 a causa di un aumento dei fondi propri meno che proporzionale rispetto alla crescita del Requisito di Capitale). (Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

Di seguito si riporta il prospetto di raccordo del patrimonio netto e del risultato d'esercizio del bilancio separato di Poste Vita S.p.A. e del bilancio consolidato del Gruppo Poste Vita.

Raccordo Bilancio civilistico della capogruppo e bilancio consolidato IAS/IFRS

	Patrimonio Netto	Risultato	Variazioni patrimoniali	Patrimonio Netto	Risultato	Variazioni patrimoniali	Patrimonio Netto
<i>(dati in migliaia di euro)</i>	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2021	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2022	31/12/2022
Bilancio Local	4.679.785	719.538	(428.921)	4.970.403	481.714	(397.339)	5.054.777
Valutazione attività finanziarie	321.774	71.482	-	393.256	477.818	-	871.074
Prestito Subordinato Ibrido assicurati	85.068	-	(31.104)	304.895	24.411	488.600	817.805
Differenze attuariali su TFR	(144)	-	(21)	(165)	-	158	(5)
Plusvalenza alienazione società	-	-	-	-	(40.079)	40.079	-
Altre rettifiche minori	92	(42)	-	(197)	513	-	323
Saldo dei risultati non distribuiti della società partecipata consolidata	213.954	28.987	43	242.871	41.040	(16.525)	267.494
Saldo della riserva di Fair value (FVOCI) della società partecipata	7.079	-	(2.952)	4.127	-	(24.738)	(20.611)
Valutazione della partecipazione con il metodo del Patrimonio Netto	(34.722)	1.315	(4)	(33.412)	636	7	(32.769)
Eliminazione effetti operazioni infragruppo	39	(35)	-	5	(5)	-	(0)
Bilancio consolidato IAS/IFRS	5.272.685	826.119	(162.958)	5.935.848	977.046	(119.343)	6.793.567

(Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

Si precisa che, in accordo con il Decreto legislativo 38 del 2005 recante le opzioni in materia di applicazione dei principi contabili internazionali (IAS/IFRS) previste dall'art. 5 del Regolamento CE n. 1606/2002, Poste Vita S.p.A. redige il bilancio separato conformemente alla normativa nazionale, relativamente al bilancio consolidato del Gruppo Poste Vita, invece, è richiesta l'applicazione degli standard contabili internazionali IAS/IFRS (per ulteriori dettagli si veda il paragrafo 1.5 "La normativa").

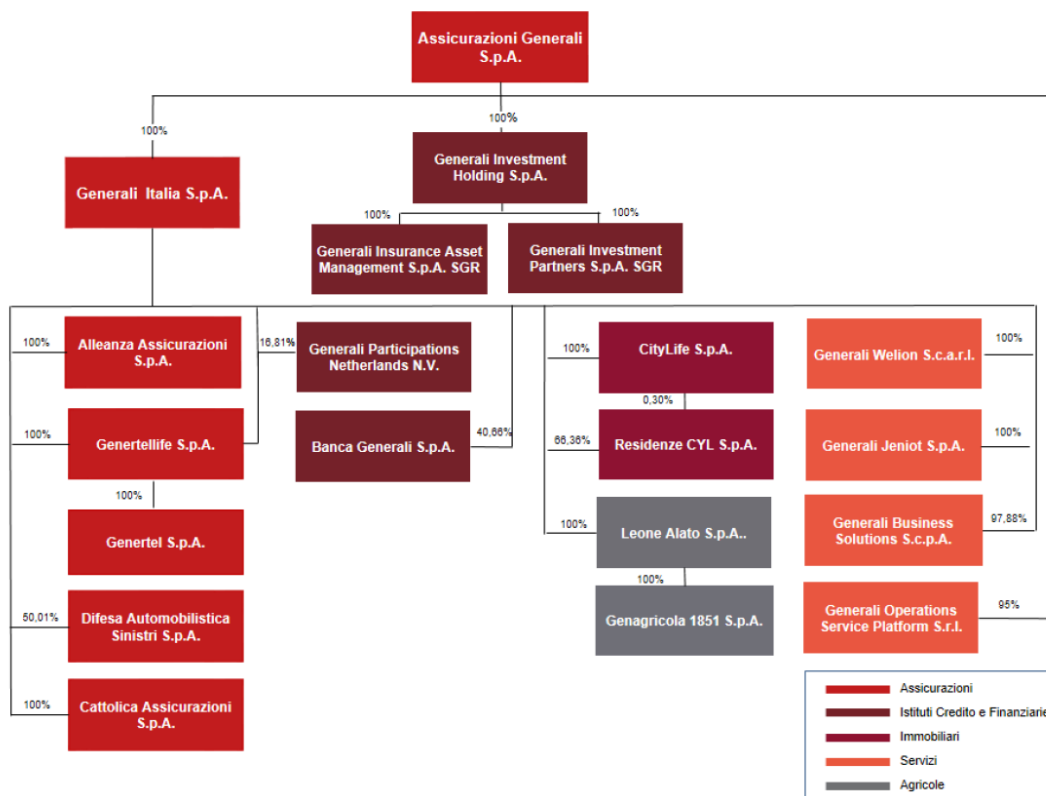
Al secondo posto della classifica dei principali attori del mercato assicurativo italiano troviamo Generali Italia S.p.A., con sede a Mogliano Veneto, creata il 1° luglio 2013 con il conferimento del ramo italiano delle Assicurazioni Generali (nata invece nel 1831) in INA Assitalia, cambiandone la denominazione sociale. In un secondo momento sono poi state integrate le attività assicurative del Gruppo Toro (Toro, Lloyd Italico e Augusta), dal 2015 presenti in Italia con un unico marchio. (www.generali.it)



(www.generali.it)

Generali Italia S.p.A. è controllante al 100% di Alleanza Assicurazioni S.p.A., Genertel Life S.p.A., che a sua volta controlla al 100% Genertel S.p.A., Cattolica Assicurazioni S.p.A., Generali Welion S.c.a.r.l., Generali Jeniot S.p.A., City Life S.p.A. e Leone Alato S.p.A., che a sua volta controlla al 100% Geneagricola 1851 S.p.A.; inoltre, controlla con una partecipazione al 97,88% Generali Business Solutions S.c.p.A., al 50,01% Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. ed al 66,36% Residenze CYL S.p.A. Infine, detiene una partecipazione al 40,66% in Banca Generali S.p.A. e tramite Genertellife S.p.A. partecipa al capitale di Generali Participations Netherlands N.V. per il 16,81%.

Generali Italia S.p.A. è controllata al 100% da Assicurazioni Generali S.p.A., capogruppo del Gruppo Generali. Di seguito la struttura del gruppo:



(Bilancio d'esercizio Generali Italia S.p.A. 2022)

Guardando ai risultati dell'esercizio 2022 di Generali Italia S.p.A., i premi lordi complessivi ammontano a 15,1 miliardi di euro, in aumento dell'1,4% rispetto all'esercizio precedente. Nello specifico, si rileva nella gestione danni un aumento del 7,9% dei premi lordi contabilizzati passando da 6 a 6,5 miliardi di euro nel 2022; mentre nella gestione vita una diminuzione del 3% passando da 8,8 a 8,6 miliardi di euro nel 2022. Relativamente agli oneri per i sinistri, invece, nella gestione danni risultano pari a 3,9 miliardi in diminuzione per 0,3 miliardi rispetto al 2021, mentre nella gestione vita pari a 7,4 miliardi in aumento per 0,4 miliardi rispetto al 2021. Pertanto, si registra un risultato della gestione tecnica in diminuzione rispetto al 2021 per effetto dell'aumento della sinistralità parzialmente compensato dall'aumento dei premi. Il rapporto sinistri a premi ("*Loss Ratio*") al 2022 si attesta a 69,4% contro 67,4% nel 2021. Le riserve tecniche al 2022 risultano pari a 80,6 miliardi di euro in aumento dell'1,2% rispetto al 2021. Il

patrimonio netto risulta pari a 8,2 miliardi contro i 9 miliardi del 2021; tale variazione è ascrivibile principalmente al pagamento del dividendo all'azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. Generali Italia S.p.A. chiude il 2022 con un utile netto di periodo pari a 540 milioni di euro contro i 245 milioni del 2021. (Bilancio d'esercizio Generali Italia S.p.A. 2022)

Relativamente alla posizione di solvibilità, coerentemente a Solvency II, l'indice di solvibilità risulta pari a 268% incrementato del 22% rispetto al 2021 per effetto di una riduzione del Requisito Patrimoniale di Solvibilità:

	31/12/2022	31/12/2021	Variazione
Fondi propri ammissibili	19.044.881	19.238.700	-193.819
Requisito Patrimoniale di Solvibilità	7.114.757	7.827.345	-712.588
Eccesso dei Fondi Propri sul Requisito Patrimoniale	11.930.124	11.411.356	518.769
Indice di Solvibilità	268%	246%	22%

(Bilancio d'esercizio Generali Italia S.p.A. 2022)

Guardando brevemente ai risultati 2022 della capogruppo Assicurazioni Generali S.p.A., chiude con un risultato netto di periodo pari a 2,8 miliardi di euro, in aumento rispetto a 1,8 miliardi del precedente esercizio. Il patrimonio netto risulta pari a 18,5 miliardi di euro. I premi lordi contabilizzati complessivamente ammontano a 4 miliardi di euro, in crescita rispetto a 3,6 miliardi nel 2021; interessante notare che, la capogruppo, rispetto alla controllata Generali Italia S.p.A., conta con una raccolta premi nettamente inferiore (4 miliardi contro 15,1 miliardi di euro) nonostante un dimensionamento esponenzialmente superiore; questo è da rimandare alla preponderanza della gestione finanziaria nel business della capogruppo rispetto invece al business prevalentemente assicurativo di Generali Italia S.p.A. (Relazione sulla gestione e bilancio d'esercizio della capogruppo 2022)

A livello consolidato, invece, il Gruppo Generali, registra nel 2022 premi lordi di competenza pari a 81,5 miliardi di euro vedendo un incremento del 1,5% rispetto al 2021, grazie all'andamento positivo del segmento danni. Il patrimonio netto al 2022 risulta pari a 18,1 miliardi di euro e il risultato economico dell'esercizio pari a 2,9 miliardi di euro registrando un incremento del 2,3% rispetto al 2021. Le riserve tecniche ammontano alla fine dell'esercizio 2022 a 423,5 miliardi di euro. Il Solvency Ratio al 2022 risulta pari a 221%. (Relazione annuale integrata e bilancio consolidato 2022, Gruppo Generali)

Di seguito si riporta il prospetto di raccordo del patrimonio netto e del risultato d'esercizio del bilancio separato di Assicurazioni Generali S.p.A. e del bilancio consolidato del Gruppo Generali.

Prospetto di raccordo

(in milioni di euro)	31/12/2022		31/12/2021	
	Patrimonio netto senza risultato del periodo	Risultato di periodo	Patrimonio netto senza risultato del periodo	Risultato di periodo
Bilancio della Capogruppo secondo i principi contabili italiani	15.767	2.821	16.074	1.847
Rettifiche al bilancio della Capogruppo per l'applicazione dei principi IAS/IFRS	689	161	873	55
Bilancio della Capogruppo secondo i principi IAS/IFRS	16.456	2.982	16.947	1.902
Risultato del periodo delle altre società consolidate		9.803		9.282
Dividendi	8.650	-8.650	6.640	-6.640
Eliminazione delle partecipazioni, impatti valutazioni all'equity e altre rettifiche di consolidamento	-3.845	-1.222	-2.831	-1.697
Riserva per differenze di conversione	91		-93	
Utili o perdite su attività finanziarie disponibili per la vendita	-7.312		6.773	
Altri utili o perdite rilevati direttamente nel patrimonio netto	-751		-976	
Capitale e riserve di pertinenza del Gruppo	13.290	2.912	26.461	2.847

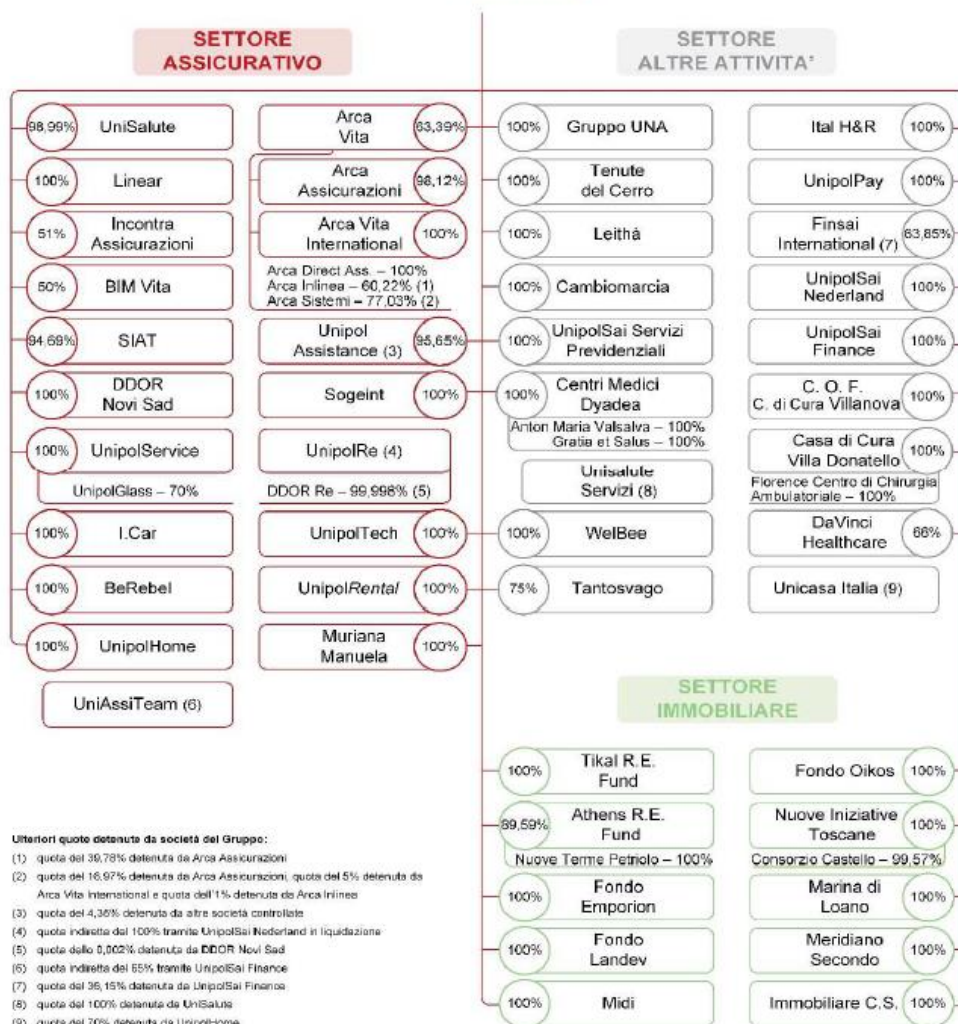
(Relazione annuale integrata e bilancio consolidato 2022, Gruppo Generali)

Si precisa che, in accordo con il Decreto legislativo 38 del 2005 recante le opzioni in materia di applicazione dei principi contabili internazionali (IAS/IFRS) previste dall'art. 5 del Regolamento CE n. 1606/2002, Generali Italia S.p.A. e Assicurazioni Generali S.p.A. redigono il bilancio separato conformemente alla normativa nazionale, relativamente, invece, al bilancio consolidato del Gruppo Generali è richiesta l'applicazione degli standard contabili internazionali IAS/IFRS (per ulteriori dettagli si veda il paragrafo 1.5 "La normativa").

Al terzo posto della classifica dei principali attori del mercato assicurativo italiano troviamo UnipolSai Assicurazioni S.p.A. con sede a Bologna, leader in Italia nei rami danni, in particolare, nell'R.C. Auto. Carlo Cimbri è il Presidente e Matteo Laterza ricopre la carica di Amministratore Delegato.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. è la capogruppo del Gruppo UnipolSai. Relativamente al settore assicurativo, detiene partecipazioni di controllo delle seguenti società: UniSalute, Linear, Incontra Assicurazioni, BIM Vita, SIAT, DDOR Novi Sad, Unipol Service, I.Car, BeRebel, UnipolHome, Arca Vita, Unipol Assistance, Sogoint, Unipol Tech, Unipol Rental, Muriana Manuela. Inoltre, come si può evincere

dall'immagine che segue, partecipa al capitale di una serie di società operanti in altri settori, nello specifico in quello immobiliare.

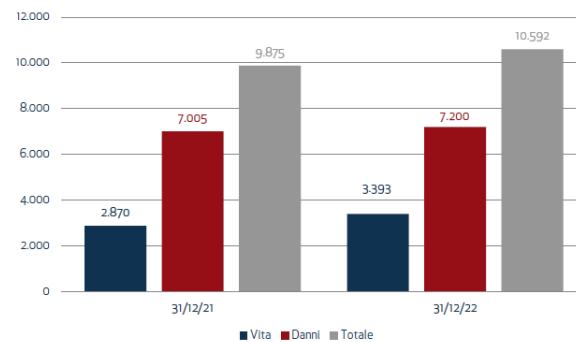


(Bilancio consolidato 2022, Gruppo UnipolSai)

Guardando ai risultati dell'esercizio 2022 di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., i premi lordi complessivi ammontano a 10,2 miliardi di euro, in aumento del 7,1% rispetto all'esercizio precedente. Nello specifico, si rileva nella gestione danni un aumento del 2,4% dei premi lordi contabilizzati passando da 6,7 a 6,8 miliardi di euro nel 2022; e nella gestione vita un incremento del 18,2% passando da 2,8 a 3,4 miliardi di euro nel 2022. Gli oneri relativi ai sinistri al 2022 si attestano a 7,2 miliardi di euro di cui 4,4 relativi al ramo danno e 2,8 relativi al ramo danni, in linea con il dato registrato nel 2021.

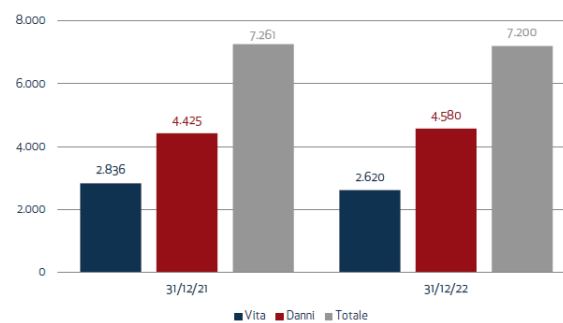
Premi complessivi

Valori in milioni di euro



Pagamenti

Valori in milioni di euro



(Bilancio individuale 2022, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.)

Il grafico raffigurato, coerentemente con quanto detto, dimostra un miglioramento in termini di rapporto sinistri a premi (“*Loss Ratio*”) che effettivamente passa da 64% nel 2021 a 63% nel 2022.

Il patrimonio netto della società risulta pari a 6,167 miliardi di euro, gli investimenti finanziari pari a 48,5 miliardi di euro e le riserve tecniche assicurative pari 45 miliardi di euro. UnipolSai Assicurazioni S.p.A. chiude il bilancio 2022 con un risultato netto di periodo pari a 145 milioni di euro rispetto ai 648 milioni di euro nel 2021. (Bilancio individuale 2022, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.)

A livello consolidato, invece, il Gruppo UnipolSai, registra nel 2022 premi lordi di competenza pari a 13,6 miliardi di euro vedendo un incremento del 2,4% rispetto al 2021, grazie all’andamento positivo sia del segmento danni che del segmento vita. Il patrimonio netto consolidato al 2022 risulta pari a 5,8 miliardi di euro e il risultato economico di periodo pari a 651 milioni di euro rispetto ai 723 milioni registrati nel 2021. Le riserve tecniche ammontano alla fine dell’esercizio 2022 a 51,7 miliardi di euro e gli investimenti

a 58,1 miliardi di euro. Il Solvency Ratio al 2022 risulta pari a 274%. (Bilancio consolidato 2022, Gruppo UnipolSai)

Di seguito si riporta il prospetto di raccordo del patrimonio netto e del risultato d'esercizio del bilancio separato di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e del bilancio consolidato del Gruppo UnipolSai.

<i>Valori in milioni di euro</i>	Capitale e riserve	Risultato di periodo	Patrim. Netto al 31/12/2022
Saldi della Capogruppo secondo principi contabili italiani	6.022	145	6.167
Rettifiche IAS/IFRS al bilancio della Capogruppo	(236)	450	214
Differenze tra valore netto di carico e patrimonio netto e risultati di esercizio delle partecipazioni consolidate, di cui:			
- <i>Riserva differenze cambio netite</i>	(1.118)	211	(907)
- <i>Utili o perdite su attività finanziarie disponibili per la vendita</i>	4		4
- <i>Altri utili o perdite rilevati direttamente nel patrimonio netto</i>	(192)		(192)
- <i>Altri utili o perdite rilevati direttamente nel patrimonio netto</i>	(21)		(21)
Differenza di consolidamento	295		295
Valutazione delle società iscritte con il metodo del patrimonio netto	21	10	31
Eliminazione dividendi infragruppo	167	(167)	
Altre rettifiche	10	3	12
Patrimonio netto consolidato	5.161	651	5.813
Quote di terzi	189	55	244
Patrimonio netto di Gruppo	4.972	597	5.569

(Bilancio consolidato 2022, Gruppo UnipolSai)

Si precisa che, in accordo con il Decreto legislativo 38 del 2005 recante le opzioni in materia di applicazione dei principi contabili internazionali (IAS/IFRS) previste dall'art. 5 del Regolamento CE n. 1606/2002, UnipolSai Assicurazioni S.p.A. redige il bilancio separato conformemente alla normativa nazionale, relativamente, invece, al bilancio consolidato del Gruppo UnipolSai è richiesta l'applicazione degli standard contabili internazionali IAS/IFRS (per ulteriori dettagli si veda il paragrafo 1.5 "La normativa").

4.2 Differenti prospettive per l'adozione di IFRS 17

Dopo aver inquadrato il loro posizionamento all'interno del mercato assicurativo, segue un'analisi delle differenti prospettive assunte rispettivamente dal Gruppo Poste Vita, dal Gruppo Generali e dal Gruppo UnipolSai relativamente alla prima applicazione del nuovo standard internazionale IFRS 17.

Come già più volte indicato, il Regolamento dell'Unione Europea 2021/2036 ha adottato a livello europeo il nuovo standard internazionale IFRS 17 “*Contratti assicurativi*”, fissando la prima applicazione al più tardi a partire dalla data di inizio del primo esercizio finanziario che cominci il 1° gennaio 2023 o successivamente. Il Regolamento precisa inoltre che, data la complessità propria di tale principio e quindi della relativa conformazione per le compagnie assicurative, è permesso loro di beneficiare della posticipazione nell'applicazione dell'IFRS 9, allineando la data di prima applicazione a quella dell'IFRS 17.

Il principio contabile internazionale IAS 8 “*Principi contabili, cambiamenti nelle stime contabili ed errori*” al paragrafo 30 richiede a un'impresa di fornire informazioni quando ha in corso l'implementazione di un nuovo principio contabile emesso ma non ancora entrato in vigore. Nello specifico, il paragrafo 30, lettera b), richiede che l'impresa fornisca “*informazioni conosciute o ragionevolmente stimabili, rilevanti per valutare il possibile impatto che l'applicazione del nuovo Principio o della nuova Interpretazione avrà sul bilancio dell'entità nell'esercizio di applicazione iniziale*”. Le informazioni sono di tipo sia qualitativo che quantitativo. L'obiettivo di tale disposizione è di mettere gli utilizzatori del bilancio nella condizione di cogliere gli impatti che la futura adozione di nuovi standard contabili avrà sulla situazione patrimoniale-finanziaria e sul risultato economico dell'impresa. Il 27 ottobre 2022, con un comunicato congiunto di Banca d'Italia, CONSOB e IVASS, viene evidenziata l'informativa da fornire nel bilancio 2022 sulla transizione all'IFRS 17 al fine di adempiere a quanto richiesto dallo IAS 8 al paragrafo 30. Nel dettaglio, Banca d'Italia, CONSOB e IVASS rinviano a quanto previsto dal Public Statement ESMA del 13 maggio 2022, “*Transparency on implementation of IFRS 17 Insurance Contracts*”, e, per l'IFRS 9, anche dal Public Statement ESMA del 10 novembre 2016, “*Issues for consideration in implementing IFRS 9: Financial Instruments*”. (IPSOA, 2022)

In questa sede, dunque, viene analizzata l'informativa inserita rispettivamente dal Gruppo Poste Vita, dal Gruppo Generali e dal Gruppo UnipolSai nei relativi bilanci consolidati 2022 in ottemperanza al paragrafo 30 dello IAS 8, e di conseguenza, al comunicato congiunto del 27 ottobre 2022 di Banca d'Italia, CONSOB e IVASS.

Nel bilancio consolidato 2022 del Gruppo Assicurativo Poste Vita, alla pagina 78, è inserito il paragrafo “*Principi contabili, modifiche e miglioramenti applicabili a partire dal 1° gennaio 2023*”.

Innanzitutto, il Gruppo dichiara che “*è operativo dal 2019 un complesso progetto di implementazione con ampio coinvolgimento delle principali funzioni aziendali. In particolare, il progetto ha previsto workstream funzionali dedicati a sviluppare gli aspetti metodologici ed interpretativi dello standard in coerenza con le market practice del settore e workstream operativi dedicati all’implementazione del modello operativo e dell’architettura dei sistemi informativi target.*” (Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

Partendo dalla definizione di contratto assicurativo, viene affermato che rientrano nell’ambito di applicazione del principio IFRS 17 tutti i contratti assicurativi emessi dalle compagnie appartenenti al Gruppo Poste Vita, nonché i contratti di riassicurazione detenuti.

Relativamente al livello di aggregazione dei contratti assicurativi è prevista una prima distinzione tra business Vita e Danni e successivamente una distinzione in differenti “*Unit Of Account*” che accolgono contratti con caratteristiche contrattuali e rischio prodotti simili. In aggiunta, è specificato che tale classificazione viene effettuata coerentemente con le “*Line of Business*” definite da Solvency II.

Il paragrafo prosegue dando indicazioni inerenti al tasso di sconto da utilizzare per l’attualizzazione dei flussi finanziari futuri legati ai contratti assicurativi. A tal proposito, il Gruppo ha deciso di adottare un approccio “*bottom-up*”, in cui il tasso di sconto è determinato partendo dal tasso risk free di riferimento rilevato tramite la curva Risk Free Rate fornita da EIOPA (senza “*Volatility Adjustment*”) corretto, in funzione del business, per tener conto di specifici “*Illiquidity Premiums*” calibrati sui portafogli o a livello di Compagnia (componente che rappresenta il livello di liquidità della controparte).

Per quanto riguarda il “*Risk Adjustment*”, ossia la remunerazione che le Compagnie richiedono per assumere rischi di natura non finanziaria, il Gruppo dichiara che esso viene calcolato in maniera distinta tra business Vita e Danni. Inoltre, specifica che per la sua determinazione è stato deciso di utilizzare la metrica del percentile; secondo tale

impostazione, il “*Risk Adjustment*” rappresenta la potenziale perdita in relazione alle obbligazioni assunte nei confronti degli assicurati che le Compagnie subirebbero, a un dato livello di probabilità (livello di percentile), per coprire i rischi assicurativi assunti, riflettendo così la propensione al rischio delle Compagnie stesse. È precisato, infine, che nell’individuare il livello di confidenza per il “*Risk Adjustment*”, pari al 70% per il business Vita e all’80% per il business Danni, tra gli altri elementi, è considerato il framework delle valutazioni ai fini di Solvency II, includendo il medesimo perimetro di rischi sottostanti.

Vengono poi affrontati i diversi modelli di valutazione dei contratti assicurativi individuati da IFRS 17.

Partendo dal “*Premium Allocation Approach*” (PAA), il Gruppo dichiara che, adottato esclusivamente per il Business Danni, viene utilizzato per tutti i contratti che mostrano una o più delle seguenti caratteristiche:

- durata minore o uguale a 720 giorni;
- premio unico con durata ≤ 7 anni;
- durata Poliennale e appartenenza al Business delle Collettive;
- durata Poliennale e appartenenza ad un Portafoglio dove il peso del Business poliennale risulta minore o uguale del 5% negli ultimi 3 esercizi.

Inoltre, specifica che, “*al fine di determinare tali requisiti, sono state condotte delle analisi di sensitività volte ad individuare quali caratteristiche dei contratti avessero un impatto non significativo in termini di risultato nell'applicazione del PAA rispetto a quelli che sarebbero stati ottenuti applicando il BBA*”. (Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

Con riferimento al modello “*Variable Fee Approach*” (VFA), è dichiarata la relativa adozione esclusivamente al business Vita; nello specifico, per le seguenti tipologie di prodotti:

- With Profit Participating;
- Unit Linked standalone assicurative;
- Prodotti ibridi con componenti di investimento.

Infine, il Gruppo evidenzia che il modello “*Building Block Approach*” (BBA) viene applicato a tutti i contratti assicurativi esclusi dalle categorie sopra elencate, rientranti sia nel Business Danni che in quello Vita.

Vengono poi fornite informazioni relativamente al rilascio del “*Contractual Service Margin*” (CSM) che, secondo IFRS 17, deve avvenire basandosi sulla definizione delle unità di copertura (“*Coverage Unit*”), le quali sono determinate identificando per ciascun contratto la quantità di benefici previsti dallo stesso e il relativo periodo di copertura atteso. Con riferimento al Business Vita, il Gruppo determina il rilascio del CSM adottando una “*Coverage Unit*” sulla base di un driver “*Volume-based*”; mentre, con riferimento al Business Danni, il Gruppo ha deciso di utilizzare un driver di rilascio del CSM basato sui premi di competenza al lordo delle provvigioni.

Relativamente ai proventi e oneri finanziari da contratti assicurativi (“*insurance finance income/expenses*”), ovvero agli effetti derivanti dalla variazione del valore temporale del denaro e del rischio finanziario, il Gruppo dichiara che, come previsto dal principio, sono allocati distintamente per modello di misurazione:

- per il portafoglio VFA gli “*insurance finance income/expenses*” sono rilevati a P&L oppure ad OCI in relazione al risultato dei soli Fair Value Underlying Items definiti nel rispetto dell’IFRS 9;

- per quanto attiene il modello di misurazione BBA, gli “*insurance finance income/expenses*” sono allocati a P&L.

È poi precisato il metodo di transizione utilizzato. Nello specifico, il Gruppo Poste Vita adotta il “*Modified Retrospective Approach*” per il portafoglio di investimento Vita ed il “*Fair Value Approach*” per il portafoglio di puro rischio Vita. Relativamente al business Danni, invece, per i prodotti emessi fino al 2021 è prevista l’adozione del “*Fair Value Approach*”, per i prodotti emessi dal 2021 in poi, invece, viene applicato un approccio “*Running*” come se il principio fosse già in vigore al 1° gennaio 2022.

Infine, viene precisato che il Gruppo Poste Vita applica l’IFRS 9 dal 1° gennaio 2018 e che, a seguito dell’adozione dell’IFRS 17, non sono state rilevate modifiche alle regole di classificazione e misurazione delle attività finanziarie.

(Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

Seguirà nel prossimo capitolo un dettaglio relativamente agli impatti di natura quantitativa derivanti dalla transizione al 1° gennaio 2022 a IFRS 17 del Gruppo Poste Vita.

Si passa ora all'analisi relativa all'informativa inserita nel bilancio consolidato 2022 del Gruppo Generali in tema di implementazione del nuovo standard internazionale IFRS 17, nello specifico alla pagina 213 paragrafo *“Nuovi principi e modifiche che non sono ancora applicabili”*.

Innanzitutto, a differenza del Gruppo Poste Vita, il Gruppo Generali applicherà i principi contabili IFRS 17 “Contratti Assicurativi” e IFRS 9 “Financial Instruments” a partire dal 1° gennaio 2023.

Relativamente all'adozione dei due nuovi standard internazionali il Gruppo Generali dichiara che *“è operativo dal 2017 un programma di “finance transformation” a livello globale. Tale programma coinvolge diverse funzioni a livello centrale e locale e ha l'obiettivo di implementare l'IFRS 17 e l'IFRS 9 coerentemente a livello di gruppo. In particolare, il programma include workstream funzionali, dedicati a sviluppare gli aspetti metodologici e interpretativi dello standard in coerenza con le market practice del settore, e workstream implementativi dedicati all'implementazione del modello operativo e dell'architettura dei sistemi informativi target.”* (Relazione annuale integrata e bilancio consolidato 2022, Gruppo Generali)

Partendo dalla definizione di contratto assicurativo, viene affermato che, rispetto a quanto già previsto dall'IFRS 4, il Gruppo non si aspetta impatti significativi relativamente all'ambito di applicazione e pertanto alla classificazione dei contratti assicurativi e riassicurativi.

Il paragrafo prosegue dando indicazioni inerenti al tasso di sconto da utilizzare per l'attualizzazione dei flussi finanziari futuri legati ai contratti assicurativi. A tal proposito, il Gruppo ha deciso di adottare un approccio *“bottom-up”*, coerentemente con quanto viene fatto secondo il framework Solvency II, in cui il tasso di sconto è determinato come la somma di un tasso risk free e di un aggiustamento per il premio di illiquidità. Quest'ultimo sarà determinato considerando lo spread medio di un portafoglio di attivi di riferimento aggiustato per escludere le componenti di rischio di credito e l'effetto di potenziali disallineamenti dei flussi di cassa degli attivi rispetto al portafoglio di passivi

coperti. Per quanto riguarda, invece, il tasso risk free, l'approccio è allineato alla metodologia corrente di Solvency II.

Per quanto riguarda il “*Risk Adjustment*”, ossia la remunerazione che le Compagnie richiedono per assumere rischi di natura non finanziaria, il Gruppo dichiara che per la sua determinazione adotterà il metodo del percentile, basandosi sulla metodologia e i modelli di calcolo utilizzati nell'ambito del Modello Interno di Solvency II, opportunamente adeguati al fine di rispettare i principi definiti dai IFRS 17 per la determinazione del “*Risk Adjustment*”. È precisato, infine, che nell'ambito della calibrazione, sia per il segmento Vita che per il segmento Danni, il percentile di riferimento per il calcolo del “*Risk Adjustment*” è il 75° percentile della distribuzione di rischio determinata nell'ambito del Modello Interno di Solvency II.

Vengono poi fornite informazioni relativamente al rilascio del “*Contractual Service Margin*” (CSM) che, secondo IFRS 17, deve avvenire basandosi sulla definizione delle unità di copertura (“*Coverage Unit*”), le quali sono determinate identificando per ciascun contratto la quantità di benefici previsti dallo stesso e il relativo periodo di copertura atteso. Nello specifico, vengono elencate una serie di alternative, che il Gruppo dichiara “*non esaustive*”, utilizzabili per la definizione delle unità di copertura:

- nel caso di prodotti tradizionali con componente prevalente di risparmio, le unità di copertura saranno definite in funzione del patrimonio gestito;
- nel caso di contratti che forniscono solamente servizi assicurativi, le unità di copertura saranno definite in funzione delle somme assicurate;
- nel caso di contratti che garantiscono un insieme di più servizi, le unità di copertura saranno definite tramite approcci ibridi (come, ad esempio, una combinazione tra patrimonio gestito e somme assicurate).

Segue poi la trattazione dei diversi modelli di valutazione dei contratti assicurativi individuati da IFRS 17.

Partendo dal “*Variable Fee Approach*” (VFA), il Gruppo dichiara che “*applicherà il VFA in maniera preponderante sul portafoglio assicurativo del segmento Vita e stima che circa il 96% delle passività assicurative nette alla data di transizione sarà misurata tramite il VFA. Esso verrà principalmente applicato su polizze di risparmio tradizionali*”

sottoscritte nel mercato UE e polizze Unit Linked.” (Relazione annuale integrata e bilancio consolidato 2022, Gruppo Generali)

Con riferimento al modello “*Premium Allocation Approach*” (PAA), è dichiarata la relativa predominante adozione sul portafoglio assicurativo del segmento Danni; il Gruppo stima che circa il 99% delle passività assicurative nette Danni alla data di transazione sarà misurato tramite il PAA. Con riferimento al segmento Vita, invece, è sottolineato che l'applicazione di questo modello di misurazione sarà limitata ai soli gruppi di contratti con copertura di durata non superiore all'anno, stimabili in meno dell'1% delle passività nette Vita.

Infine, è precisato che il modello “*Building Block Approach*” (BBA) verrà applicato a polizze risparmio tradizionali non eligibili per l'applicazione del VFA; il Gruppo stima che circa il 4% delle passività assicurative nette Vita alla data di transizione sarà valutato tramite il BBA. Nell'ambito del segmento Danni, invece, l'ampia eleggibilità al modello semplificato PAA determinerà un'applicazione soltanto residuale del modello di misurazione standard; il Gruppo stima che meno dell'1% delle passività assicurative nette Danni alla data di transizione sarà misurato tramite il BBA.

Relativamente ai proventi e oneri finanziari da contratti assicurativi (“*insurance finance income/expenses*”), ovvero agli effetti derivanti dalla variazione del valore temporale del denaro e del rischio finanziario, il Gruppo non fornisce specifiche indicazioni, ma si limita a dichiarare che verranno disaggregate le variazioni intervenute in talune tipologie di contratti e quelle intervenute in altri tra P&L ed OCI.

Viene, infine, precisato il metodo di transizione che verrà utilizzato. Nello specifico, il Gruppo Generali ha valutato che:

- il metodo “*Full Retrospective Approach*” sia possibile principalmente per la misurazione delle LRC relative a contratti di breve durata e delle LIC relative a contratti recenti;

- il metodo “*Modified Retrospective Approach*” sia necessario (e possibile) per i contratti di lunga durata in quanto assicura un maggior allineamento al valore attuale degli utili futuri.

(Relazione annuale integrata e bilancio consolidato 2022, Gruppo Generali)

Conclude il presente paragrafo l'analisi relativa all'informativa inserita nel bilancio consolidato 2022 del Gruppo UnipolSai in tema di implementazione del nuovo standard

internazionale IFRS 17, nello specifico alla pagina 83 paragrafo “*Nuovi principi non ancora entrati in vigore*”.

Come il Gruppo Generali, il Gruppo UnipolSai applicherà IFRS 17 “Contratti Assicurativi” a partire dal 1° gennaio 2023 e si è avvalso della facoltà di differire IFRS 9 “Financial Instruments” fino alla data di prima applicazione di IFRS 17, così come previsto dal Regolamento (UE) 2021/2036.

Innanzitutto, viene precisato che “*soprattutto con riferimento all’IFRS 17, gli orientamenti metodologici e valutativi assunti e riportati di seguito potrebbero essere ancora oggetto di affinamenti, in attesa anche del consolidamento delle linee interpretative su specifiche tematiche e degli ulteriori approfondimenti che saranno condotti fino all’applicazione effettiva del principio a partire dai bilanci intermedi e annuali riferiti all’esercizio 2023.*” (Bilancio consolidato 2022, Gruppo UnipolSai)

Relativamente all’adozione dei due nuovi standard internazionali viene precisato che “*già a partire dal 2017 il Gruppo UnipolSai è stato fortemente impegnato in progettualità per la futura applicazione dell’IFRS 17, con ampio coinvolgimento delle principali funzioni aziendali. Dopo un’approfondita fase di assessment volta a determinare gli impatti di tale principio valutando i gap in termini di processi, sistemi informatici, contabilizzazione, calcoli attuariali, di business e di rischio, all’inizio del 2018 è stato avviato il progetto di transizione all’IFRS 17 che, sotto la guida di UnipolSai, ha progressivamente coinvolto anche le altre compagnie assicurative del Gruppo, nell’ottica di implementare un unico modello di gestione e elaborazione dei dati all’interno del Gruppo, facendo leva su politiche, processi e applicativi informatici comuni. A valle di una prolungata e laboriosa attività di analisi, sviluppo e testing, nel corso del secondo trimestre dell’esercizio 2022 è stata avviata la fase di cosiddetto parallel run, che ha coinvolto in primis UnipolSai e, a seguire, ha interessato le altre compagnie assicurative del Gruppo.*” (Bilancio consolidato 2022, Gruppo UnipolSai)

Partendo dalla definizione di contratto assicurativo, viene affermato che, il nuovo standard internazionale sarà applicato a tutti i contratti dei rami Danni e con riferimento al settore Vita, tutti i prodotti del ramo I, IV e V e una quota limitata dei prodotti afferenti al ramo III, qualora contengano, alla data di prima applicazione dell’IFRS 17, un significativo rischio assicurativo ulteriore rispetto a quello di investimento; mentre viene

segnalato che non rientreranno nell'ambito di applicazione tutti i prodotti afferenti al ramo VI (fondi pensione).

Relativamente al livello di aggregazione dei contratti assicurativi, il concetto di portafoglio (“insieme di contratti caratterizzati da rischi simili e gestiti congiuntamente”) previsto dal principio è stato interpretato dal Gruppo come segue:

- con riferimento ai contratti del settore Danni, sono stati tenuti in considerazione il Ramo Ministeriale e la Line of Business di Solvency II;

- con riferimento ai prodotti del settore Vita relativi a prodotti rivalutabili, è stata tenuta in considerazione la singola gestione separata alla quale è collegata la rivalutazione della prestazione nei confronti del contraente e, a livello aggregato, i prodotti di ramo III contenenti un rischio assicurativo significativo;

- per le tariffe assicurative del settore Vita non collegate a gestioni separate, i portafogli sono stati identificati in ragione della tipologia di rischio e modalità di sottoscrizione (individuale e collettiva).

Ai fini dell'identificazione delle “*units of account*”, il Gruppo includerà nella medesima UOA tutti i contratti emessi nel corso di ciascun esercizio.

Viene, peraltro, precisato che “*rispetto ai criteri di aggregazione utilizzati in ambito IFRS 4, la diversa granularità introdotta da IFRS 17 potrebbe comportare una maggiore possibilità di individuare, in fase di prima contabilizzazione, eventuali UOA onerose con conseguente registrazione della perdita attesa direttamente nell'esercizio di emissione.*” (Bilancio consolidato 2022, Gruppo UnipolSai)

Il paragrafo prosegue dando indicazioni inerenti al tasso di sconto da utilizzare per l'attualizzazione dei flussi finanziari futuri legati ai contratti assicurativi. A tal proposito, il Gruppo ha deciso di adottare un approccio “*bottom-up*” in cui il tasso di sconto è determinato come la somma di un tasso risk free e di un aggiustamento per il premio di illiquidità (“*Illiquidity premium*”). Quest'ultimo sarà determinato con un approccio prospettato nel contesto della revisione della standard formula Solvency II, seppur utilizzando le caratteristiche dell'effettivo portafoglio di attivi sottostante le passività assicurative; in altri termini, l' “*Illiquidity premium*” sarà differenziato a seconda delle caratteristiche di liquidità dei flussi finanziari oggetto di attualizzazione, distinguendo, ad

esempio, tra flussi dipendenti o meno dal rendimento di un portafoglio di attivi sottostanti. Per quanto riguarda, invece, il tasso risk free, l'approccio sarà allineato alla metodologia corrente di Solvency II.

Per quanto riguarda il “*Risk Adjustment*”, ossia la remunerazione che le Compagnie richiedono per assumere rischi di natura non finanziaria, il Gruppo dichiara che per la sua determinazione intende adottare una modalità di calcolo utilizzando metriche derivate dal framework Solvency II basate sulle distribuzioni di probabilità dell'insieme dei rischi cui sono soggetti i flussi di cassa e tenendo, inoltre, in considerazione i benefici di diversificazione esistenti tra le diverse “*units of account*”; nello specifico, l'effetto di diversificazione sarà applicato tra i portafogli assicurativi di una stessa entità, ma non tra i diversi settori o tra entità giuridiche. È precisato, infine, che con riferimento al livello di confidenza in base al quale sarà determinato il “*Risk Adjustment*”, il Gruppo intende adottare, in linea generale, un livello pari al 75° percentile che potrà essere integrato con un buffer prudenziale fino al 98° percentile a fronte di situazioni di particolare incertezza del contesto di riferimento.

Segue poi la trattazione dei diversi modelli di valutazione dei contratti assicurativi individuati da IFRS 17.

Il Gruppo prevede di applicare, per i contratti assicurativi sottoscritti a partire dalla data di “*transition*”, in linea generale:

- il modello “*Premium Allocation Approach*” (PAA) per tutti i contratti dei rami Danni con copertura prossima ai 12 mesi;

- il modello “*Variable Fee Approach*” (VFA) per i contratti con elementi di partecipazione diretta (costituiti prevalentemente dalle polizze rivalutabili legate a gestioni separate);

- il modello “*Building Block Approach*” (BBA) per tutti i contratti assicurativi non rientranti nelle precedenti categorie, ossia principalmente per le polizze pluriennali dei rami Danni e le polizze Vita diverse da quelle alle quali sarà applicato il VFA.

Viene specificato poi che, tali modelli di contabilizzazione saranno applicati coerentemente anche ai contratti sottoscritti antecedentemente alla data di “*transition*”, fatta eccezione per i contratti dei rami Danni, i quali saranno contabilizzati sulla base:

- del “*Building Block Approach*” (BBA) qualora agli stessi sia stato applicato, come metodo di transizione, il “*Fair Value Approach*”;

- del “*Premium Allocation Approach*” (PAA) qualora la transizione sia avvenuta con il “*Modified Retrospective Approach*”.

Il Gruppo, infine, fornisce indicazioni dettagliate relativamente al metodo di transizione che verrà utilizzato.

Innanzitutto, dichiara che al fine di verificare la possibilità di procedere alla ricostruzione dei dati necessari all’applicazione del “*Full Retrospective Approach*”, è stata effettuata un’analisi di dettaglio in relazione ai flussi transazionali degli esercizi antecedenti alla data di “*transition*”, ai flussi di cassa e ai valori, oggetto dei processi di allocazione, non direttamente attribuibili ai contratti. Sulla base di tali analisi evidenzia che, le informazioni, specialmente relative agli esercizi passati, non risultavano pienamente disponibili in portafoglio oppure non potevano essere reperite se non sostenendo sforzi valutati eccessivi, costi irragionevoli rispetto al (limitato) vantaggio informativo e/o adottando assunzioni e semplificazioni eccessivamente arbitrarie. In tale contesto, il Gruppo conclude che ci siano fondate motivazioni che rendano non applicabile il “*Full Retrospective Approach*” per la transizione all’IFRS 17 e, in linea con quanto previsto dal principio stesso, decide pertanto di applicare sia il “*Fair Value Approach*” che il “*Modified Retrospective Approach*” alle passività assicurative nette in essere alla data di “*transition*”.

Nello specifico:

- con riferimento al business Danni sarà adottato prevalentemente il “*Fair Value Approach*” (applicato in particolare ai contratti emessi da UnipolSai) e, in via residuale, il “*Modified Retrospective Approach*”

- per il business Vita, il “*Fair Value Approach*” sarà applicato prevalentemente alla porzione dei contratti rivalutabili afferenti a “*units of account*” legate a gestioni separate di scarsa significatività o caratterizzate da garanzie finanziarie e livelli di rendimento trattenuto non in linea con quelle di analoghi contratti commercializzati alla data di transition, e ai portafogli di contratti non rivalutabili legati a polizze collettive. Alla residua porzione di contratti assicurativi, costituita quindi prevalentemente dalle “*units of account*” legate alle restanti gestioni separate, nonché ai contratti non rivalutabili individuali, sarà applicato il “*Modified Retrospective Approach*”.

Il Gruppo UnipolSai stima che il “*Fair Value Approach*” interesserà circa l’89% del business Danni in essere alla data di “*transition*” e il 47% del business Vita; mentre il “*Modified Retrospective Approach*” sarà applicato al 53% del business Vita e all’11% del business Danni.

(Bilancio consolidato 2022, Gruppo UnipolSai)

4.3 La transizione a IFRS 17 del Gruppo Poste Vita

Come preannunciato nel precedente paragrafo, l’elaborato conclude con la trattazione del caso di “applicazione anticipata” del nuovo standard internazionale IFRS 17 “*Contratti Assicurativi*” del Gruppo Poste Vita.

Si noti che si parla di “applicazione anticipata” tra virgolette in quanto il Gruppo Poste Vita ha provveduto a conformarsi a IFRS 17 già dal 1° gennaio 2022, però, si tratta di un approccio ancora alle fasi “embrionali”; rimanda la prima applicazione definitiva e completa al bilancio consolidato 2023.

Applicando IFRS 17, con riferimento al business Vita il Patrimonio netto diminuisce complessivamente di 652,7 milioni di euro (al netto dell’effetto fiscale) per effetto principalmente dell’incremento delle riserve tecniche del business diretto.

Mentre, con riferimento al business Danni il Patrimonio netto diminuisce complessivamente di 7,2 milioni di euro (al netto dell’effetto fiscale) per effetto principalmente dell’incremento delle riserve tecniche del business diretto.

Si precisa che la misurazione dei gruppi di contratti assicurativi secondo la metodologia “*Modified Retrospective Approach*” ha fatto emergere alla data del 1° gennaio 2022 un “*Contractual Service Margin*” (CSM), che sarà rilasciato negli esercizi successivi, pari a 9.248,4 milioni di euro. Mentre, la misurazione dei gruppi di contratti assicurativi applicando il “*Fair Value Approach*” ha fatto emergere alla data del 1° gennaio 2022 un “*Contractual Service Margin*”, che sarà rilasciato negli esercizi successivi, pari a 26,8 milioni di euro.

Il Gruppo precisa che, “*come previsto dal nuovo principio contabile, il profitto atteso sui contratti (CSM) verrà sospeso all’interno delle passività assicurative e rilasciato nel corso della vita dei contratti stessi, determinando un incremento del valore*”

delle passività assicurative nella transizione dall'IFRS 4 al nuovo IFRS 17.” (Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

Viene fornito un dettaglio delle passività per contratti assicurativi emessi alla data di transizione, 1° gennaio 2022.

<i>(dati in milioni di euro)</i>	
PASSIVITA' PER CONTRATTI ASSICURATIVI	Saldo al 1° gennaio 2022
Passività per residua copertura (Liability for remaining coverage - LRC)	158.988
LRC Premium Allocation Approach	45
PVFC - Present Value of future cash flow	148.336
Risk Adjustment	1.324
Loss Component	8
CSM - Contractual service margin	9.275
Passività per sinistri accaduti (Liability for incurred claims - LIC)	962
Cash Flow relativi ai servizi passati	952
Risk Adjustment	10
TOTALE	159.950

(Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

Risultano passività per contratti assicurativi per un totale di 159,950 milioni di euro, di cui 962 milioni di euro relativi a passività per sinistri accaduti (LIC) e 158,988 milioni di euro relativi a passività per residua copertura (LRC). Queste ultime per 45 milioni risultano derivanti dall'applicazione del “*Premium Allocation Approach*” (PAA). Relativamente al “*Risk Adjustment*”, esso risulta pari a 1,324 milioni di euro con riferimento alle passività per residua copertura (LRC), mentre pari a 10 milioni di euro relativamente alle passività per sinistri accaduti (LIC). Emergono Loss component, legate alla presenza di contratti onerosi, pari a 8 milioni di euro.

(Relazione sulla gestione bilancio consolidato 2022, Gruppo Postevita)

CONCLUSIONI

Dal lavoro di tesi e dall'analisi delle principali novità contabili apportate dal nuovo standard internazionale IFRS 17 "Contratti assicurativi" è emersa la complessità e laboriosità, ma al contempo il fascino, che caratterizzano tutto ciò che circonda il "mondo" delle assicurazioni e, di riflesso, le relative metodologie contabili. Conseguentemente si può affermare con certezza che l'introduzione di IFRS 17 costituisce un cambiamento epocale e una sfida travolgente per le imprese assicurative.

L'elaborato, nella sua prima parte, ha descritto i tratti principali propri del settore assicurativo. È stato definito il contratto assicurativo partendo dal concetto di rischio, elemento chiave dell'assicurazione. Ognuno di noi, infatti, nella propria quotidianità, affronta situazioni caratterizzate da incertezza e rischiosità, ed è proprio questa realtà che motiva l'esistenza delle compagnie di assicurazioni. Queste ultime consentono di ridurre l'entità dei rischi a cui siamo continuamente esposti attraverso una molteplicità di differenti coperture assicurative. Perciò, sono state descritte sinteticamente le principali tipologie di polizze assicurative, distinguendole nelle due grandi categorie portanti del settore, quali il ramo vita ed il ramo danni. È seguita poi un'analisi del posizionamento del settore assicurativo che ha evidenziato la significatività del contributo che esso apporta all'economia ed alla società nel suo complesso a livello internazionale, europeo ed italiano. È stato individuato poi l'assetto normativo della contabilità del settore noto per il contenuto particolarmente ricco di norme evidentemente stringenti data la complessità e rischiosità propria dell'attività assicurativa per sua natura. A completamento del primo capitolo sono state sommariamente descritte le principali poste contabili di un bilancio assicurativo, quali riserve tecniche ed investimenti.

Così, si è giunti al tema prettamente contabile, "cuore" del percorso di tesi.

Primariamente è stato descritto il lungo percorso che ha portato all'adozione con il Regolamento (UE) 2021/2036 di IFRS 17 "Contratti assicurativi"; secondariamente ci si è concentrati nelle novità contabili più importanti introdotte dallo stesso. Nello specifico, è stato delineato l'ambito di applicazione coerentemente con la definizione di contratto assicurativo, e sono stati poi analizzati dettagliatamente i nuovi modelli di valutazione dei contratti assicurativi. IFRS 17 individua quale metodo generale di valutazione il "*Building Block Approach*", applicabile a tutti i contratti assicurativi e richiedente una

notevole quantità e granularità di informazioni; pertanto, data la complessità di tale modello valutativo, il principio consente alle Compagnie di adottare anche degli approcci semplificati, purché siano soddisfatte alcune condizioni. Perciò, sono stati analizzati i due modelli alternativi quali il “*Premium Allocation Approach*” ed il “*Variable Fee Approach*”.

Nelle sedi successive si è proceduto con l’analisi dei principali impatti del nuovo standard internazionale IFRS 17 sul bilancio assicurativo da cui è emerso che l’evoluzione più importante concerne il Conto Economico: il nuovo prospetto, infatti, mostra le variazioni economiche dell’esercizio in termini di margini e non più in termini di volumi, garantendo l’immediata riconducibilità dei valori rappresentati ai risultati conseguiti dalla compagnia assicurativa. Il diverso riconoscimento degli utili e delle perdite prevede l’immediata imputazione di queste ultime nell’esercizio di valutazione e il rilascio graduale dei primi in funzione dei servizi assicurativi erogati.

Sinteticamente, a conclusione del terzo capitolo, lo “sguardo” si è rivolto alla Direttiva Solvency II effettuando un’analisi comparativa di quest’ultima parallelamente all’introduzione del nuovo standard internazionale IFRS 17.

Infine, con l’obiettivo di conferire “concretezza” all’elaborato sono state analizzate le differenti prospettive ed iniziative dei principali attori del mercato assicurativo italiano relativamente all’implementazione del nuovo standard internazionale IFRS 17 data la prima applicazione prevista per i bilanci 2023.

Nello specifico, è stato selezionato un campione di tre dei principali gruppi assicurativi italiani, quali il Gruppo Poste Vita, il Gruppo Generali e il Gruppo UnipolSai, di cui sono state analizzate le relative performance e sintetizzate, attraverso l’analisi delle rispettive Note Integrative 2022, le diverse iniziative per la transizione al nuovo principio contabile IFRS 17 e le stime dei relativi impatti.

In conclusione, un approfondimento relativamente agli effetti della transizione del Gruppo Poste Vita, che dichiara di aver provveduto a conformarsi a IFRS 17 già dal 1° gennaio 2022 rimandando però l’applicazione definitiva e completa al bilancio consolidato 2023.

Evidente risulta la notevole complessità propria del nuovo principio contabile internazionale IFRS 17 che comporta un importante e tortuoso processo di conformazione per le imprese di assicurazioni che ha avuto, e avrà, effetti significativi su tutto il business. Noto, infatti, che l'implementazione di IFRS 17 impatta su procedure e processi operativi richiedendo coordinamento e sinergia tra le diverse funzioni aziendali, quali amministrative, di attuarato, di information technology per il ridisegno radicale dell'architettura IT al fine di adattare i sistemi informativi, la funzione del controllo di gestione e della pianificazione per la revisione dei processi di budgeting, forecast aziendali e politiche di remunerazione, ma anche la funzione sviluppo prodotti in quanto i nuovi modelli di valutazione dei contratti assicurativi comportano la necessità di aggiornare i processi di pricing e di valutare l'economicità dei prodotti esistenti ed eventualmente crearne di nuovi. Tutto ciò ha comportato e comporterà, come dichiarato dai gruppi assicurativi oggetto di analisi, importanti investimenti nelle risorse umane e nella relativa formazione. Inoltre, secondo molti, l'implementazione del nuovo standard potrebbe richiedere più tempo rispetto a quanto stimato, considerando la necessità di gestire simultaneamente anche altri progetti quale, ad esempio, Solvency II.

Le compagnie assicurative si trovano, quindi, a dover affrontare questa nuova sfida connessa al cambiamento epocale introdotto da IFRS 17 e trasformarla in opportunità.

BIBLIOGRAFIA

- Camera dei deputati. Atti parlamentari– 33 – Senato della Repubblica. XVII Legislatura – Disegni di Legge e Relazioni – Documenti – Doc. CXCVII N.4. *Il mercato assicurativo internazionale*.
- Cappiello Antonella. *Il bilancio dell'impresa di assicurazione*. Regole nazionali e principi contabili internazionali. FrancoAngeli. 2022.
- Cassandro Paolo Emilio. *Le gestioni assicuratrici*. Torino. 1975.
- Castellano Gaetano e Scarlatella Sergio. *Le assicurazioni private*. UTET, 1987.
- Cerchiara Roberto Rocco. *Il bilancio assicurativo: dai principi contabili italiani e internazionali verso Solvency II*. S.I.A. Srl. 2016
- Codice civile. Art. 1882. R.D. 16 marzo 1942, n. 262. *Nozione assicurazione*.
- Codice civile. Art. 1911. R.D. 16 marzo 1942, n. 262. *Coassicurazione*.
- Codice civile. Art. 1917. R.D. 16 marzo 1942, n. 262. *Assicurazione della responsabilità civile*.
- Decreto Legislativo 26 maggio 1997, n. 173. *Attuazione della direttiva 91/674/CEE in materia di conti annuali e consolidati delle imprese di assicurazione*. Art. 7. *Redazione del bilancio*.
- De Finetti Bruno e Emanuelli Filippo. *Economia delle assicurazioni*. Torino. 1967.
- De polis Stefano. Segretario generale IVASS. Convegno MIB. IFRS 17 – Valutare l'impatto, progettare e pianificare la fase di implementazione e gestire la transizione. *La transizione agli IAS/IFRS per la redazione del bilancio d'esercizio delle imprese di assicurazione italiane e le implicazioni per la vigilanza*. Roma. 19 Ottobre 2017.
- Di Cagno Nicola e Adamo Stefano. *Amministrazione e controllo delle imprese di assicurazione*. Giappichelli. 2001.
- Floreani Alberto. *Economia delle imprese di assicurazione*. Assicurazione, asimmetrie informative e regolamentazione. Il Mulino, 2011
- Floreani Alberto. *Economia delle imprese di assicurazione*. Assicurazione e fondamenti dell'attività assicurativa. Il Mulino, 2011.
- Floreani Alberto. *Economia delle imprese di assicurazione*. Cenni alla coassicurazione e riassicurazione. Il Mulino, 2011
- Floreani Alberto. *Economia delle imprese di assicurazione*. Il bilancio di esercizio dell'impresa di assicurazione. Il Mulino, 2011
- Floreani Alberto. *Economia delle imprese di assicurazione*. Il contratto di assicurazione. Il Mulino, 2011.
- Floreani Alberto. *Economia delle imprese di assicurazione*. Introduzione ai prodotti assicurativi dei rami vita. Il Mulino, 2011

- Floreani Alberto. *Economia delle imprese di assicurazione*. Introduzione ai prodotti dei rami danni. Il Mulino, 2011.
- Floreani Alberto. *Economia delle imprese di assicurazione*. Rischi puri e rischi assicurabili. Il Mulino, 2011.
- Gazzetta ufficiale dell'Unione europea. *Regolamento (UE) 2021/2036 DELLA COMMISSIONE* del 19 novembre 2021 che modifica il regolamento (CE) n. 1126/2008 che adotta taluni principi contabili internazionali conformemente al regolamento (CE) n. 1606/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l'International Financial Reporting Standard 17.
- Giornale delle Assicurazioni. “*PRONTI A SVOLGERE UN RUOLO CRUCIALE PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE DEL PAESE*”. “*Gli effetti dell'IFRS 17 sulla gestione aziendale delle compagnie di assicurazioni*”. Umberto Bocchino. 1° marzo 2023.
- IFRS n.4 - IASB - Principio contabile internazionale (IFRS) 3 novembre 2008. *Contratti assicurativi*.
- IVASS. Provvedimento n. 121 del 7 giugno 2022. *MODIFICHE E INTEGRAZIONI AL REGOLAMENTO IVASS N. 7 DEL 13 LUGLIO 2007 CONCERNENTE GLI SCHEMI PER IL BILANCIO DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE E DI RIASSICURAZIONE CHE SONO TENUTE ALL'ADOZIONE DEI PRINCIPI CONTABILI INTERNAZIONALI DI CUI AL TITOLO VIII (BILANCIO E SCRITTURE CONTABILI), CAPO I (DISPOSIZIONI GENERALI SUL BILANCIO), CAPO II (BILANCIO DI ESERCIZIO), CAPO III (BILANCIO CONSOLIDATO) E CAPO V (REVISIONE LEGALE DEI CONTI DEL DECRETO LEGISLATIVO 7 SETTEMBRE 2005, N. 209 – CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE*.
- IVASS. *Relazione sull'attività svolta dall'istituto nell'anno 2022*. Roma. 19 Giugno 2023.
- Musiello Emanuele. LUISS. Dipartimento di Impresa e Management. *IFRS 17 Ambito normativo, aggiornamenti e casi applicativi*. 2020.
- Nieri Laura e Cucinotta Giovanna. *Le assicurazioni*. Il funzionamento del meccanismo assicurativo. Il Mulino. 2005
- Nieri Laura e Cucinotta Giovanna. *Le assicurazioni*. I principali prodotti assicurativi. Il Mulino. 2005
- Paci Sergio. *Assicurazioni, economia e gestione*. La riassicurazione. Egea, 2019.
- Paci Sergio. *Assicurazioni, economia e gestione*. L'attivo delle imprese di assicurazione. Egea, 2019.
- Paci Sergio. *Assicurazioni, economia e gestione*. Le funzioni dell'impresa di assicurazione. Egea, 2019.
- Pasqualini. *Gli effetti di Solvency II sulle imprese di assicurazione italiane: i risultati del terzo studio di impatto quantitativo*. QIS3, in Atti del VIII Congresso Nazionale degli attuari. 2007

- Prospetti Marco e Colavolpe Alessandro. *Le assicurazioni. I bilanci delle imprese di assicurazione e di riassicurazione* (di Antonio Rosario De Pascalis). IPSOA. 2012
- Prospetti Marco e Colavolpe Alessandro. *Le assicurazioni. I presidi della solvibilità dell'impresa di assicurazioni* di Stefania Verduchi. IPSOA. 2012
- Prospetti Marco e Colavolpe Alessandro. *Le assicurazioni. L'accesso all'attività assicurativa e riassicurativa* (di Ernesto Pucci). IPSOA. 2012
- Sbisà Nicole. *La valutazione dei contratti assicurativi secondo IFRS 17 e confronto con Solvency II*. Università degli studi di Trieste. Dipartimento di scienze economiche, aziendali, matematiche e statistiche. 2017.
- Simonetti Dario. LUISS. Dipartimento di Economia e Finanza. *IFRS 17: una nuova prospettiva per il mercato assicurativo*. 2020.

SITOGRAFIA

- A1 Life S.p.a. Polizza caso vita: una soluzione per la pensione integrativa. <https://www.a1life.it/2014/01/polizza-caso-vita-pensione-integrativa/>. 2014.
- Azzano Antonio. La riassicurazione: come si assicurano gli assicuratori (seconda parte). Articolo pubblicato su www.generali.com. 2013
- Assicurazione.it. *I rami assicurativi*. <https://www.assicurazione.it/i-rami-assicurativi.html>
- Assicurazione.segugio.it. <https://assicurazioni.segugio.it/guida-assicurazioni-e-strumenti/glossario-assicurazioni/premio-puro.html>, Segugio.it Srl, 2021.
- Borsa Italiana Spa. Glossario finanziario-bilancio di esercizio. <https://www.borsaitaliana.it/borsa/glossario/bilancio-di-esercizio.html>.
- Borsa Italiana Spa. Glossario finanziario-conto economico. <https://www.borsaitaliana.it/borsa/glossario/conto-economico.html>
- Carlino, Costanzo & Associati. *Solvency 2 e IFRS 17: due binari paralleli?* https://www.ordineattuari.it/media/266659/solvency_2_e_ifrs_17_due_binari_paralleli_franca_forster_-_stefano_carlino_.pdf. 2019
- CConsulting. *Il requisito patrimoniale di solvibilità*. www.insurancereview.it/insurance/contenuti/dalle_aziende/1126/il-requisito-patrimoniale-di-solvibilita. 2017
- Cesari Riccardo. Consigliere dell'IVASS. *L'intermediazione assicurativa tra problemi di struttura e di congiuntura*. Commento alla Ricerca AIBA-Innovation Team-CERVED. Assemblea annuale AIBA. 30 Giugno 2020. https://www.ivass.it/media/interviste/documenti/interventi/2020/30-06-2020-rc-assembleaaiba/RC_AIBA_30giu2020.pdf
- Diritto.it. Diritto civile. Assicurazioni. *Il contratto di coassicurazione nel diritto italiano*. <https://www.diritto.it/contratto-coassicurazione/>.
- Diritto.it. Diritto civile. Assicurazioni. *Il rischio nei contratti assicurativi*. <https://www.diritto.it/il-rischio-nei-contratti-assicurativi/>.
- D'Onofrio Luca e Micocci Marco. *IFRS 17: le novità introdotte nel trattamento contabile dei contratti assicurativi*. <https://www.mazars.it/content/download/941727/48997997/version/file/IFRS%2017%20-%20le%20novit%C3%A0%20introdotte%20nel%20trattamento%20contabile%20dei%20contratti%20assicurativi.pdf>. 2018.
- Ferluga Jorgen. Studio Attuariale Visintin e Associati. *IFRS 17 - Il livello di aggregazione dei contratti assicurativi*. https://www.youtube.com/watch?v=TJw4_fv0AYU. 2020.

- Ferluga Jorgen. Studio Attuariale Visintin e Associati. *IFRS 17 - Premium Allocation Approach*. <https://www.youtube.com/watch?v=aAwjbCLJwsE&list=PL75D9-whEkXD99cb00AHvEOyng7EWp-np&index=5>. 2020.
- Ford M. & Penzler P. *IFRS 17 KEY ISSUES AND INTERPRATATION, INTITUTE AND FACULTY OF ACTUARIES*. <https://www.actuaries.org.uk/>.2017.
- Generali. *CHI SIAMO. La Nostra Compagnia*. <https://www.generali.it/chi-siamo/generali-italia/la-nostra-compagnia>.
- Generali. *Relazione annuale integrata e bilancio consolidato 2022*, Gruppo Generali. [https://www.generali.com/doc/jcr:0fccff42-5078-4ead-a14c-1b0cf8f49368/Relazione%20Annuale%20Integrata%20e%20Bilancio%20Consolidato%202022%20Gruppo%20Generali%20final%20interattivo.pdf/lang:it/Relazione Annuale Integrata e Bilancio Consolidato 2022 Gruppo Generali final interattivo.pdf](https://www.generali.com/doc/jcr:0fccff42-5078-4ead-a14c-1b0cf8f49368/Relazione%20Annuale%20Integrata%20e%20Bilancio%20Consolidato%202022%20Gruppo%20Generali%20final%20interattivo.pdf/lang:it/Relazione%20Annuale%20Integrata%20e%20Bilancio%20Consolidato%202022%20Gruppo%20Generali%20final%20interattivo.pdf)
- Generali. *Relazione sulla gestione e bilancio d'esercizio della capogruppo 2022*. Gruppo Generali. [https://www.generali.com/doc/jcr:c6234921-178b-4406-aa1b-5af298e8e43c/Relazione%20sulla%20gestione%20e%20Bilancio%20d%20Esercizio%202022%20\(versione%20interattiva\).pdf/lang:it/Relazione sulla gestione e Bilancio d Esercizio 2022 \(versione interattiva\).pdf](https://www.generali.com/doc/jcr:c6234921-178b-4406-aa1b-5af298e8e43c/Relazione%20sulla%20gestione%20e%20Bilancio%20d%20Esercizio%202022%20(versione%20interattiva).pdf/lang:it/Relazione%20sulla%20gestione%20e%20Bilancio%20d%20Esercizio%202022%20(versione%20interattiva).pdf)
- Generali Italia S.p.A. *Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria 2022*. <https://cdn.generali.it>.
- Icribis. L'e-commerce per informarti sulle imprese. *IL MERCATO ASSICURATIVO ITALIANO IN CIFRE: PRINCIPALI ATTORI E CARATTERISTICHE*. <https://www.contenuti.icribis.com/osservatorio/2018/mercato-assicurativo-italiano.2023>
- IPSOA. Wolters Kluwer. *IFRS 17: le informative da fornire nel bilancio 2022*. <https://www.ipsoa.it/documents/quotidiano/2022/10/29/ifrs-17-informative-fornire-bilancio-2022>. 2022
- IVASS. *Chi siamo*. <https://www.ivass.it/chi-siamo/index.html>. 2017.
- IVASS. *Educazioneassicurativa.it. Le assicurazioni della responsabilità civile generale*. https://www.educazioneassicurativa.it/wp-content/uploads/Guida6_RCGenerale_2017.pdf. 2017.
- IVASS. *Solvency II. La nuova regolamentazione prudenziale del settore assicurativo: una guida semplificata*. [https://www.ivass.it/pubblicazioni-estatistiche/pubblicazioni/altrepubblicazioni/2016/guida-solvency-ii/Guida Solvency II.pdf](https://www.ivass.it/pubblicazioni-estatistiche/pubblicazioni/altrepubblicazioni/2016/guida-solvency-ii/Guida_Solvency_II.pdf). 2016.
- KPMG. *IFRS 17- Insurance Contracts Introduzione al Principio e prime criticità applicative*. Comitato Regionale del Piemonte - Pomeriggio Attuariale. [https://www.ordineattuari.it/media/256845/papa - pomeriggio attuariale.pdf](https://www.ordineattuari.it/media/256845/papa_-_pomeriggio_attuariale.pdf). Torino. 6 dicembre 2018.

KPMG International Group. *FIRST IMPRESSION: IFRS 17 INSURANCE CONTRACTS*.
<https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/xx/pdf/2017/07/ifrs17-first-impressions-2017.pdf>. 2017.

Lai Alessandro. *Il bilancio delle imprese di assicurazione alla luce dei principi contabili internazionali (Ias/Ifrs)*. Università di Verona.
<https://www.dima.univr.it/?ent=progetto&id=1450>. 2005.

Lonza Alberto. Studio Attuariale Visintin e Associati. *IFRS 17 - IL GENERAL MODEL*.
<https://www.youtube.com/watch?v=XGVvkb9nM5I&list=PL75D9-whEkXD99cb00AHvEOyng7EWp-np&index=4>. 2020.

Marino e Costa. *L'attuazione in Italia della direttiva Solvency II: un quadro di sintesi*.
https://www.dirittobancario.it/wp-content/uploads/sites/default/files/allegati/marino_d.m._e_costa_s._lattuazione_in_italia_della_direttiva_solvency_ii_un_quadro_di_sintesi_2015.pdf. 2015.

Massagrande Nicola. *Il broker*. <https://ilbroker.it/2019/11/05/nicola-massagrande-lanalisi-dei-rischi-puri-unarma-nuova-per-lintermediario-di-assicurazioni/>. 2020.

MES (Mazzoldi & Sorgente Studio Legale Associato), [Dirittodelleassicurazioni.it](http://www.dirittodelleassicurazioni.it). *La coassicurazione*.
<http://www.dirittodelleassicurazioni.it/2017/04/04/la-coassicurazione>. 2017.

Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili. Fondazione Commercialisti ODCEC di Milano. *IMPRESE DI ASSICURAZIONI: GOVERNANCE, BILANCIO E GESTIONE DEI RISCHI*. Corso di Formazione sulle imprese di assicurazione. Stefano Carlino, Francesca Novati, Silvia Passalacqua, Alberto Canclini, Alessio Buonfrate, Emanuele D'Imprima. [https://www.odcec.mi.it/docs/default-source/materiale-convegni/imprese-di-assicurazioni_governance-bilancio-e-gestione-dei-rischi-\(12-12-23\).pdf?sfvrsn=e790ef27_4](https://www.odcec.mi.it/docs/default-source/materiale-convegni/imprese-di-assicurazioni_governance-bilancio-e-gestione-dei-rischi-(12-12-23).pdf?sfvrsn=e790ef27_4). 12 Dicembre 2023.

Pensione&lavoro.it. *Le assicurazioni danni: di cosa si tratta, come funzionano e possibili tipologie*. Itinerari Previdenziali.
<https://www.pensionielavoro.it/site/home/wikiassicurazioni/contro-quali-rischi-e-possibile-assicurarsi-le-assicurazioni-danni/articolo26457.html>

Pezzuto Antonio. *Il regime di vigilanza prudenziale nel settore assicurativo*.
<https://www.tidona.com/il-regime-di-vigilanza-prudenziale-nel-settore-assicurativo/>. 2019.

PWC. *L'IFRS 17 è arrivato, siete pronti ad affrontarlo?*
<https://www.pwc.com/it/it/publications/assets/docs/ifrs17.pdf>

Quello che conta. Il portale dell'educazione finanziaria. *Polizza di capitalizzazione*.
<http://www.quellocheconta.gov.it/it/strumenti/assicurativi/polizza-capitalizzazione>.

Poste.it. *BILANCIO 2022*. Gruppo Postevita. Poste Italiane.
https://www.poste.it/files/1476585126311/Bilancio_PosteVita_31122022.pdf.

Poste.it. *RELAZIONE SULLA GESTIONE BILANCIO CONSOLIDATO 2022*. Gruppo Postevita. Poste Italiane.

[https://www.poste.it/files/1476585183269/Relazione Consolidata PosteVita 311 2022.pdf](https://www.poste.it/files/1476585183269/Relazione_Consolidata_PosteVita_311_2022.pdf).

Sala Giovanni e Moraldi Fabio. *IFRS 17 Fondamenti di metodologia e case studies applicativi*. 11 marzo 2022. https://www.ordineattuari.it/media/312563/20220311_comitato_attuariale_ifrs17_vpublic.pdf

Segugio.it. Assicurazione del credito. <https://assicurazioni.segugio.it/guida-assicurazioni-e-strumenti/glossario-assicurazioni/assicurazione-del-credito.html>. 2019.

Studio Attuariale Visintin & Associati. *White paper. IFRS 17 Introduzione al nuovo principio contabile. Il riconoscimento, l'aggregazione e la valutazione dei contratti assicurativi*. <https://studio-visintin.it/wp-content/uploads/2017/12/White-paper-IFRS-17.pdf>. 2017.

Tamaro Andrea. Studio Attuariale Visintin e Associati. *IFRS 17- Il Risk Adjustment*. <https://www.youtube.com/watch?v=26IsncE8CUY>. 2020.

Unione Europea. Autorità europea delle assicurazioni e delle pensioni aziendali o professionali (EIOPA). https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/search-all-eu-institutions-and-bodies/european-insurance-and-occupational-pensionsauthority-eiopa_it

UnipolSai. *Relazione e Bilancio individuale 2022 UnipolSai*. https://www.unipolsai.com/sites/corporate/files/document_attachments/bilancio_individuale_unipolsai_2022_post_assemblea.pdf.

UnipolSai. *Bilancio consolidato 2022 UnipolSai*. https://www.unipolsai.com/sites/corporate/files/document_attachments/unipolsai_bilancio_consolidato_2022_esef_it.pdf

Wolters Kluwer Italia. *IAS/IFRS - Principi contabili internazionali*. https://legacyshop.wki.it/documenti/00256100_est.pdf?download=true. 2023