

I. ROMANELLI

7

Questioni che si presentano nell'assicurazione dei rischi tarati

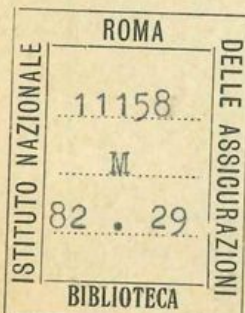
Estratto dal *Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari*
Anno III, n. 3, luglio 1932-X

ROMA

ISTITUTO ITALIANO DEGLI ATTUARI

22, VIA MARCO MINGHETTI

1932-X



Corporate Heritage
& Historical Archive

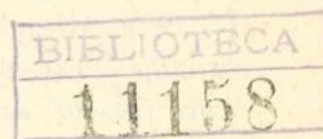


Corporate Heritage
& Historical Archive

I. ROMANELLI

Questioni che si presentano nell'assicurazione dei rischi tarati

Estratto dal *Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari*
Anno III, n. 3, luglio 1932-X



ROMA
ISTITUTO ITALIANO DEGLI ATTUARI
22, VIA MARCO MINGHETTI
1932-X



Corporate Heritage
& Historical Archive

Questioni che si presentano nell'assicurazione dei rischi tarati

Espresso del Senato del Regno, Anno III, n. 1, luglio 1932.

Roma, 1932-X. — Tipografia del Senato del dott. G. Bardi.



Corporate Heritage
& Historical Archive

QUESTIONI CHE SI PRESENTANO NELL'ASSICURAZIONE DEI RISCHI TARATI

(Conferenza di I. Romanelli al Seminario attuariale).

I. Ringrazio anzitutto il Consiglio dell'Istituto Italiano degli Attuari per avermi chiamato a discutere qui con voi sui problemi dell'assicurazione Vita.

Io ho accettato per due ragioni:

a) perchè il mio compito è solo quello di mettere sul tappeto un problema sul quale medici e attuari possono largamente discutere;

b) perchè io sono convinto della necessità della collaborazione intima tra il medico e l'attuario nell'industria delle assicurazioni Vita.

Queste ultime ragioni sono le più intuitive. Ricordo che il dottor Smolensky iniziò la sua brillante conferenza nella Biblioteca dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni il 22 maggio 1931 con queste parole: « Dice un vecchio adagio che l'assicurazione Vita poggia su due pilastri, l'attuario ed il medico » ed egli confortò col suo dire la esattezza di quel proverbio.

Se poi si vuole un esempio pratico della utilità di quella collaborazione basta accennare a Rogers e a Hunter i quali hanno anche creato un metodo per la selezione dei rischi nell'assicurazione Vita.

La collaborazione tra l'attuario ed il medico necessaria nell'assicurazione Vita in genere è poi assolutamente indispensabile quando l'assicurazione si estende ai rischi tarati.

Voi sapete che nell'ultimo decennio del secolo scorso gli enti di assicurazione hanno esteso l'accettazione dei rischi anche a coloro i quali presentavano in atto qualche tara e ciò in deroga a quanto si faceva precedentemente, quando cioè bastava una piccola tara in atto per far rifiutare il rischio.

Gli enti di assicurazione meglio organizzati, che avevano già costituito la loro base con un buon portafoglio di rischi normali, ritennero necessario allargare i criteri di accettazione per estenderli anche a coloro che potevano far prevedere una mortalità superiore a quella in base alla quale erano state costruite le tariffe.

Varie ragioni militavano a favore di queste nuove vedute.

1° *Ragioni sentimentali*. – Se l'assicurazione Vita è un beneficio è utile che sia esteso anche a coloro i quali a causa delle loro condizioni di salute possono prevedere una morte prematura.

2° *Ragioni industriali*. – a) L'assicurato rifiutato da un ente di assicurazione diventa un nemico dell'assicurazione ed un attivo propagandista contro l'ente assicuratore; b) coloro i quali danno eccessiva importanza a piccoli disturbi rifuggono dall'assicurazione per tema di essere rifiutati; c) aumentare il numero degli assicurati significa anche diminuire relativamente le spese generali.

E i medici hanno subito collaborato per l'accettazione dei rischi tarati. Infatti al primo Congresso internazionale dei medici delle Compagnie di assicurazione, che fu tenuto a Bruxelles nel 1899, cioè l'anno successivo a quello in cui fu tenuto il 2° Congresso internazionale degli Attuari, a Londra, noi troviamo fra gli argomenti all'ordine del giorno, «l'accettabilità dei glicosurici», l'«accettabilità degli albuminurici», «l'alcoolismo dal punto di vista dell'assicurazione Vita», «quali sono i nevrastenici che si possono accettare», ecc.

Altri Congressi internazionali dei medici di assicurazione Vita seguirono fino al 6° che ebbe luogo a Berlino nel 1906 e nel quale furono discusse molte questioni riguardanti anche i rischi tarati.

Nella scorsa estate si è ricostituito il Comitato internazionale per la medicina delle assicurazioni Vita con l'intento di riprendere la serie dei Congressi internazionali a cominciare dal prossimo che dovrebbe aver luogo nel 1934 a Bruxelles. Intanto nei Congressi degli attuari i medici hanno fatto capolino portando argomenti che dimostrano la necessità della collaborazione dei medici con gli attuari.

Gli enti di assicurazione che avevano iniziato l'accettazione dei rischi tarati sentirono anche il bisogno di legarsi fra di loro per scambiarsi pareri in merito ai rischi più importanti dal punto di vista medico e per distribuire su più larga base l'onere che deriva dall'accettazione dei rischi tarati che fanno prevedere una sopramortalità. Inoltre i Delegati di quei Consorzi si riuniscono periodicamente per discutere di questioni inerenti alla pratica delle assicurazioni per rischi tarati.

2. Allo scopo di indurre all'assicurazione coloro che temevano di essere rifiutati in base ad un esame medico erano state già introdotte le assicurazioni senza visita medica ma con un periodo di carenza. Se la morte avveniva entro il periodo di carenza si restituivano i premi pagati meno il primo.

A Ricordo che in Italia, anche prima della legge del 1912, la Fondiaria, per esempio, accettava alcuni rischi senza visita medica e con un periodo di carenza di 10 anni.

In queste forme di assicurazione alla visita medica è sostituito un surrogato rappresentato da un formulario di domande contenute nella proposta di assicurazione.

Le domande si riferiscono a malattie pregresse ed a disturbi subiettivi in atto.

Le proposte vengono giudicate da medici perchè la carenza e la economia di spesa che deriva dalla soppressa visita medica non sono sufficienti in ogni caso a tutelare l'ente assicuratore. Sono da temere soprattutto i rischi con tare che si aggravano col tempo e che diventano pesanti proprio allo scadere del periodo di carenza.

È noto che tra due gruppi di rischi normali di cui uno selezionato con visita medica, l'altro senza visita medica, dopo 10 anni, non vi è differenza nel comportamento della mortalità fra le persone della stessa età.

Non è la stessa cosa peraltro per i rischi tarati, in alcuni dei quali, invece, con l'aumentare degli anni la mortalità si aggrava notevolmente. Basta accennare alle cardiopatie. Perciò l'andamento della mortalità si comporta diversamente quando si paragoni, anche dopo 10 anni, un gruppo di rischi tarati con un gruppo di rischi normali e accettati senza visita medica.

Quindi con la semplice applicazione della carenza il problema dei rischi tarati non poteva essere risolto. Bisognava invece giudicare il probabile decorso della mortalità dei rischi tarati. Di qui la necessità della collaborazione del medico e dell'attuario e della grande importanza della statistica medica elaborata da medici.

I risultati di una statistica medica fatta su materiale molto vasto e seguendo criteri medici può dare insegnamenti utili non solo all'industria dell'assicurazione ma può anche portare un contributo alla scienza medica.

Le statistiche cliniche sono le più limitate nel numero e spesso limitate nel periodo di osservazione, ma un contributo possono portare le statistiche dei rischi normali confrontando i morti con gli esposti al rischio in determinate condizioni. Di grande utilità è stata infatti la statistica della Unione delle Compagnie Nord-Americane.

Molto utili le statistiche dei rischi rifiutati, quando questi si possono seguire per un lungo periodo di tempo e certamente più adatte sono le statistiche dei rischi tarati da singolare tare.

Peraltro non vi sono ancora statistiche adatte per risolvere il problema dei rischi tarati, sebbene si siano fatti molti tentativi.

In mancanza di statistiche sicure il problema dei rischi tarati ha avuto una prima soluzione perchè il medico collaborando con l'attuario ha vagliato il risultato delle statistiche mediche spesso parziali e qualche volta contraddittorie al filtro delle cognizioni mediche e dell'esperienza clinica.

Uno dei metodi adottati è stato quello della maggiore età, per cui un rischio tarato è stato paragonato ad un rischio normale ma di età superiore alla reale.

Anche ai profani di medicina accade di giudicare dall'aspetto un uomo più vecchio della età reale. Questo metodo applicato dal medico ai rischi tarati può portare buoni risultati. Per esempio un assicurando tarato per arteriosclerosi precoce può considerarsi un rischio simile a quello di un assicurando di età superiore.

Ma questo metodo può essere spesso fallace.

Più adatto è il metodo di valutare l'aumento di probabilità di morte che la tara riscontrata può apportare al rischio ed aggiungere alla mortalità normale questa percentuale di aumento di probabilità di morte che deriva dalle valutazioni della tara.

Questo, che è certamente un metodo più scientifico, richiede sempre una più intima collaborazione tra l'attuario ed il medico che si dedichi specialmente a questi problemi.

Tanto più che, valutando l'aumento di probabilità di morte che può derivare dalle singole tare, si rileva subito che le varie tare non aggravano i rischi in modo costante e per tutta la durata dell'assicurazione. In alcuni casi la tara può fare prevedere che il tempo sarà favorevole all'assicurando. Per esempio, una tubercolosi polmonare guarita da vari anni in un assicurando di 40 anni in buone condizioni generali, può essere valutata come una tara decrescente, una tara cioè che fa prevedere che l'aumento delle maggiori probabilità di morte vadano diminuendo con l'aumentare degli anni e della distanza, perciò, dal processo acuto clinicamente guarito.

Vi sono altre tare invece le quali sono progressive in maggiore o minore misura e con l'aumentare degli anni aggravano il rischio in quanto si può prevedere un aumento successivo delle maggiori probabilità di morte.

Per esempio nelle cardiopatie in genere con l'esaurirsi delle forze di riserva del miocardio aumentano le maggiori probabilità di morte. Sono quindi questi rischi *crescenti*.

Ed ecco quindi una distinzione dei rischi tarati in rischi tarati *costanti, crescenti e decrescenti*.

I più importanti dal punto di vista industriale sono questi ultimi, cioè i rischi *decrescenti*. E di essi in ispecial modo gli Enti di assicurazione si sono preoccupati per un duplice ordine di ragioni: 1° *morali* – non è giusto che assicurati con tare decrescenti continuino a pagare un premio sproporzionato al rischio che la Compagnia di assicurazione corre; 2° *industriali* – l'assicurato affetto da tare che migliorano col tempo abbandona facilmente il contratto e appena convalidata la guarigione si assicura a condizioni normali presso un altro ente e diventa nemico e feroce propagandista contro la Compagnia che lo ha considerato rischio tarato.

Di qui la necessità di legare all'ente l'assicurato mettendo questi in condizioni di non avere bisogno di ricorrere ad altri per una giusta valutazione del proprio rischio.

E le Compagnie hanno adottato anche le tariffe decrescenti.

Nei casi in cui si può prevedere che la gravità della tara è specialmente nei primi anni sono apportati da alcuni assicuratori dei temperamenti, tendenti a diminuire il rischio nei primi anni.

Così sono restituiti i premi versati aumentati qualche volta degli interessi maturatisi, ad un tasso convenuto, se la morte avviene nei primi cinque anni oppure si paga, nel primo quinquennio, un quinto della somma assicurata per ogni anno di vigore del contratto.

Questa pratica, utile certamente in molti casi, non risolve in pieno il problema, perchè questi temperamenti sono una negazione dell'assicurazione.

Ed ecco che da alcuni enti vediamo adottato il così detto sistema « Pedersen ». Alcuni enti, cioè, hanno adottato vari tipi di tariffe rispondenti alle caratteristiche di determinate tare.

Così per esempio, *le tariffe dei cardiopazienti*, fortemente crescenti nelle varie età; *quelle degli albuminurici* meno crescenti delle prime, *quella dei tubercolosi* che è una tariffa decrescente.

Il Consorzio Italiano Rischi Tarati ha adottato anche le tariffe crescenti, costanti e decrescenti. Il Comitato medico giudica la tara costante, crescente, o decrescente ed in questo ultimo caso determina la presumibile sopramortalità iniziale, di quanto quella presumibile sopramortalità decresca, nel tempo, e fino a quale limite.

Peraltro anche col sistema adottato dal Consorzio Italiano Rischi Tarati non si risolve completamente, a mio modo di vedere, in tutti

i casi il problema dei rischi tarati decrescenti. Poichè non è facile valutare *a priori* in quali casi alcune tare decrescenti si manterranno tali ed in quali casi invece subiranno un aggravamento.

Per esempio, di un certo numero di assicurati che abbiano sofferto di pleurite essudativa, alcuni guariscono perfettamente altri invece, a distanza di tempo, si ammalano di tubercolosi polmonare. Non è facile prevedere in quali casi questo evento si avvererà. La tubercolosi polmonare si manifesta nei pleuritici per lo più nel primo quinquennio dalla pleurite, ma specialmente nel primo e nel secondo anno, qualche volta anche dopo il primo quinquennio. Ed allora può accadere che dal gruppo di pleuritici accettati con tariffa decrescente, coloro che ottengono una guarigione più duratura abbandonino il contratto di assicurazione per contrarne un altro a condizioni normali o quasi, mentre rimangono molti di quelli nei quali le condizioni di salute sono peggiorate.

Perciò alcune Compagnie accettano i pleuritici come rischi tarati giudicandoli con severità, ma consentono ad essi, dopo un certo tempo, una nuova visita medica ed in base ai risultati di questa giudicano delle nuove condizioni di accettazione.

È specialmente su questo metodo che io desidero richiamare la vostra attenzione.

Esso presenta innegabilmente dei vantaggi e degli svantaggi ed io vi chiedo:

a) dal punto di vista industriale è utile adottare in alcuni rischi con tare presumibilmente decrescenti la seconda visita medica a distanza di tempo e, in base al risultato favorevole di essa, migliorare le condizioni di accettazione?

b) e qualora, dal punto di vista industriale, ciò fosse conveniente, un tale sistema riuscirebbe gradito agli assicurati italiani?



Corporate Heritage
& Historical Archive



Corporate Heritage
& Historical Archive