

NEWSLETTER

ASSICURAZIONI VITA E DANNI

COSA IMPLICHERÀ LA "GENDER DIRECTIVE" PER IL MERCATO ASSICURATIVO

GESTIONE E CONTROLLO DEI RISCHI: DALLE OPZIONI DI DIVERSIFICAZIONE DEI RISCHI ASSICURATIVI ALL'ANALISI DEGLI SPREAD DEI TITOLI GOVERNATIVI

COME L'ERM INFLUENZA IL RATING DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONI

LE IMPLICAZIONI DI SOLVENCY II SULLA GESTIONE DELLE ASSICURAZIONI MALATTIA

PRICING DELLE POLIZZE VITA COLLETTIVE

INDICE

IMPATTI SUL MERCATO ASSICURATIVO DELLA 'GENDER DIRECTIVE'	2
SOLVENCY II: UN'OCCASIONE PER OTTIMIZZARE LA PROPRIA ESPOSIZIONE AL RISCHIO	4
L'IMPATTO DELL'ERM SUL CREDIT RATING DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE	6
SOLVENCY II E LA GESTIONE DEL RAMO MALATTIA	8
ORSA - GLI SPREAD DEI TITOLI GOVERNATIVI	10
APPLICAZIONI DELLA TEORIA DELLA CREDIBILITÀ AL PRICING DI POLIZZE VITA COLLETTIVE: UN'INTRODUZIONE	12

AVVALERSI DI TECNICHE ATTUARIALI PER CREARE VALORE E NON LIMITARSI A MISURARLO

Benvenuti a questo numero della newsletter italiana di Milliman. Lo scopo della nostra newsletter è di comunicare a tutti coloro che sono interessati al mercato assicurativo italiano nuovi sviluppi, metodologie e temi. In particolare in questo numero vogliamo approfondire l'utilizzo delle tecniche attuariali al fine di agevolare la creazione di valore in una compagnia di assicurazioni.

E' necessario sviluppare nuove e più sofisticate tecniche per misurare, come previsto da Solvency II, il rischio e la solvibilità di una compagnia di assicurazione, per valutare il Market Consistent Embedded Value, per implementare la fase II dell'IFRS 4, nonché la Gender Directive. Tali obiettivi richiedono un investimento in conoscenza, strumenti e processi molto importante.

Se ci si limita a considerare ciò soltanto un onere a carico delle compagnie sarà difficile in un'economia fragile e con i ben noti problemi dell'euro riuscire a sviluppare il business coprendo agevolmente tale costo. Dobbiamo invece concentrarci sull'utilizzo di strumenti e esperienze per migliorare la gestione del rischio, l'ALM e creare prodotti più redditizi e raffinati. Soltanto così potremmo mettere a frutto il nostro investimento. Questa è la sfida che Milliman ha intrapreso utilizzando le sue competenze tecniche ed esperienze internazionali. Alcuni di tali temi sono stati introdotti negli articoli di questa newsletter.

Per ulteriori informazioni si prega di contattare Ed Morgan all'indirizzo ed.morgan@milliman.com.

IMPATTI SUL MERCATO ASSICURATIVO DELLA 'GENDER DIRECTIVE'

Paola Luraschi e Luca Pratelli



Il primo marzo di quest'anno la Corte di Giustizia dell'Unione Europea, con una sentenza per una causa intentata da un'associazione belga di consumatori e da due privati, ha di fatto proibito l'utilizzo del sesso come fattore di pricing dei prodotti assicurativi a partire dal 21 dicembre 2012. Nello specifico, la sentenza invalida, a partire da tale data, l'articolo 5(2) di quella che è comunemente conosciuta come la Gender Directive.¹

L'articolo 5(2) derogava all'articolo 5(1), secondo cui "il sesso quale fattore di calcolo dei premi e delle prestazioni a fini assicurativi e di altri servizi finanziari non determina differenze nei premi e nelle prestazioni". In base all'articolo 5(2) infatti erano consentite "differenze nei premi e nelle prestazioni individuali ove il fattore sesso fosse considerato un fattore determinante nella valutazione dei rischi sulla base di pertinenti e accurati dati attuariali e statistici".

Dalla sentenza risulta chiaro che le Compagnie, a partire dal 21 dicembre 2012, non potranno applicare tassi di premio differenziati in base al sesso. Le modalità di applicazione della sentenza sono tuttora oggetto di analisi e discussione. E' comunque chiaro che la sentenza avrà impatti significativi sul settore.

Uno degli aspetti controversi è l'applicazione o meno della sentenza ai contratti esistenti. Se verrà confermata l'applicazione 'retroattiva' della sentenza, le Compagnie avranno bisogno di ridisegnare e 'riprezzare' i propri prodotti in modo da renderli indipendenti dal sesso dell'assicurato. In tal caso sarà probabilmente necessario introdurre opportuni fattori correttivi applicati ai tassi di premio oltre a strategie di marketing finalizzate ad evitare l'antiselezione e quindi un mix di portafoglio non conforme alle ipotesi utilizzate al momento del pricing. Tuttavia, prima ancora di ridisegnare i prodotti, si dovrà cercare di fare chiarezza sulle aree che ad oggi risultano ancora poco chiare.

A questo scopo la Commissione Europea ha tenuto un Forum lo scorso 20 giugno in cui i rappresentanti delle diverse componenti coinvolte hanno discusso e analizzato le diverse aree di incertezza; la Commissione conta a breve di redigere una guida sulle implicazioni della sentenza che prenderà in considerazione i punti di vista e le considerazioni espresse da tutte le parti in causa. Ad ogni modo, alcuni stati membri ritengono che tale guida non sia sufficiente e hanno chiesto alla Commissione di emendare la direttiva in modo da rendere effettivo quanto pronunciato dalla Corte di Giustizia Europea.

In Italia la Gender Directive era stata recepita con il D. Lgs. n 196 del 6 Novembre 2007 e dal regolamento ISVAP n 30 del 12 Maggio 2009. E' stata di recente (21 settembre 2011) emanata una Deliberazione COVIP che formalizza l'applicazione delle disposizioni in ordine alla parità di trattamento tra uomini e donne alle forme pensionistiche complementari collettive.

CONTRATTI ESISTENTI

Nel caso in cui le Compagnie di assicurazione fossero costrette a rendere indipendenti dal sesso i contratti esistenti al 21 Dicembre 2012 e che rimarranno attivi anche dopo tale data si aprirebbero sicuramente una serie di tematiche importanti da affrontare, quali l'impatto sul pricing e la solvibilità, la necessità di apportare modifiche ai sistemi di gestione e di proiezione attuariale, la necessità di informare adeguatamente i contraenti/assicurati etc... Va infatti ricordato che per gli assicurati ovviamente ci sarebbero conseguenze significative: alcuni godrebbero di una riduzione del premio (o equivalentemente potrebbero ottenere un incremento delle prestazioni assicurate), altri invece subirebbero esattamente l'effetto opposto, ammesso che sarà possibile per le Compagnie modificare le condizioni di polizza in maniera penalizzante per il cliente.

¹ Council Directive 2004/113/EC

Dall'applicazione di tassi indistinti tra maschi e femmine trarrebbe beneficio un sesso piuttosto che l'altro a seconda del tipo di copertura assicurativa e talvolta anche a seconda della fascia di età. Ad esempio i maschi potrebbero beneficiare di tassi più bassi sulle assicurazioni in caso di morte e sull'RC Auto, mentre le femmine avrebbero tassi più bassi nei prodotti di rendita o nelle Permanent Health Insurance, con effetti opposti per l'altro sesso. La fascia di età risulta invece discriminante per identificare il sesso "avvantaggiato" in coperture come la critical illness (malattia grave).

Il Regno Unito ha recentemente manifestato in maniera chiara il suo punto di vista dichiarandosi contrario all'applicazione di tassi indifferenziati per sesso ai contratti stipulati prima del 21 Dicembre 2010. Sebbene la maggior parte degli stati membri si sia dimostrata d'accordo con l'interpretazione anglosassone ad oggi non è chiaro se tale interpretazione sia unanime. Se anche solo uno stato membro adottasse una interpretazione differente e ritenesse che le Compagnie debbano applicare tassi indipendenti dal sesso anche sui contratti già esistenti, tale posizione, nel caso in cui non fosse legata a particolarità specifiche del singolo stato, potrebbe indebolire il parere della maggioranza.

ALTRE AREE D'INCERTEZZA

La sentenza non ha dato indicazioni esplicite riguardo all'uso delle informazioni sul sesso per altri scopi, in particolare in relazione all'underwriting, al calcolo delle riserve e al pricing di polizze di gruppo:

- Attualmente l'underwriting in genere include domande che concernono le condizioni di salute che talvolta possono essere specifiche o comunque che possono riguardare malattie maggiormente comuni in un sesso piuttosto che nell'altro. E' il caso, ad esempio, del cancro alla prostata per l'uomo o del tumore al seno per la donna.

Sarà ancora possibile per le Compagnie fare domande sul cancro alla prostata? Se in famiglia c'è stato un caso di tumore al seno, la Compagnia ne potrà tenerne conto in caso di assicurati di sesso femminile e non

considerarlo invece in caso di assicurati di sesso maschile? L'articolo 5(1) della Gender Directive dichiara che "il fatto di tenere conto del sesso quale fattore di calcolo dei premi e delle prestazioni a fini assicurativi e di altri servizi finanziari non determina differenze nei premi e nelle prestazioni"; tale wording non discrimina tra tassi di premio standard e tassi di premio aggravati per il maggior rischio conseguente al processo di underwriting.

Gli esempi appena citati riguardano nello specifico lo stato di salute e non il sesso dell'assicurato e di conseguenza si potrebbe sostenere che tali informazioni non verranno usate come fattore di calcolo dei premi ma solo come indicatore, che possa essere d'aiuto nel valutare la propensione verso determinate malattie. Può bastare tale spiegazione a legittimare l'impiego di tali domande all'interno del processo di underwriting?

- Possono le Compagnie raccogliere e utilizzare l'informazione sul sesso dell'assicurato nonostante non la possano impiegare per il calcolo del premio?

Nel caso in cui le Compagnie di assicurazione non conoscessero la composizione per sesso del proprio portafoglio, avrebbero bisogno di effettuare stime più prudenti tanto per il calcolo delle riserve quanto (e soprattutto) per il pricing dei prodotti, che in ultimo potrebbe comportare un aumento dei premi medi per gli assicurati.

- Alcune assicurazioni di gruppo ad oggi basano il loro prezzo sul profilo del collettivo di riferimento e sono svincolate da quello del resto del portafoglio. Sarà ancora permesso effettuare il pricing per tale tipo di business su basi specifiche del collettivo, e quindi valutare la proporzione tra maschi e femmine sulla singola collettività (applicando quindi per la stessa copertura un tasso diverso tra un gruppo e l'altro in funzione della loro composizione per sesso), in un contesto in cui premi e prestazioni devono essere indipendenti dal sesso degli assicurati?

Sembra che siano tutti concordi sul fatto di concedere alle Compagnie di continuare

a poter disporre del dato sul sesso dell'assicurato per i fini sopra descritti, garantendo sempre però che un uomo e una donna che comprano la stessa polizza, a parità di altri fattori di rischio, in proporzione paghino lo stesso premio e ricevano le medesime prestazioni. Ci si aspetta comunque che la guida che la Commissione intende pubblicare a breve provveda a chiarire tali tematiche.

Vi sono poi altre questioni e aree di incertezza su cui occorre fare chiarezza. Ad esempio, la sentenza va applicata anche dalle Compagnie con sede esterne ad uno stato membro? La Gender Directive è stata applicata in diversi modi all'interno dei singoli stati dell'Unione Europea e a seconda di come verrà recepita dai vari stati, le Compagnie non-UE potrebbero non dover adempiere a tale sentenza e godrebbero di un indubbio vantaggio competitivo sul mercato.

PROSSIMI PASSI

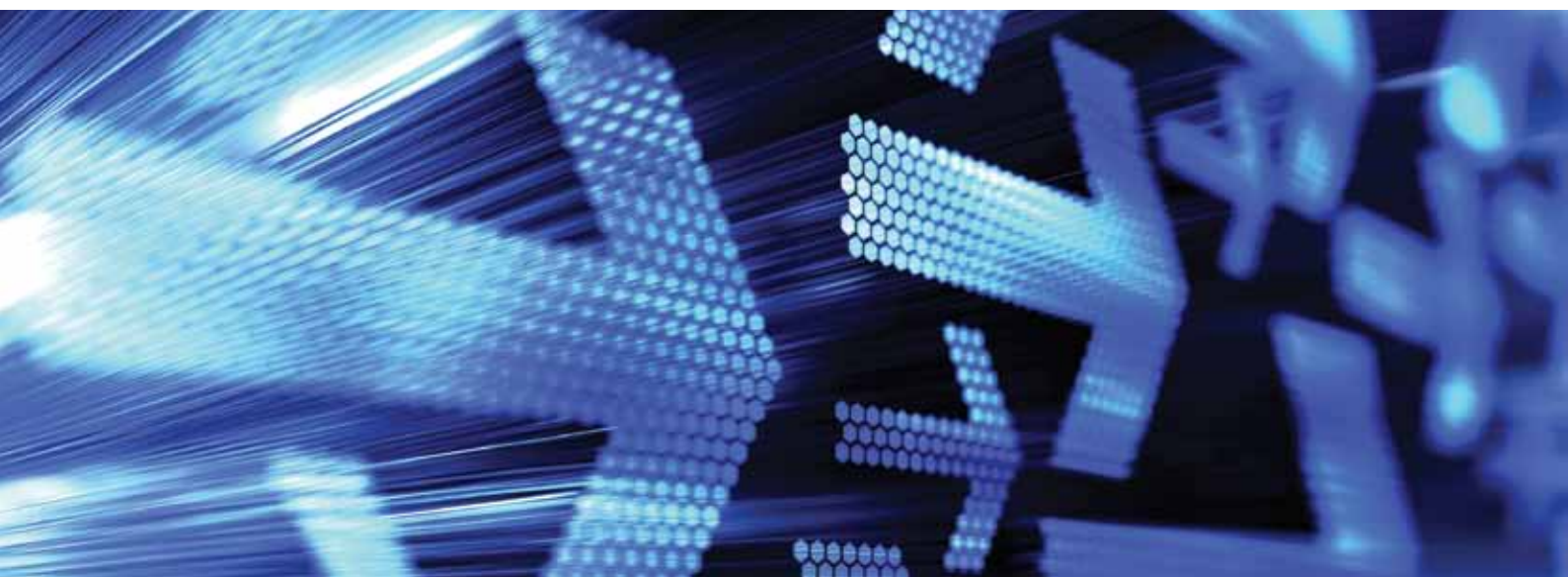
Nei prossimi mesi, la preoccupazione principale del settore sarà quella di ottenere chiarezza sulle aree di incertezza appena analizzate. Ci attendiamo che le Compagnie inizieranno a ridisegnare e "riprezzare" i prodotti esistenti in modo accurato già dall'inizio del prossimo anno. Ciò comporterà un cospicuo investimento di risorse per le Compagnie sia per apportare modifiche ai sistemi di gestione e di proiezione attuariale, sia per rideterminare l'impatto e l'interazione dei diversi fattori di rischio.

In ultimo le Compagnie dovranno trovare il giusto equilibrio per evitare il rischio di antiselezione, essere competitive nella vendita e minimizzare il rischio di uscite anticipate dei clienti esistenti per i quali risultasse possibile sottoscrivere un nuovo contratto a tassi più vantaggiosi. Per le Compagnie sarà dunque fondamentale prepararsi al meglio a questo cambiamento, che nel peggiore dei casi potrebbe incidere non solo sulla nuova produzione ma anche sul portafoglio già in essere.

Per qualsiasi chiarimento o approfondimento potete contattare il vostro consulente Milliman di riferimento.

SOLVENCY II: UN'OCCASIONE PER OTTIMIZZARE LA PROPRIA ESPOSIZIONE AL RISCHIO

Paola Luraschi e Alessandro Clapis



Una delle implicazioni di Solvency II sarà la revisione della policy di ritenzione, dei rischi assicurativi e non, di molte Compagnie. In particolare, è prevedibile che molte Compagnie incrementeranno le operazioni di trasferimento del rischio assicurativo allo scopo di ottimizzare la propria situazione patrimoniale. E' comunque importante ricordare che, al fine di ottimizzare la propria situazione, le Compagnie non potranno limitarsi a ridurre l'esposizione al rischio, ma dovranno saper riconoscere i casi in cui al contrario è opportuno incrementare l'esposizione a certi rischi.

Nel caso poi di gruppi assicurativi, la riassicurazione interna può giocare un ruolo chiave nel facilitare il trasferimento e quindi la gestione del rischio.

SERVIRSI DEI RISCHI A CUI SI E' SOTTO-ESPOSTI

La maggior parte delle Compagnie ha portafogli esposti ad un'ampia varietà di rischi. Storicamente la gestione di tali rischi è stata realizzata grazie ad un mix di controlli sui volumi di vendita, utilizzo di riassicuratori esterni e, più recentemente, trasferimenti di capitale. Generalmente le transazioni esterne sono state sempre motivate dall'obiettivo di ridurre l'esposizione a uno o più rischi,

che altrimenti avrebbero potuto superare gli obiettivi di ritenzione della Compagnia. D'altro canto però le Compagnie non hanno in genere ritenuto opportuno aumentare la propria esposizione alle tipologie di rischio nei confronti delle quali di fatto si è sotto-esposti (e.g. per le quali l'esposizione effettiva è inferiore a quella target individuata dalla policy di risk management vigente). Nel momento in cui si ragiona in ottica Solvency II (e.g. seguendo una logica di capital efficiency) azioni di questo tipo possono rappresentare un'interessante opportunità per le Compagnie.

A tal fine ovviamente il primo passo è quello di analizzare il profilo di rischio della Compagnia allo scopo di identificare le aree di rischio con sotto-esposizione e che possono avere un effetto di diversificazione nei confronti di altri tipi di rischio invece presenti in modo significativo nel portafoglio della Compagnia.

Dal punto di vista operativo il punto di partenza è la formula standard (o il modello interno, qualora implementato dalla Compagnia) utilizzabile per la determinazione del capitale aggiuntivo necessario per far fronte all'incremento di un determinato tipo di rischio. Facendo un esempio semplificato, si può supporre che la crescita del rischio comporti un aumento proporzionale del capitale di solvibilità richiesto. Questo capitale di

solvibilità aggiuntivo varierà in realtà non solo a seconda dell'incremento del rischio ma anche a seconda della rilevanza di tale rischio rispetto al mix di business della Compagnia. Grazie alla diversificazione, si avrà un limitato incremento del capitale richiesto nella misura in cui la quantificazione del rischio fosse relativamente bassa, e la tendenza ad avere incrementi marginali di capitale necessario via via più significativi in corrispondenza di un incremento del rischio che assume un valenza in proporzione più rilevante all'interno del paniere dei rischi della Compagnia.

L'analisi dell'andamento della curva degli incrementi di capitale in funzione dei diversi tipi di rischio può fornire alla Compagnia un'indicazione del livello ottimale (in termini di assorbimento di capitale) di un (eventuale) aumento del rischio a cui si è sotto-esposti.

UN CASO TIPICO: LA SOTTO-ESPOSIZIONE AL RISCHIO LONGEVITÀ?

La sotto-esposizione al rischio longevità è abbastanza tipica nel mercato italiano in cui, eccezion fatta per alcuni player, la presenza di portafogli di rendita è di norma pressoché irrilevante. La valutazione della curva dell'incremento di capitale indicherebbe in tale contesto che è possibile acquisire un

certo livello di rischio di longevità per un ammontare di capitale relativamente basso. Di conseguenza l'utile marginale relativo alla quota di capitale aggiuntivo risulterebbe rilevante. In tale situazione una Compagnia avrebbe quindi l'opportunità alternativamente di distribuire prodotti con rischio longevità in linea con il mercato ma ricavandone un utile significativo (se proporzionato al capitale allocato), ovvero di fare una scelta di tipo commerciale sacrificando parte di questo utile applicando tassi più concorrenziali rispetto al mercato in modo da poter aumentare velocemente il rischio longevità nel proprio portafoglio fino a portarlo al livello precedentemente individuato come ottimale.

Va da sé che l'aumento significativo della propria esposizione ad un rischio non può essere effettuato solo in base a considerazioni di redditività del capitale ma deve accompagnarsi a considerazioni più ampie relative, ad esempio, alla capacità della Compagnia di gestire efficientemente il rischio stesso, agli impatti gestionali della scelta (e.g. per esempio necessità di personalizzazione dei sistemi di gestione esistenti), alle possibili implicazioni in termini dei rischi esistenti (per esempio possibile aggravio dei rischi di mercato nei confronti dei quali la Compagnia risulta già particolarmente esposta annullando in questo modo qualsiasi possibile beneficio in termini di capitale aggiuntivo allocato rispetto ad altri prodotti).

Ipotizzando che una Compagnia desideri aumentare la propria esposizione al longevity risk ma, a valle di un'analisi mirata, ritenga di non voler inserire nel proprio portafoglio prodotti di rendita, un'alternativa può essere rappresentata dai longevity swaps che permettono alle Compagnie di assumere un rischio longevità "puro" senza quindi implicazioni di natura operativa sull'attività della Compagnia.

CASO TIPICO ALLA RICERCA DI MAGGIOR RISCHIO MORTALITÀ?

Seppur il caso sia meno frequente in Italia, esistono casi in cui Compagnie sono esposte ad un elevato livello di rischio longevità detenendo di contro una porzione relativamente contenuta di polizze con prestazioni associate al decesso dell'assicurato. Con considerazioni analoghe al caso del longevity risk, può essere opportuno aumentare l'esposizione al rischio di mortalità per migliorare la propria capital efficiency. E anche in questo caso una eventuale alternativa alla distribuzione di prodotti ad elevato rischio di mortalità può essere l'acquisizione dei mortality swap.

Più semplicemente poi, nel caso la Compagnia abbia in portafoglio prodotti con significativo rischio di mortalità ma abbia ridotto l'esposizione a quest'ultimo attraverso trattati di riassicurazione, sarebbe ovviamente sufficiente incrementare la propria esposizione al rischio mortalità rinegoziando le condizioni di riassicurazione o riducendo la porzione di portafoglio ceduto per i contratti a venire. Da tale considerazione segue che una delle implicazioni di Solvency II è che le Compagnie dovranno prevedere una policy di periodica revisione dei contratti di riassicurazione (o più in generale dei propri programmi di gestione/riduzione dei rischi) in modo che questi ultimi risultino sempre in linea con gli obiettivi di capital efficiency della Compagnia stessa.

Va da sé che considerazioni analoghe a quelle sopra indicate si possono applicare a tutti i rischi diversi da quelli demografici (e.g. longevità e mortalità).

OTTIMIZZARE I RISCHI ALL'INTERNO DEI GRUPPI ASSICURATIVI

Per i gruppi assicurativi è possibile estendere le considerazioni sopra indicate e sfruttare le opportunità di gestione del capitale attraverso accordi di riassicurazione interna.

Anche se tali accordi non dovessero modificare il profilo di rischio del Gruppo (e.g. impattare sulla solvibilità complessiva) è di significativo rilievo la possibilità di trarre vantaggio dagli ambiti di attività delle diverse Compagnie del Gruppo (anche traendo spunto da differenze dei rispettivi mercati di riferimento) ottimizzando l'esposizione al rischio delle singole Compagnie.

Nel caso poi di Gruppi con Compagnie che operano sia nei rami vita che in quelli danni, le opportunità sono addirittura maggiori, dato che la diversificazione tra rischi del ramo vita e rischi del ramo danni può essere realizzata attraverso l'utilizzo di un riassicuratore interno che gestisca più categorie di rischio. Va infatti ricordato che, anche se in Europa non è possibile costituire Compagnie che operano sia nei rami vita che in quelli danni, è invece possibile creare Compagnie di riassicurazione di questo tipo.

Per qualsiasi chiarimento o approfondimento potete contattare il vostro consulente Milliman di riferimento.

IN OTTICA SOLVENCY II E' IMPORTANTE ANALIZZARE IL PROFILO DI RISCHIO DELLA PROPRIA COMPAGNIA ALLO SCOPO DI IDENTIFICARE LE AREE DI RISCHIO CHE POSSONO PORTARE UN EFFETTO DI DIVERSIFICAZIONE.

L'IMPATTO DELL'ERM SUL CREDIT RATING DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

Paola Luraschi e Tommaso Murràli



L'evoluzione dei mercati e dei regimi normativi hanno spinto le agenzie di rating ed in particolare Standard & Poor's (S&P), a sviluppare framework specifici per la valutazione del risk management.

La agenzie di rating pongono l'accento su un sistema di gestione dei rischi integrato con la strategia aziendale, condiviso a tutti i livelli dell'organizzazione e capace di controllare tutti gli imprevisti cui sono soggette le Compagnie.

Le performance operative sono sempre di più valutate in funzione della qualità e quantità di rischio che le accompagna.

L'approccio manageriale, le scelte strategiche e gli strumenti nell'area risk diventano componenti centrali nell'assegnazione del credit rating. È in questo contesto che emerge la necessità di implementare un processo formale per il risk management, con chiara definizione di obiettivi e governance ed efficace comunicazione interna ed esterna.

Nel corso degli anni i criteri di valutazione del sistema di risk management delle Compagnie sono stati rivisti ed aggiornati dalle diverse agenzie (i.e. S&P, A.M. Best, Fitch, Moodys) anche in funzione del nuovo contesto normativo che interesserà l'area euro con l'entrata in vigore di Solvency II.

L'elemento comune che tutte le agenzie hanno considerato nel definire i criteri di valutazione del risk management consiste nel concepire la gestione del rischio come una leva su cui le Compagnie possono agire al fine di creare valore.

È in quest'ottica che l'oggetto di valutazione è sempre più rappresentato da un sistema integrato di gestione del rischio (Enterprise Risk Management) definito sulla base di un processo identificato in funzione delle seguenti componenti¹:

Ambiente Interno – Valori aziendali, competenze, stile manageriale, responsabilità

Definizione degli obiettivi - Chiarezza degli obiettivi aziendali e coerenza con il profilo di rischio complessivo

Identificazione degli eventi - Identificazioni dei rischi e delle opportunità.

Valutazione del rischio - Analisi dei rischi, determinazione della probabilità che i rischi si verifichino in futuro e del loro impatto al fine di stabilire come devono essere gestiti.

Risposta al rischio - Possibili misure di contenimento e contrasto dei rischi identificati ma anche accettazione o rinuncia al business sottostante in caso di impossibilità di gestione efficace

Attività di controllo - Definizione ed implementazione di procedure atte a garantire la corretta esecuzione delle risposte ai rischi.

Informazione e comunicazione - Identificazione, raccolta e diffusione delle informazioni rilevanti relative ai rischi nella forma e nei tempi che consentano ai referenti dedicati di adempiere correttamente le proprie responsabilità.

Tutte le maggiori agenzie riconoscono nel processo di ERM o nella capacità di gestire i rischi in maniera integrata una condizione necessaria per un giudizio positivo. Infatti, affinché ci sia un giudizio positivo, tutte le agenzie richiedono di determinare il proprio profilo di rischio a livello aziendale, di migliorare il grado di efficacia delle prassi di risk management e di adottare un programma di risk management formalizzato ed integrato nelle decisioni di business al fine di creare valore.

Ci sono tuttavia differenti modalità attraverso le quali l'ERM influenza il rating e vale la pena ricordare le principali.

I criteri di valutazione applicati da Standard & Poors prevedono che l'Enterprise Risk Management sia oggetto di una valutazione separata che influenzerà il rating finale della Compagnia in base alla rilevanza dei rischi a cui questa è esposta.

S&P concentra la sua attenzione nelle seguenti aree di valutazione:

Governance e cultura del Risk

Management - si considerano tutti gli aspetti organizzativi e strutturali analizzando come la Compagnia concepisce il rischio e il grado di condivisione della cultura di risk management. Particolare importanza in quest'area è data al ruolo della funzione di risk management, a come vengono definite le politiche e le metriche di risk management, alla presenza di personale con competenze necessarie, alla comunicazione interna ed esterna in materia di risk management ed a come viene definito il profilo di rischio della Compagnia.

Controllo dei rischi - le diverse fasi del processo di risk management sono analizzate in corrispondenza di ogni tipologia di rischio valutando le procedure adottate per il controllo e la gestione dei rischi assunti dalla Compagnia. Il processo di valutazione viene ripetuto in ogni sua fase per ogni rischio.

Gestione degli eventi estremi – sono valutate le procedure adottate dalla Compagnia per la gestione di eventi a bassa frequenza e alto impatto. Oggetto di analisi è la capacità di previsione dell'impatto sulla gestione di eventi di natura catastrofica attinenti sia l'ambiente esterno che quello interno.

Modelli per i rischi e per il capitale – è analizzata la qualità dei modelli che le Compagnie utilizzano per la quantificazione dei rischi e del capitale economico considerando in maniera specifica le metodologie utilizzate per il calcolo del capitale necessario ai fini di solvibilità.

Gestione del rischio strategico – viene valutato il ruolo del risk management nell'assunzione di decisioni strategiche e la visione del management riguardo i rischi più significativi che l'azienda si trova ad affrontare in considerazione della loro probabilità e dei loro effetti potenziali.

Ad ognuna delle cinque componenti di valutazione è attribuito uno score (insufficiente, sufficiente, buono, eccellente). Le valutazioni sono quindi aggregate per determinare il giudizio complessivo sull'ERM

che influisce sul rating finale quanto più l'istituzione è esposta a rischi.

A differenza del caso di S&P, MOODYS considera l'ERM nel framework più generale di valutazione, analizzando i tipici elementi qualitativi e quantitativi appartenenti alla funzione di risk management ed ai processi ad essa connessi (e.g. risk governance, analisi e quantificazione del rischio, gestione e mitigazione del rischio).

Anche Fitch infine pone particolare attenzione nella valutazione dell'impatto che l'Enterprise Risk Management ha sul giudizio di rating delle Compagnie. L'analisi viene in questo caso effettuata con riguardo ai diversi aspetti della Risk Governance, alle metodologie applicate per la valutazione della propensione al rischio, al monitoraggio ed alla reportistica dei rischi, alla misurazione del rischio, all'analisi dei rischi operativi e a tutte le tecniche di ottimizzazione del rischio (i.e. tecniche di mitigazione e trasferimento del rischio).

In questo contesto l'attività di valutazione delle agenzie di rating mira a favorire la convergenza tra Enterprise Risk Management (ERM) e nuovi requisiti regolamentari previsti Solvency II. Questa convergenza avrà effetti pervasivi sulle decisioni strategiche ed operative della Compagnia.

Al fine di adeguarsi agli standard valutativi previsti dalle diverse agenzie di rating e di trarre beneficio dai vantaggi derivanti da un miglioramento del rating le Compagnie dovranno agire puntualmente su ogni area interessata dal processo di enterprise risk management attraverso:

- l'integrazione nel piano strategico di misure di rendimento aggiustate per il rischio
- la definizione di un modello di misurazione della performance risk-adjusted
- la definizione della soglia di tolleranza al rischio in termini economici e la creazione di un modello per l'allocazione del capitale alle aree d'affari ed alle linee di business
- la definizione di un processo ricorrente di identificazione, misurazione e monitoraggio di tutti i rischi rilevanti per la Compagnia

- lo sviluppo di processi per l'identificazione e la quantificazione in termini economici dei rischi da trasferire

- lo sviluppo di modelli comprensivi che gestiscono più misure di rischio adottando ipotesi coerenti con le misure
- l'integrazione dei modelli e delle misure di rischio e rischio-rendimento nei processi decisionali della Compagnia
- la documentazione del processo e delle comunicazioni di risk management, con definizione di regolamenti, obiettivi, report, ruoli e responsabilità.

E' possibile affermare infine che un efficiente sistema di risk management sviluppato in funzione di un miglioramento del rating porterà alle Compagnie il beneficio di una gestione efficiente del rischio in linea con quanto richiesto dalla normativa Solvency II. D'altro canto, un efficiente processo ERM in linea con i principi Solvency II non potrà che offrire benefici alle Compagnie in termini di giudizio delle società di rating.

Va ricordato in questo contesto che è fondamentale per le Compagnie la possibilità di dimostrare la fattiva integrazione della policy di risk management nella propria attività nonché la corretta e completa documentazione di processi e procedure. L'esperienza di Milliman insegna che difficilmente le Compagnie possono essere in grado di adempiere in modo efficiente e pieno a tali compiti senza il supporto di un efficiente software di risk management che consenta la gestione integrata di informazioni relative alla governance aziendale, ai rischi / alle strategie di mitigazione dei rischi e alla compliance aziendale. Diventa sempre più importante quindi per le Compagnie che già non lo abbiano fatto muoversi sulla strada della formalizzazione dei processi inerenti il risk management e dell'individuazione di strumenti e referenti adeguati per ogni area di attività.

Per qualsiasi chiarimento o approfondimento potete contattare il vostro consulente Milliman di riferimento.

1 Committee of Sponsoring Organisations of the Treadway Commission (COSO), l'Enterprise Risk Management – Integrated Framework

SOLVENCY II E LA GESTIONE DEL RAMO MALATTIA

Silvia Mizzone e Joanne Buckle

La gestione delle prestazioni sanitarie è fondamentale nelle strategie di risk management attuate dagli assicuratori malattia.

Con Solvency II tutte le funzioni chiave di una compagnia di assicurazione devono prestare particolare attenzione ai propri rischi, identificarne i responsabili, documentare adeguatamente i processi gestionali, nonché valutare le interazioni e le interdipendenze tra i rischi derivanti da diverse funzioni. Finora, sebbene costituiscano parte integrante del risk management, i processi gestionali del ramo malattia sono stati spesso trascurati nei dibattiti su Solvency II. Ciò è dovuto in gran parte alla genericità di Solvency II ma anche alla difficoltà di misurare, quantificare e capire quali rischi possano derivare dai processi gestionali tipici di una compagnia di assicurazione che opera nel ramo malattia.

Con riferimento alle strutture organizzative di supporto agli assicuratori malattia si dovrebbe dunque dimostrare:

- il valore aggiunto apportato da ciascuno dei loro processi e l'impatto sulle frequenze di utilizzo dei servizi sanitari e sui costi unitari;
- la tipologia e la rilevanza dei rischi, sia quelli inerenti la funzione stessa che quelli dovuti alle interazioni tra struttura organizzativa ed altre funzioni chiave della società di assicurazione;
- l'esistenza di un sistema informativo affidabile, tempestivo ed appropriato, con linee informative chiaramente definite;
- la definizione di opportuni obiettivi finanziari, per i quali è tenuta una contabilità;
- l'identificazione e la quantificazione dei rischi finanziari per le funzioni in outsourcing;
- l'identificazione e la quantificazione di effettive o potenziali concentrazioni di rischi.

Il presente articolo esamina l'importanza di tali requisiti in termini di potenziale impatto finanziario.

LA SPECIFICITÀ DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA

La breve durata delle prestazioni sanitarie può indurre a ritenere che l'assicurazione malattia sia un business a basso rischio se paragonato ad altre linee assicurative. Sebbene riserve e premi siano chiaramente di entità minore in confronto a passività di lunga durata, i sinistri possono però variare considerevolmente da anno a anno e mettere in difficoltà gli assicuratori con elevati rapporti sinistri/premi, lasciando dunque poco margine per eventuali errori nella stima sia dei sinistri che dei premi.

La variabilità dei sinistri è influenzata da un'ampia gamma di fattori, molti dei quali possono però dirsi sotto il controllo dell'assicuratore.

Variazioni anche modeste nella tendenza inflattiva delle spese mediche, generalmente più elevata dell'inflazione registrata dai prezzi al consumo, possono ragionevolmente produrre un impatto significativo su profitti e solvibilità.

Eventuali compensazioni in essere tra i vari tipi di business malattia espongono l'assicuratore al rischio di cambiamento della composizione del suo portafoglio.

Alcune delle caratteristiche a lungo termine dell'assicurazione malattia, come il rinnovo implicito delle garanzie, possono esporre l'assicuratore anche a rischi di autoselezione favorendo un portafoglio con una maggiore frequenza dei sinistri.

La Figura 1 mostra un esempio della variabilità dei tassi di ricovero per interventi chirurgici riscontrata nel mercato inglese. I tassi, rettificati per tener conto delle differenze demografiche (età e sesso), sono stati dedotti esclusivamente da piani sanitari privati.

Nel mercato inglese i costi delle degenze finalizzate ad interventi chirurgici rappresentano tra il 25% ed il 35% dei costi complessivamente generati da un piano sanitario completo. Se la compagnia di assicurazione con il tasso di ricovero più basso passa da 38 ricoveri per 1000 assicurati alla media di mercato di 64 e ciascun paziente paga lo stesso ammontare medio per ciascun ricovero, i costi di indennizzo crescono nell'ordine del 15%-20%, implicando dunque una significativa perdita dei profitti.

COME GESTIRE IL RAMO MALATTIA PER MINIMIZZARE LA VOLATIVITÀ

L'ampia variabilità nei tassi di ricovero per interventi chirurgici riflette molti fattori esterni quali, ad esempio, lo stato di salute, il comportamento, o la localizzazione geografica dell'assicurato. Molti di questi fattori non sono facilmente controllabili dagli assicuratori. Tuttavia, un fattore che ha un impatto significativo sul trend delle prestazioni sanitarie e su cui l'assicuratore può esercitare una forma di controllo è la struttura organizzativa con cui opera (Figura 2).

FIGURA 1: RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI, GIORNI E DURATA MEDIA DELLE DEGENZE PER 1.000 ASSICURATI

	Tasso massimo	Tasso minimo	Media di mercato
Ricoveri / 1.000	156	38	64
Durata ricovero (giorni) / 1.000	734	130	222
Durata media del ricovero	4,7	3,4	3,5

Fonte: Dati estratti da Milliman Health Cost Guidelines

FIGURA 2: FUNZIONI/PROCESSI DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Lato della domanda, focalizzato sull'assistito	Lato dell'offerta, focalizzato sul provider
- Controllo del diritto alla prestazione sanitaria (preautorizzazione) - Gestione della malattia - Gestione dei casi di day hospital / prestazioni ambulatoriali - Benessere e screening	- Richiesta di una preautorizzazione medica - Scelta degli specialisti - Gestione del network e dei contratti - Gestione delle frequenze di ricovero (controllo dei ricoveri anche retroattivo) - Gestione dei casi complessi - Controllo e revisione della contabilità

I processi che caratterizzano le strutture organizzative di solito possono essere classificati in una delle categorie che seguono:

1. Elevata redditività - Altamente efficace nel controllare le prestazioni sanitarie;
2. Nessuna esplicita redditività ma con customer service di valore;
3. Redditività modesta, o anche negativa, e nessuna relazione di valore offerta ai clienti.

Mentre può essere facile individuare i processi che cadono nella prima categoria, può essere più complesso distinguere tra processi della seconda e terza categoria. Alcuni processi possono essere classificati inizialmente nella prima categoria ma, coinvolgendo alcune funzioni aziendali per le quali non c'è un'appropriatezza stima dell'impatto su costi ed indennizzi, finiscono nella categoria 3. La preautorizzazione rappresenta, ad esempio, un processo da calibrare attentamente con gli uffici assunzione e liquidazione, altrimenti può costituire una funzione che non apporta alcun contributo, se non quello di incrementare i costi e deteriorare la reputazione della compagnia di assicurazione presso i clienti. Una funzione di preautorizzazione ottimale dovrebbe offrire invece un'interessante opportunità per costruire una relazione con il cliente, migliorare la qualità del servizio di assistenza ed il ricorso a procedure note per essere utilizzate in modo inappropriato,

nonché dovrebbe ridurre i costi degli indennizzi. Tuttavia, molti assicuratori non comprendono appieno come contenuti ed efficacia di questa funzione possano variare sensibilmente.

Analizzando il mercato statunitense osserviamo che laddove le strutture organizzative applicano criteri più rigorosi si registrano tassi di ricovero più contenuti. Nella Figura 3 che segue sono messi a confronto i ricoveri per interventi chirurgici di assicuratori che attuano una gestione tradizionale e quelli di assicuratori che valutano le richieste di ricovero con criteri medici più restrittivi. E' bene puntualizzare che evitare il ricovero non vuol dire necessariamente che l'intervento non abbia luogo ma che può essere eseguito ad esempio in day hospital riducendo quindi l'entità di costi.

Lo scostamento tra i tassi di ricorso al ricovero per interventi chirurgici, depurati dell'effetto di fattori demografici, di localizzazione geografica e status sanitario, indica l'entità dell'opportunità finanziaria che può offrire una migliore gestione medica delle procedure di ricovero.

Nonostante l'evidenza di tale opportunità, la tendenza di molti assicuratori malattia, inclusi quelli attivi in Italia, è di concentrarsi nell'ambito della gestione del rischio sulla durata media del ricovero piuttosto che analizzare l'effettiva necessità o pertinenza del ricovero in sé.

QUESTIONI CHIAVE PER IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

La tabella della Figura 3 mostra la potenziale rilevanza dei rischi finanziari impliciti in una struttura organizzativa ma non risponde alla domanda di come tali rischi sorgano e perché. Per comprendere appieno ciò dobbiamo capire esattamente quale valore aggiunto ciascuna funzione aziendale offre ed il rischio finanziario che la contraddistingue. Una serie iniziale di domande da porre al Chief Risk Officer (CRO) da parte del Consiglio di Amministrazione potrebbe quindi includere:

- Quale impatto ha la specifica funzione aziendale sul tasso, attuale e futuro, di ricorso alle prestazioni sanitarie e perché?
 - Questa funzione riduce veramente il ricorso o semplicemente lo sposta da una tipologia di prestazioni ad un'altra (ad esempio, dalle degenze al day hospital)?
 - I processi all'interno della funzione sono chiaramente definiti e documentati? Tali processi si attengono alle regole?
 - Vengono impiegati criteri che si basano su un'appropriatezza evidenza medica? Che seguono un robusto e coerente processo decisionale?

(CONTINUA SU PAGINA 13)

FIGURA 3: RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI, GIORNI E DURATA MEDIA DELLE DEGENZE PER 1.000 ASSICURATI

	Benchmark gestione tradizionale	Benchmark gestione efficiente
Ricoveri / 1.000	23	16
Durata ricovero (giorni) / 1.000	109	56
Durata media del ricovero	4.7	3.5

Fonte: Dati estratti da Milliman Health Cost Guidelines

ORSA - GLI SPREAD DEI TITOLI GOVERNATIVI

Luca Cavaliere e Mauro Cortese



Con l'approssimarsi dell'entrata in vigore della direttiva Solvency II, le compagnie di assicurazione sembrano aver ormai assimilato i dettami del primo pilastro. Allo stesso tempo, continuano a destare qualche perplessità alcuni aspetti chiave dell'ORSA (*Own Risk and Solvency Assessment*), in particolare a riguardo delle variabili del profilo di rischio specifico della singola compagnia.

A tal proposito, L'EIOPA ha fornito alcune fondamentali chiavi di lettura dell'ORSA, richiamando l'attenzione sul rischio liquidità, reputazionale e strategico. Sebbene la *moral suasion* dell'organo di vigilanza europeo sia indiscutibile, vi è un altro campanello d'allarme che interessa fortemente i portafogli assicurativi delle compagnie europee: l'esposizione al rischio governativo.

RISCHIO DEFAULT FRA I PAESI DELLA UEM.

L'entrata in vigore dell'Unione Economica e Monetaria a partire da Gennaio 1999 ha eliminato il rischio di tasso tra le valute dei paesi membri, creando così le condizioni per una sostanziale integrazione del mercato del debito nell'area Euro. A dispetto dei propositi iniziali, non vi è mai stata una convergenza nei rendimenti dei titoli governativi, sempre ritenuti dai mercati come sostituti imperfetti, a causa del rischio

di liquidità e di default, ovvero i due fattori di rischio rimasti. La crisi economica che ha colpito a partire dal 2008 alcuni paesi dell'Unione, soprannominati nel gergo del giornalismo anglosassone con l'acronimo PIIGS (Portogallo, Italia, Irlanda, Grecia e Spagna), è degenerata in un effetto contagio che ha portato ad una revisione completa dei premi al rischio richiesti dal mercato, con i rendimenti schizzati a livelli mai registrati, e con una volatilità difficilmente calibrabile con qualsiasi modello precedentemente adottato.

Basta confrontare, ad esempio, i valori degli spread proposti dall'EIOPA a Marzo 2011 per lo scenario sul rischio governativo (stress test europeo del settore assicurativo) con i dati più recenti di fine Settembre 2011 per evidenziare quale discrepanza ci sia tra le ipotesi statistiche proposte allora e il quadro attuale.

Tenendo conto della situazione odierna, è ancora più evidente l'esigenza per le compagnie di delineare un processo di gestione e controllo dinamico del rischio

FIGURA 1: RENDIMENTI TITOLI GOVERNATIVI A 10 ANNI
(IN PUNTI PERCENTUALI)

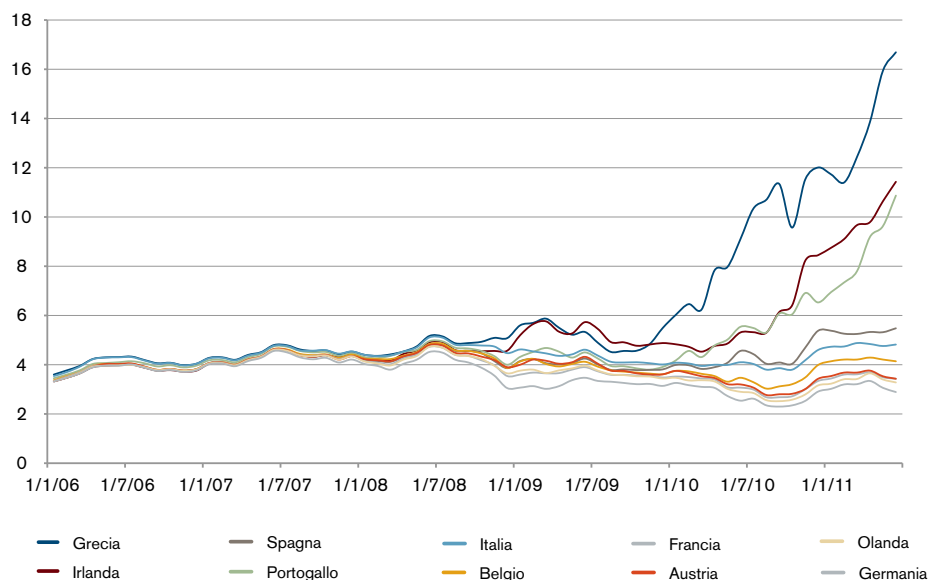


TABELLA 1: SPREAD GOVERNATIVI (DATI IN PUNTI BASE)¹

	Austria	Belgio	Danimarca	Finlandia	Francia	Grecia	Italia	Norvegia	Olanda	Portogallo	Regno Unito	Spagna
EIOPA	24	78	16,5	10,5	48	255	136,5	6	22,5	246	28,5	165
SETT-11	77	175	18	44	71	1906	364	44	40	854	54	322

legato ai titoli governativi, come richiesto dalla normativa ORSA, e calibrare modelli di previsione che diano un contributo alla valorizzazione della dinamica degli spread.

MODELLI DI RISCHIO DI CREDITO

La teoria finanziaria ha sostanzialmente proposto finora tre famiglie di modelli di valutazione.

Modelli Strutturati. I modelli strutturati, la cui applicazione più celebre è il modello di Merton, utilizzano il pricing delle opzioni quale strumento per modellare la struttura finanziaria del soggetto creditizio. Sebbene di notevole interesse teorico, gli sviluppi operativi sono rimasti piuttosto limitati per la difficoltà di osservare nel mercato le grandezze utilizzate dal modello.

Modelli di Rating. Le società di rating hanno sviluppato internamente dei complessi modelli di valutazione del rischio paese, basati su molteplici aspetti, sia di natura quantitativa che qualitativa. Considerate le recenti polemiche riguardanti il downgrading degli Stati Uniti da parte di Standard&Poor's, e quelle meno recenti sui junk bonds, questi approcci sono stati posti in qualche modo in discussione.

Modelli in Forma Ridotta. I modelli in forma ridotta sono basati sulla teoria della struttura a termine dei tassi d'interesse, e valutano quindi il rischio di credito attraverso l'analisi degli spread di mercato. In questo campo la letteratura ha offerto

negli ultimi anni una varietà di proposte, associando l'andamento degli spread a numerose variabili macroeconomiche e di mercato. In generale, si riconosce uno schema molto diffuso, sintetizzato dal modello di regressione lineare del tipo

$$S_{i,t} = \text{const} + \alpha_i X_{i,t} + \beta_i Y_{i,t} + \gamma_{1,i} D_t X_{i,t} + \gamma_{2,i} D_t Y_{i,t}$$

dove:

$X_{i,t}$ sono variabili di tipo sistemico, sia macroeconomiche che di mercato. Non sono correlate a fattori interni allo specifico paese. Ne sono esempio variabili che esprimono la volatilità del mercato internazionale (ad es. l'indice VIX), o il trend macroeconomico a livello aggregato (ad es. inflazione).

$Y_{i,t}$ sono variabili di tipo specifico, sia macroeconomiche che di mercato. Rappresentano fattori specifici di un paese. Ne sono esempio variabili relative al bilancio statale (ad es. rapporto Deficit/PIL o Debito/PIL) o gli indici di liquidità dei titoli governativi sul mercato.

D_t sono variabili di tipo dummy. Esse creano interazioni fra le variabili osservabili e i fenomeni qualitativi di cui si vuole cogliere l'effetto, aggravando o limitando l'impatto delle prime. Sono in grado di enfatizzare le conseguenze di un periodo di crisi sui mercati finanziari o di cogliere il maggior rischio reputazionale di uno stato con un passato di finanza pubblica disattenta alle spalle.

Recentemente abbiamo avuto modo di analizzare il comportamento degli spread governativi di diversi paesi dell'Unione Europea utilizzando un modello in forma ridotta simile a quello indicato sopra. Per ogni paese si è proceduto alla stima dei parametri della regressione ed è stato ricavato un modello per la proiezione degli spread governativi sulla maturity a 10 anni. I test hanno evidenziato ottimi risultati nella calibrazione dei parametri e una significativa *market consistency* del modello nel breve-medio termine.

L'ulteriore accelerazione dei rendimenti che si è verificata nel corso dell'anno ha tuttavia messo in luce alcune difficoltà di questi modelli nel reagire prontamente a scenari di forte shock.

In effetti, sebbene questa famiglia di modelli produca dei risultati generalmente significativi nel breve-medio termine, restano aperte delle questioni piuttosto rilevanti in ambito applicativo. Da una parte, l'approccio adottato dai modelli di regressione si adatta relativamente bene al business assicurativo, che è tradizionalmente di medio-lungo periodo. Dall'altra, alla luce di quanto sta accadendo sui mercati, occorrerebbe poter disporre di modelli più sofisticati, che riescano a cogliere accelerazioni improvvise della volatilità e tengano conto in modo appropriato di un possibile rischio contagio tra i vari paesi.

Per qualsiasi chiarimento o approfondimento potete contattare il vostro consulente Milliman di riferimento.

L'ULTERIORE ACCELERAZIONE DEI RENDIMENTI CHE SI È VERIFICATA NEL CORSO DELL'ANNO HA TUTTAVIA MESSO IN LUCE ALCUNE DIFFICOLTÀ DI QUESTI MODELLI NEL REAGIRE PRONTAMENTE A SCENARI DI FORTE SHOCK.

¹ Spread calcolati usando come benchmark il rendimento dei titoli governativi tedeschi

APPLICAZIONI DELLA TEORIA DELLA CREDIBILITÀ AL PRICING DI POLIZZE VITA COLLETTIVE: UN'INTRODUZIONE

Marco Aleandri e Manuel Tschupp



Gli sviluppi del mercato assicurativo spingono sempre di più le Compagnie ad affinare le tecniche di pricing, sviluppando metodi che permettano di offrire premi concorrenziali nel rispetto del controllo dei rischi assunti. La teoria della credibilità, un ramo della statistica bayesiana, viene sempre più spesso usata a scopo di pricing per contratti vita collettivi.

I premi relativi ai rischi di disabilità e mortalità di un portafoglio di polizze vita collettive dovrebbero dipendere dalle caratteristiche del singolo contratto valutate in base alla corrispondente sinistrosità pregressa. Tipicamente abbiamo due possibili fonti di dati:

- La sinistrosità pregressa globale. E' statisticamente osservabile come l'ammontare delle prestazioni pagate in passato sia significativamente correlato al settore lavorativo degli assicurati (ad esempio edilizia, enti pubblici, IT, ecc.). Dato che dipende dalla quantità di dati storici disponibili, la sinistrosità pregressa globale è una fonte di informazioni stabile ma molto generica.
- La sinistrosità pregressa individuale. L'ammontare delle prestazioni pagate in passato relativamente ad un certo gruppo potrebbe essere visto come una possibile misura del rischio individuale

(ove in questo caso per individuo si intende il gruppo assicurato). D'altro canto è una quantità molto variabile e per piccoli gruppi potrebbero non essere disponibili abbastanza dati storici.

Il paradigma sulla quale si fonda la teoria della credibilità è la combinazione di queste due fonti di informazioni in modo da dare un peso (la "credibilità") al loro valore statistico.

PREMIO DI RISCHIO DI POLIZZA VITA COLLETTIVE

Una Compagnia che emette polizze vita collettive innanzitutto deve calcolare un premio di rischio non differenziato, che copra almeno il valore attuale medio delle prestazioni per un anno.

Successivamente è necessario avvalersi di un sistema di valutazione che diversifichi il premio appena calcolato in base al rischio legato ai singoli contratti, così da ottenere i premi di rischio differenziati.

Tale sistema dovrebbe possedere alcune caratteristiche fondamentali. Formule chiare, monitoraggio semplice, uso flessibile degli aggiustamenti per il rischio: sono tutte proprietà che, durante l'anno, consentono interventi regolari e mirati a scopi attuariali e gestionali.

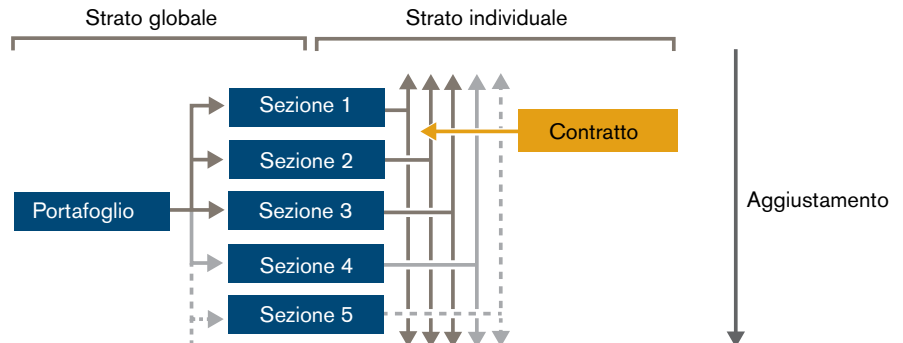
In sostanza si tratta di calcolare gli aggiustamenti per il rischio da applicare al premio non differenziato per ottenere i premi di rischio differenziati.

IL MODELLO GENERALE DI CREDIBILITÀ E L'APPROCCIO A DUE STRATI

Il valore statistico dei dati a disposizione della Compagnia è misurato da uno stimatore di credibilità pari ad un'opportuna combinazione (lineare) dei valori statistici della sinistrosità pregressa individuale e globale. Evidentemente sullo stimatore così ottenuto la sinistrosità pregressa individuale peserà in modo proporzionale alla "dimensione" del contratto stesso. Ne risulta che i "piccoli" contratti saranno sostanzialmente valutati in base alla sinistrosità pregressa globale e i loro aggiustamenti per il rischio saranno simili. Un modo diretto per differenziare i premi di rischio di piccoli contratti è differenziare la sinistrosità pregressa globale all'interno del portafoglio stesso, ad esempio partizionando il portafoglio in sezioni con differenti sinistrosità pregresse globali.

Il settore lavorativo degli assicurati costituisce un buon criterio per il partizionamento in sezioni del portafoglio e in generale questa informazione è disponibile per tutti i tipi di business:

- Ad ogni settore lavorativo viene associato un livello di rischiosità;
- La scala dei livelli di rischiosità viene partizionata in un certo numero di intervalli;
- Ognuno di tali intervalli individuerà una sezione del portafoglio, la quale conterrà tutti quei contratti il cui settore lavorativo ha livello di rischiosità compreso in quell'intervallo.



Dopo aver partizionato opportunamente il portafoglio, si può utilizzare un approccio a due strati per calcolare gli aggiustamenti da applicare al premio non differenziato.

Sono previste due valutazioni del rischio per ogni contratto, una per determinare il livello di rischiosità della corrispettiva sezione in relazione all'intero portafoglio, l'altra per calcolare il livello di rischiosità del contratto

in relazione alla sezione stessa. Moltiplicando i due livelli di rischiosità si ottiene proprio l'aggiustamento relativo a quel contratto.

Gli aggiustamenti così calcolati dovrebbero essere determinati con la stessa frequenza con cui vengono aggiornati i dati, ovvero annualmente, dato che il pricing di polizze vita collettive è generalmente un processo annuale.

Naturalmente, in caso di new business, la Compagnia non ha dati a disposizione e quindi, se possibile, è opportuno richiedere dati utili all'attuale/precedente assicuratore.

Per qualsiasi chiarimento o approfondimento potete contattare il vostro consulente Milliman di riferimento.

SOLVENCY II E LA GESTIONE DEL RAMO MALATTIA (CONTINUA DA PAGINA 9)

- Che impatto ha la funzione sui costi unitari e perché?
 - Offre un beneficio nel breve termine o riduce anche i futuri rischi finanziari?
 - Il rischio finanziario è realmente ridotto o solamente spostato altrove?
- La funzione identifica o gestisce ogni eventuale concentrazione di rischi?
- E' possibile quantificare i risparmi in termini di riduzione dei tassi di ricorso e/o dei costi unitari?
- Che impatto potrebbe avere rimuovere, ridimensionare o espandere la funzione sul ricorso alle prestazioni sanitarie e/o sulle vendite?
- Quali altri rischi finanziari possono derivare per il business da questa funzione?
- Come interagisce la funzione con le altre strutture o dipartimenti, incluso la finanza, l'attuariato, l'ufficio liquidazioni, il customer service, etc.? Sono, ad

esempio, tutte funzioni che utilizzano gli stessi sistemi e dati?

Questa prima indagine consente di redigere una documentazione ad alto livello su tipo ed entità dei rischi finanziari che derivano dalla struttura organizzativa. Per identificare e quantificare ulteriormente i rischi potrebbe però essere necessaria un'analisi più dettagliata del rapporto costi-benefici dell'intero processo gestionale. Sebbene ciò sia facilmente intuibile, raramente viene messo in atto, in parte perché le unità di gestione medica tendono a focalizzarsi su conoscenze cliniche approfondite piuttosto che su competenze analitiche e le funzioni finanza/attuariato sono spesso riluttanti a controllare i loro colleghi medici chiedendo informazioni utili a valutare la profittabilità.

Una chiara valutazione dei rischi finanziari per ciascuna delle singole funzioni della gestione medica aiuta ad identificare quali unità aggiungono effettivamente valore e quali sono invece inefficienti. Ciò agevola gli assicuratori nel migliorare la gestione del proprio business e ad avvalersi dei punti di forza per costruire prodotti più

solidi, orientati al cliente e flessibili, nonché a offrire una maggiore qualità dei servizi sanitari. Ciò va oltre la pura conformità ai requisiti di Solvency II ed apporta un reale valore aggiunto al business.

Solvency II richiede che i Consigli di Amministrazione comprendano dettagliatamente i rischi, inclusi quelli derivanti da tutte le funzioni chiave che sono parte dell'intera strategia di risk management. Per gli assicuratori malattia ciò comprende indiscutibilmente anche i processi di gestione medica. E' dunque essenziale che il Consiglio di Amministrazione capisca quali dei processi di gestione medica sono realmente attivi nella gestione dei rischi finanziari e quali sono soltanto centri di costo. A prescindere da questa distinzione, le funzioni di gestione medica possono anche originare significativi rischi operativi che necessitano di essere considerati separatamente dai puri rischi finanziari.

Per qualsiasi chiarimento o approfondimento potete contattare il vostro consulente Milliman di riferimento.

UFFICI NEL MONDO: ITALIA, IRLANDA,
GERMANIA, SVIZZERA, POLONIA, ROMANIA,
SPAGNA, FRANCIA, OLANDA, REGNO UNITO,
STATI UNITI, BERMUDA, AMERICA LATINA,
INDIA, GIAPPONE, CINA, COREA, AUSTRALIA.

PER RICHIEDERE ULTERIORI COPIE DELLA NEWSLETTER SI PREGA DI
SCRIVERE A [ITALY.INFO@MILLIMAN.COM](mailto:italy.info@milliman.com) O AL CONSULENTE MILLIMAN
CON CUI SI È ABITUALMENTE IN CONTATTO.

MILLIMAN È UNA SOCIETÀ DI CONSULENZA ATTUARIALE E STRATEGICA
CHE ASSISTE UN'AMPIA GAMMA DI SOCIETÀ COMMERCIALI, ISTITUZIONI
GOVERNATIVE E FINANZIARIE. FONDATA A SEATTLE NEL 1947, LA SOCIETÀ
HA ATTUALMENTE 54 UFFICI NELLE PRINCIPALI CITTÀ DEL MONDO.
MILLIMAN CONTA CIRCA 2.500 DIPENDENTI TRA CUI UNO STAFF
PROFESSIONALE DI OLTRE 1.300 CONSULENTI ED ATTUARI QUALIFICATI.

QUESTA PUBBLICAZIONE È STATA IDEATA AL FINE DI AGGIORNARE
I LETTORI SUGLI SVILUPPI PIÙ RECENTI MA NON INTENDE
RAPPRESENTARE UN RIFERIMENTO NORMATIVO. OGNI RESPONSABILITÀ
PER ERRORI RELATIVI A FATTI ED OPINIONI QUI PRESENTI È DECLINATA.
SI PREGA QUINDI DI CHIEDERE UNA CONSULENZA PROFESSIONALE
PRIMA DI APPLICARE I CONTENUTI DELLA PRESENTE PUBBLICAZIONE AL
PROPRIO SPECIFICO CONTESTO.

MILLIMAN SRL È ISCRITTA AL R.I. DI MILANO AL NUMERO 04252010964
ED AL REA DI MILANO AL NUMERO 1737315. © MILLIMAN 2011. TUTTI I
DIRITTI RISERVATI.

COME CONTATTARCI

Milliman srl
Corso Europa, 5
20122 Milano

Tel: + 39 02 76.260.521
Fax: + 39 02 76.025.945

italy.info@milliman.com

it.milliman.com
milliman.com

PER CONTINUARE A RICEVERE LA NOSTRA NEWSLETTER È SUFFICIENTE
INVIARE UN'EMAIL A [ITALY.INFO@MILLIMAN.COM](mailto:italy.info@milliman.com) SPECIFICANDO IL PROPRIO
INDIRIZZO EMAIL, E/O GLI INDIRIZZI EMAIL DELLE PERSONE INTERESSATE.