

IL MERCATO ASSICURATIVO

Alberto Monti

Euristiche, bias e regole di governo del mercato assicurativo

1. Il tema che mi è stato affidato concerne, in via principale, le ricadute sul mercato assicurativo delle sistematiche deviazioni dal modello comportamentale fondato sulla teoria delle scelte razionali portate in emersione dagli studi di psicologia cognitiva e dai rilievi empirici delle scelte in concreto compiute da coloro i quali si collocano sul fronte della domanda.

In questa prospettiva, va osservato anzitutto che il mercato assicurativo, rispetto ad altri mercati, pone problematiche di speciale rilievo in quanto, com'è noto, il contratto di assicurazione è il veicolo giuridico per il trasferimento di un rischio, il che rende necessaria l'assunzione, da parte dei contraenti, di una decisione in condizione di incertezza.

Ora, premesso che le diverse attitudini che un soggetto può avere rispetto al rischio - preferenza, neutralità, avversione - sono tutte in linea di principio compatibili con il paradigma della razionalità, i modelli economici classici si fondano sull'assunto che la domanda di assicurazione sia interamente spiegabile, da un punto di vista teorico, mediante il ricorso alla c.d. *Expected Utility Theory*, associata ad una presunzione di tendenziale avversità al rischio.

Per converso, la posizione degli assicuratori è di regola caratterizzata da una condizione di neutralità rispetto al rischio, per effetto della c.d. *Legge dei Grandi Numeri*, ove siano presenti condizioni tali da consentire un sufficiente grado di diversificazione dei rischi assunti in portafoglio e ove non assumano rilievo le note questioni problematiche generate da possibili asimmetrie informative, quali selezione avversa ed azzardo morale.

In base alla teoria dell'utilità attesa, la domanda di assicurazione si spiega assumendo una utilità marginale decrescente del danaro all'aumentare della ricchezza, sicché la massimizzazione dell'utilità attesa può essere raggiunta mediante il pagamento di una somma di danaro relativamente modesta nel presente, al fine di proteggersi dal rischio di una rilevante perdita economica nel futuro.

In termini più distesi, l'assicurazione riduce il rischio finanziario richiedendo un esborso monetario – mediante corresponsione del premio – in un momento cronologico in cui l'utilità marginale del danaro è relativamente più contenuta (in difetto di altre ragioni di restrizione della disponibilità economica del soggetto assicurando), e garantendo il pagamento di una somma di danaro – nella forma dell'indennizzo assicurativo – nel tempo in cui, per effetto del prodursi dell'evento pregiudizievole dedotto in garanzia, il valore del danaro è maggiore, il che è particolarmente evidente nei rami non-vita.

Da ciò consegue che, nell'assicurazione danni, un soggetto razionale avverso al rischio sarà disponibile a pagare più del valore attuale, c.d. scontato, del danno atteso al fine di trasferire il rischio sul mercato assicurativo. In questa prospettiva, l'assicurazione è, dunque, strumento utile tutte le volte in cui i benefici conferiti, in termini di utilità, dalla condizione di avversione al rischio dell'assicurato sono maggiori dei costi transattivi e dei caricamenti che, aggiungendosi al 'premio puro' o 'premio attuariale', concorrono a determinare il complessivo costo della copertura offerta sul mercato.

L'analisi empirica dimostra, tuttavia, l'inaffidabilità di questa impostazione teorica con riferimento, quanto meno, al mercato assicurativo c.d. *retail*.

Ed infatti, è possibile identificare una lunga serie di scostamenti della condotta osservata in concreto rispetto a quanto ci si potrebbe attendere in applicazione dei principi sopra illustrati.

Questi scostamenti, o deviazioni, concernono diversi ambiti applicativi e possono essere spiegati anche attraverso il richiamo agli effetti dei c.d. *bias cognitivi*.

Un primo gruppo di questioni racchiude ipotesi in cui gli assicurati decidono di stipulare una copertura quando, secondo la teoria, ciò non porta affatto alla massimizzazione della loro utilità attesa.

Studi empirici hanno, ad esempio, portato in emersione una speciale inclinazione degli assicurati a selezionare franchigie o scoperti particolarmente bassi, quando il costo di tali opzioni - ovvero il costo di riduzione della franchigia e/o scoperto altrimenti applicabile - non appare giustificato in termini razionali.

Ciò è, quanto meno in parte, legato alla erronea percezione dell'assicurazione come 'investimento', dal quale ci si attende di ricevere un rendimento in termini di indennizzi pagati in cambio del premio. Minore la porzione di danno trattenuta dall'assicurato per effetto della franchigia (assoluta o relativa), maggiore la probabilità che un indennizzo sarà versato dall'assicuratore.

2. Ovviamente si tratta di una falsa e fuorviante percezione, nella misura in cui a fronte della stipulazione del contratto di assicurazione il 'ritorno' per l'assicurato è immediato, essendo costituito dalla garanzia prestata dall'assicuratore, mentre non è affatto necessario che si verifichi un sinistro e che venga pagato un indennizzo per giustificare la logica economica dell'operazione di trasferimento. Tradotto in termini giuridici, ciò significa in sostanza che il sinallagma è tra premio e garanzia, non invece tra premio ed indennizzo, il che pone in discussione la collocazione stessa dell'assicurazione nella categoria dei 'contratti aleatori'.

La medesima falsa prospettiva determina uno speciale apprezzamento per le offerte assicurative caratterizzate dalla possibilità di ottenere un 'rimborso parziale' del premio a fine anno in assenza di sinistri, con irrazionale predilezione delle stesse rispetto a più convenienti alternative che prevedono un premio più basso associato ad una franchigia.

Analogamente, dopo alcuni anni senza sinistri è frequente che la garanzia assicurativa non venga rinnovata dall'assicurato, nella erronea percezione di non aver fatto un buon affare, oppure che il rischio sia diminuito o addirittura inesistente.

Sempre con riguardo alle ipotesi in cui la decisione di assicurarsi non si pone in linea con la teoria delle scelte razionali, è utile ricordare i casi in cui tale decisione del consumatore viene influenzata dalle modalità con cui viene commercializzato il prodotto assicurativo.

In argomento, l'adesione all'offerta può essere determinata dall'effetto dotazione (*endowment effect*) ove una certa garanzia (ad esempio, contro il rischio inondazione) a carattere aggiuntivo rispetto ad una garanzia c.d. base (ad esempio, contro il rischio incendio), venga proposta al cliente con la formula del c.d. *opt-out*, che richiede l'espressione della volontà dell'assicurando di escludere dal pacchetto la garanzia aggiuntiva/opzionale.

La questione diviene ancora più spinosa ove la stipula del contratto di assicurazione sia proposta come *add-on* rispetto ad un prodotto o servizio del tutto diverso, quale un viaggio, un prestito personale, un telefono cellulare. In argomento, appare utile richiamare le disposizioni contenute nel Reg. n. 2008/1008/CE, del 24 settembre 2008, recante norme comuni per la prestazione di servizi aerei, nonché la più recente giurisprudenza del Consiglio di Stato che si è occupata proprio in questo ambito di pratiche commerciali scorrette e/o ingannevoli ai sensi degli articoli 20 e 21 del c. cons., ritenendo inammissibile la pratica del c.d. *opt out*.

Sempre in tema di garanzie assicurative commercializzate in forma *add-on*, ossia a complemento di altri prodotti o servizi, vanno poi considerati altri effetti derivanti dallo scostamento della condotta rispetto al paradigma

della razionalità.

Basti pensare alla c.d. avversione al rimorso (*regret aversion*) – che nel caso di premi contenuti per la copertura di rischi molto modesti e di basso valore può indurre a sottoscrivere la garanzia anche se il costo non è razionalmente giustificato –, ma anche al meccanismo del c.d. *reference pricing* che pone il costo della copertura offerta in relazione al costo del bene o servizio principale, dando così l'impressione che si tratti di un esborso tutto sommato contenuto.

La c.d. euristica della disponibilità (*availability heuristic*) può inoltre giocare un ruolo determinante nella sopravvalutazione del rischio, quando le situazioni di danno oggetto di garanzia siano rappresentate vividamente e con efficacia dal venditore del bene o servizio principale.

A ciò si aggiunga che recenti studi hanno posto in luce come l'offerta assicurativa 'abbinata' alla vendita di beni o servizi possa creare una sorta di 'monopolio situazionale' o micromonopolio, una sorta di *captive insurance market*, con evidenti ricadute sul costo della copertura, sui margini di profitto per le imprese - in danno ai consumatori - e, più in generale, sulla concorrenzialità del mercato.

Vi sono, tuttavia, situazioni in cui – a dispetto di quanto sarebbe prevedibile in applicazione della teoria dell'utilità attesa – il consumatore decide di non assicurarsi.

Se, soprattutto in Italia, ciò è determinato da una scarsa cultura del rischio ed una ancor più modesta cultura assicurativa, nonché dal basso livello di fiducia posto nelle compagnie di assicurazione, le quali hanno molto da recuperare sul fronte reputazionale, vi sono altri elementi che meritano di essere presi in considerazione, non ultima la superstizione.

Volendo sorvolare sul caso, pur non infrequente, di chi decide di ignorare l'esposizione e la vulnerabilità e, quindi, di non assicurarsi ritenendo che prendersi esplicitamente 'cura' di un dato rischio possa comportarne l'aggravamento - come se stipulare una copertura potesse 'influenzare la sorte' e quindi 'portar male' ...-, vi sono molte situazioni in cui la scelta di non assicurarsi è riconducibile ad errori di percezione.

Molto diffuso, in questo ambito, appare l'ingiustificato ottimismo che induce a sottostimare la propria esposizione e vulnerabilità al rischio, pur conoscendone la dimensione generale. A volte, però, si tratta di problemi connessi alla intrinseca complessità di assumere una decisione in condizione di elevata incertezza, il che mette a dura prova le capacità computazionali di alcuni individui.

Il fenomeno è particolarmente evidente con riguardo ai rischi c.d. catastrofali (come terremoti, uragani, inondazioni, atti terroristici, incidenti

industriali), caratterizzati da una bassa probabilità di verifica e da un elevato impatto dannoso potenziale.

In questo campo, comprendere l'effettivo 'valore del rischio' e, dunque, valutare la convenienza economica di una copertura assicurativa è un esercizio alquanto complesso.

A ciò s'aggiunga che il 'linguaggio delle probabilità', pur correttamente utilizzato per rappresentare il rischio ed incentivare all'adozione di misure precauzionali, anche sul piano finanziario, è facilmente frainteso dai non iniziati, con effetti opposti a quelli desiderati.

Basti un esempio per chiarire la dimensione del problema.

Al fine di attribuire un prezzo al rischio catastrofale, i modelli probabilistici di analisi combinano le probabilità di avvenimento degli eventi con la stima del danno patrimoniale da essi prodotto, fornendo diversi risultati numerici, tra i quali il c.d. PML (*probable maximum loss*).

In particolare, ad ogni valore di danno viene associata una probabilità, espressa in termini di 'periodo di ritorno' di eventi dannosi il cui impatto pregiudizievole eccede quel determinato valore. Il c.d. 'periodo di ritorno' è, in termini più distesi, la durata media di tempo, generalmente espressa in numero di anni, perché un dato evento di una certa intensità (per esempio un terremoto, un'alluvione oppure un incidente industriale) sia eguagliato o superato. Se un terremoto con un periodo di ritorno di 100 anni in un determinato luogo ha una magnitudo momento (M_w) di 7.0, ciò significa che un terremoto di magnitudo momento pari o superiore a 7.0 M_w dovrebbe occorrere in quel luogo in media soltanto una volta ogni 100 anni.

Per converso, la probabilità di occorrenza (o frequenza) di un evento di una data intensità è la probabilità che un evento del tipo in discorso venga eguagliato o superato durante il periodo di un anno. La probabilità di occorrenza è, dunque, inversamente correlata al periodo di ritorno. Per esempio, la probabilità che un terremoto con un periodo di ritorno di 50 anni si verifichi in un dato luogo è pari ad $1/50$, o 0.02.

Ora, posti dinnanzi alla valutazione dell'opportunità di assicurarsi contro le conseguenze dannose di un evento con periodo di ritorno ad esempio di 100 anni, molti soggetti decidono di non sottoscrivere il contratto di assicurazione credendo erroneamente che si tratti di un evento destinato a verificarsi soltanto tra un secolo quando, verosimilmente passati a miglior vita, essi non avranno più alcun interesse all'indennizzo. Il che, ovviamente, è frutto di un grossolano fraintendimento.

Ancor più difficile è poi capire - e far capire - che un terremoto con un periodo di ritorno di 100 anni in un determinato luogo può verificarsi nell'anno successivo all'occorrenza nel medesimo luogo di un altro terremoto con un

periodo di ritorno di 100 anni. Ed infatti, la probabilità di occorrenza di questo evento è sempre pari a 0.01 (ossia l'1%) in ciascun periodo annuale, senza che il verificarsi dell'evento nell'anno precedente muti questa probabilità nell'anno successivo.

Eppure non appena verificatosi un disastro, la domanda di assicurazione in genere subisce variazioni significative, principalmente per effetto dell'euristica della disponibilità (è vivido il ricordo delle conseguenze dannose e ciò spinge ad assicurarsi, salvo poi non rinnovare la garanzia dopo alcuni anni ove non si siano verificati altri eventi...).

Se si considerano gli effetti economici negativi prodotti da una sistematica ignoranza del rischio di eventi catastrofici da parte dei soggetti esposti, sia in termini di mancata adozione di misure precauzionali dirette a ridurre la vulnerabilità, sia in termini di esternalità negative e di uso non mirato delle risorse pubbliche derivanti dal ricorso 'in emergenza' al sistema dell'assistenza postuma da parte dello Stato - che, seppure fornita discrezionalmente *ad hoc* e non garantita, contribuisce in larga misura ad affievolire la domanda di assicurazione nel nostro Paese -, ben si comprende l'opportunità di misure dirette all'introduzione di qualche forma di obbligatorietà.

Il problema è stato ormai chiaramente individuato in tutte le sedi del dibattito politico internazionale, dall'OCSE al G20, dove è stato di recente approvato un quadro metodologico di riferimento per lo sviluppo di strategie nazionali per una efficiente gestione finanziaria dei rischi estremi.

Quali siano, in concreto, le misure da adottare sul piano regolamentare a fronte delle problematiche sopra delineate è tutt'altro che agevole da dimostrare, ma appare comunque chiaro che si debba agire sia sul fronte della trasparenza e della semplificazione delle informazioni da comunicare - al fine di garantire una miglior comprensione tanto del rischio al quale i soggetti sono esposti, quanto della effettiva estensione delle coperture assicurative offerte sul mercato -, sia sul fronte del controllo delle pratiche commerciali scorrette, ingannevoli o che tendono a falsare la concorrenza - in special modo quelle dirette a 'combinare' prodotti assicurativi con altri prodotti o servizi -, sia attraverso l'introduzione di una qualche restrizione all'autonomia privata - ad esempio nella forma dell'assicurazione obbligatoria -, laddove altrimenti la libera scelta individuale possa comportare ricadute negative sul piano sociale.