

# I disturbi psichici nel contesto dell'Assicurazione personale

SCOR *inFORM* - Settembre 2012

**Autore**

**Dr Lannes**

Consulente Medico  
SCOR Global Life

**Redattore**

**Bérangère Mainguy**

Tél. : +33 (0)1 58 44 70 00

Fax : +33 (0)1 58 44 85 17

life@scor.com

**Direttore della pubblicazione**

**Gilles Meyer**

## I disturbi psichici nel contesto dell'Assicurazione personale



La salute psichica è uno stato di benessere che consente all'individuo di realizzarsi appieno, di affrontare le difficoltà normali della vita, di lavorare con successo e produttivamente, nonché di essere nelle condizioni necessarie per dare il proprio contributo alla società.

Nel 2020, la frequenza dei disturbi psichici raggiungerà o supererà probabilmente quella delle malattie cardiovascolari e dei tumori.

“...difficoltà della vita... lavorare... produttività”, in base a questa descrizione generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), deduciamo sin da ora che i disturbi psichici hanno già probabilmente un impatto non trascurabile sul rischio per quanto riguarda l'Assicurazione personale, considerando anche che “l'ondata psichiatrica mondiale” è in espansione e sicuramente influirà sempre più pesantemente sulla nostra attività di assicuratori. Riportiamo già in questa sede un'informazione importante in questo ambito: i disturbi psichici costituiscono la prima causa dei decessi per suicidio e la terza causa di interruzione del lavoro e d'invalidità, subito dopo le fratture e i dolori dorso-lombari.

Proponiamo qui una panoramica dei principali disturbi psichici che influiscono sul rischio nel contesto dell'Assicurazione personale. Prenderemo in esame l'ansia, le depressioni, la malattia bipolare e la schizofrenia. In ognuno di questi capitoli trattiamo anche il consumo eccessivo di sostanze alcoliche e di stupefacenti, che possono essere cause o conseguenze di un disturbo psichico.

## Le patologie principali

### L'ansia

Tutti sappiamo che cos'è l'ansia e tutti l'abbiamo provata, in circostanze particolari o anche senza cause esterne evidenti. È uno stato di "tensione interna" caratterizzato da un'amplificazione peggiorativa degli stimoli esterni e da una sensazione di catastrofe o "disgrazia" imminente. Fa parte dell'esperienza umana e spesso si rivela positiva: ci consente infatti di raccogliere tutte le nostre capacità intellettive e motorie, per "mettere le gambe in spalla" e affrontare situazioni inusuali o pericolose.

In alcuni casi, l'ansia può essere percepita dolorosamente e diventare, al contrario, un ostacolo o un peso. A questo punto, diventa impossibile concentrarsi, fuggire e agire. Da positiva e utile, l'ansia può diventare paralizzante e disorganizzante: in questo caso si parla di ansia patologica.

L'ansia può assumere carattere cronico e generalizzato. Causa un disturbo dell'adattamento: la persona crede di essere impossibilitata ad affrontare le situazioni comuni della vita. Questo tipo di manifestazione interviene di fronte a determinate situazioni, ma può degenerare nel disturbo ansioso, che evolve autonomamente, senza fattori scatenanti.

L'ansia o più generalmente i disturbi nevrotici hanno altre modalità d'espressione e possono manifestarsi per esempio:

- con **disturbi fobici**, ovvero una sensazione intensa di paura e angoscia quando ci si trova in una situazione particolare: in presenza di cani o serpenti, in spazi chiusi, in ascensore (claustrofobia), con persone sconosciute (fobia sociale), ecc.
- **disturbi ossessivi-compulsivi (DOC)**: si tratta di disturbi ansiosi caratterizzati dalla comparsa ricorrente di pensieri ossessivi che inducono serie di gesti che l'individuo riconosce come irrazionali ma ripete in modo sistematico ed invadente. I sintomi possono esprimersi in maniera molto variabile a seconda del paziente. La maggior parte delle persone è soggetta di tanto in tanto a sintomi di questo tipo, ma si parla di DOC quando i disturbi occupano almeno un'ora al giorno nella vita della persona e influiscono negativamente sulle sue attività. Toccare determinati oggetti per un numero di volte pari o dispari, spostare e rispostare oggetti, evitare di camminare sulle righe del pavimento, contare tutto e qualsiasi cosa... ci sono svariati infiniti esempi !

- **attacchi di panico**, quando si vivono più volte al mese crisi parossistiche d'angoscia che possono durare minuti o anche ore. Le crisi sopraggiungono spontaneamente oppure sono provocate da emozioni forti o sforzi fisici. Questo stato inizia verso i trent'anni. All'improvviso, la persona avverte una sensazione di tensione con tutti i sintomi tipici dell'ansia: sintomi neurovegetativi (sudorazione, tachicardia), motori (agitazione, paralisi o inibizione) e intellettivi (amplificazione peggiorativa degli eventi);



- infine, lo stato di **stress post-traumatico**, che si definisce come stato ansioso e si verifica in occasione di un evento eccezionale e violento, per esempio nel caso in cui sia in pericolo la vita dell'individuo stesso o dei suoi cari, in caso d'aggressione, ma anche di incidenti o catastrofi. Questo evento viene rivissuto costantemente. Di giorno, il paziente sperimenta il fenomeno del flashback o non riesce a parlare d'altro. Di notte, rivive le scene traumatiche attraverso gli incubi. Tenta strenuamente di evitare tutti i pensieri, le conversazioni e le situazioni che possano ricondurre al trauma. In questa fase, si associano disturbi della concentrazione e del sonno, spossatezza, diminuzione notevole dell'interesse per le attività svolte abitualmente, ripiegamento su sé stessi e infine alterazione delle dinamiche socio-professionali o familiari. Può costituire un vero e proprio rompicapo per le compagnie di assicurazione nelle situazioni in cui si rendano necessarie azioni decisionali e di risarcimento.

Tutti i disturbi ansiosi possono indurre coloro che ne sono affetti a sfuggire dal proprio stato assumendo sostanze anestetizzanti, disinibitorie, euforizzanti, eccitanti... in breve: ansiolitici a breve durata, alcol e/o droghe.

I disturbi ansiosi si trattano somministrando gli ansiolitici, fra cui in primis le benzodiazepine, seguite in alcuni casi dagli antidepressivi. La psicoterapia, il relax, l'apprendimento dell'autocontrollo e la medicina alternativa sono ulteriori tecniche e trattamenti che possono consentire ai pazienti di attenuare l'ansia persistente e di confrontarsi più serenamente con le situazioni di cui hanno timore.

Per complicare il quadro, non esiste patologia ansiosa senza elementi depressivi, ovvero senza dimensione di tristezza, scoraggiamento o spossatezza. Viceversa, non esiste patologia depressiva senza sintomatologia ansiosa. Ecco perché nei nostri questionari sanitari si ritrova spesso il termine "ansio-depressivo".

## Le depressioni

Non si deve confondere la depressione con gli "stati d'animo ordinari" o i "colpi" che la vita può infliggere. In questa sede, parliamo delle malattie depressive che provocano una rottura nel percorso di vita della persona. Abbiamo un prima e un dopo. Chi è affetto da depressione non è più sé stesso, soffre di tristezza, nutre pensieri negativi e talvolta suicidi, ha disturbi del sonno, un rallentamento sia intellettivo sia motorio e una sensazione di spossatezza.

Le donne corrono il doppio del rischio di ammalarsi di depressione rispetto agli uomini. Gli episodi depressivi possono insorgere in qualsiasi fase della vita: infanzia, adolescenza, età adulta e senile. Questi episodi, soprattutto il primo, si producono tuttavia con maggiore frequenza fra i 25 e i 45 anni. Si

può ritenere che sia il periodo più difficile della vita? In effetti è il periodo in cui si verifica la maggior parte degli eventi importanti della vita, in cui ci si assumono le responsabilità, ecc. Il rischio di ricorrenza è pari al 50% dopo il primo episodio depressivo e sale al 70-80% dopo il secondo episodio.

L'episodio depressivo può intervenire spontaneamente, senza fattore scatenante, e in tal caso si parla di "**depressione endogena**". Può verificarsi però anche in seguito a eventi particolarmente dolorosi, per esempio un lutto, un divorzio, ma anche una malattia grave (cardiaca, tumorale, ecc.). In questo caso si tratta di **depressione reattiva**.

In Canada, il 30-50% dei pazienti colpiti da disturbi cardiaci e il 25% dei pazienti affetti da patologie tumorali hanno sofferto in seguito di depressione maggiore. Perciò, si stima che oltre il 10% della popolazione soffra di depressione maggiore.

Molto importante per gli assicuratori che si occupano di LTC (non autosufficienza) e pertanto anche delle demenze: se il primo episodio depressivo si verifica dopo i 50 anni d'età, si parla di "depressione a esordio tardivo" e spesso si tratta di un segno predittivo del morbo di Alzheimer, che verrà diagnosticato qualche anno più tardi.

Oggi, la diagnosi di depressione è soprattutto clinica e non si dispone di esami paraclinici (di laboratorio, diagnostica per immagini, ecc.) che consentano di formulare la diagnosi o

### Cause psichiche e fisiche: le 2 facce della medaglia



valutare con precisione la prognosi di uno stato depressivo. Sono stati compiuti passi avanti in questo senso soprattutto grazie allo studio approfondito del sonno e dei disturbi relativi nel soggetto depresso, ma anche utilizzando la TAC e/o RM per visualizzare le aree ipo o iperattive nel cervello di chi è affetto da depressione.

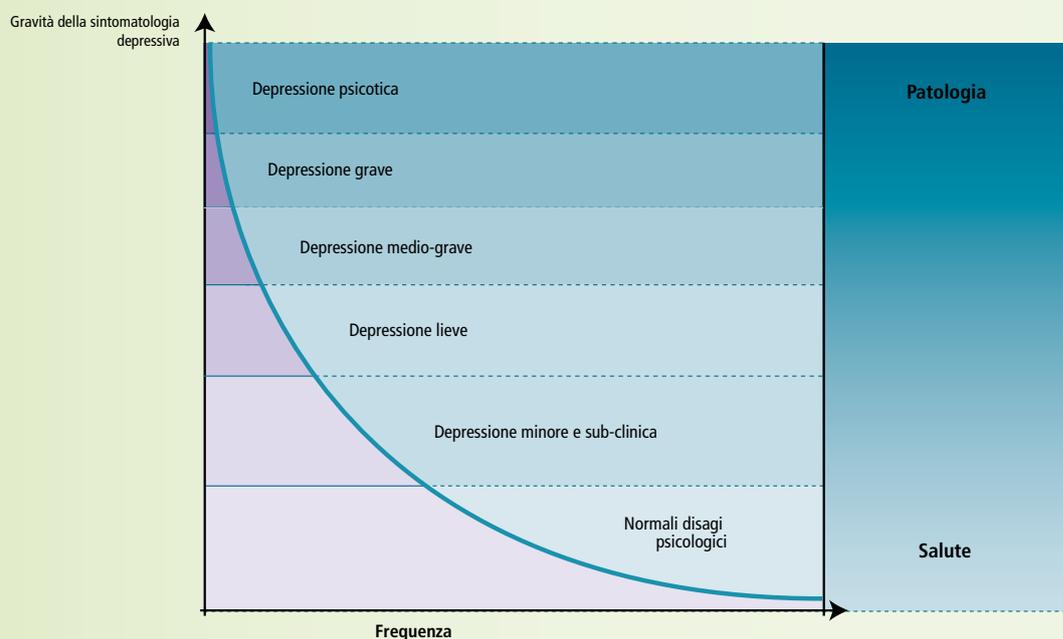
Su scala mondiale, sono 400 milioni le persone attualmente affette da disturbi psichici, neurologici o psicosociali, associati in particolare all'alcolismo o alla tossicodipendenza. La depressione costituisce oggi la quinta causa di mortalità e disabilità nel mondo (dati OMS).

Il meccanismo della depressione non è ancora stato identificato con esattezza e probabilmente si tratta di una perturbazione chimica a livello cerebrale, che ha come conseguenza

uno scompenso biologico dell'umore e delle funzioni intellettive o fisiche. La diminuzione della presenza intracerebrale di determinati neuromediatrici chimici, come per esempio la serotonina, potrebbe avere un ruolo decisivo. I precedenti familiari di patologie psichiatriche e in particolare di malattie depressive sono riscontrabili in più della metà dei casi. In un determinato individuo, la genetica favorisce la predisposizione... se l'ambiente in cui vive è costellato di eventi negativi, saranno questi ultimi a scatenare o a sviluppare l'episodio depressivo...

I farmaci antidepressivi sono indicati nello specifico per la cura delle patologie depressive. In questo caso, si valuta di norma l'efficacia del trattamento dopo sei/otto settimane, considerando che l'obiettivo è quello di combattere o sconfiggere i sintomi, evitando il rischio di suicidio. Anche la psicoterapia si è rivelata efficace in questo ambito. È stato dimostrato inoltre che la soluzione migliore consiste nell'associare questi due trattamenti, che sono perfettamente complementari.

## Depressione: differenziazione in funzione della gravità sintomatologica



Il ricovero in psichiatria si consiglia quando il rischio di suicidio è elevato, in caso di forte somatizzazione (in particolare l'anoressia) o nel momento in cui l'ambiente familiare o sociale del paziente risulta inadeguato.

Se la depressione è di tipo maggiore e refrattaria ai vari trattamenti, può essere praticata la terapia elettroconvulsivante, più nota come elettroshock. Si tratta di una tecnica di stimolazione elettrica transcranica, della durata di una frazione di secondo. Può dare risultati superlativi nei casi di depressione grave e sta tornando in voga presso alcune strutture psichiatriche.

## Il disturbo bipolare

Un tempo nota come psicosi maniaco-depressiva, è caratterizzata da un alternarsi di fasi depressive, spesso molto intense, intervalli di vita normale e fasi di eccitazione, dette maniacali. Colpisce gli uomini e le donne in ugual misura, a prescindere dall'ambiente socio-professionale o etnico. Per fare un esempio, fra i 20 e i 30 anni l'individuo attraversa una fase di eccitazione euforica: è instancabile, non dorme più, fa spese "pazze" e sconsiderate, ha un desiderio sessuale eccessivo, parla molto, ecc.

**Negli Stati Uniti, i disturbi bipolari colpiscono oltre due milioni di americani adulti.**

L'episodio dura da circa quattro a sei mesi prima di esaurirsi spontaneamente. L'episodio depressivo è il "negativo" dell'episodio maniacale e non presenta aspetti particolari: è caratterizzato da tristezza, spossatezza, rallentamento, pensieri suicidi, ecc. Gli episodi si avvicendano al ritmo di 1 o 2 all'anno, ma talvolta sono anche molto più numerosi, per esempio possono verificarsi più di 4 episodi nel corso dell'anno quando il ciclo della patologia è rapido. Se non trattati, i malati presentano un rischio di suicidio elevato e distorsioni significative per quanto concerne le relazioni in ambito affettivo, familiare e professionale. Sottoposti alle giuste terapie e riportati all'equilibrio, numerosi pazienti riescono ad avere una vita normale al di fuori delle crisi. La predisposizione familiare e pertanto probabilmente genetica è molto marcata: in due terzi dei casi si rilevano precedenti familiari di disturbi bipolari diagnosticati, suicidi o trattamenti timoregolatori.

Fra le tecniche terapeutiche, si annoverano i farmaci timoregolatori, che possono prevenire la comparsa dell'alternanza di fasi depressive e/o maniacali. Non si tratta pertanto di un trattamento semplicemente mirato a circoscrivere la depressione o gli accessi maniacali, bensì di una terapia a lungo termine che riduce la frequenza, la durata e la gravità degli episodi. Questi farmaci consentono un miglioramento notevole, infatti gli episodi diventano sempre più lunghi, frequenti e gravi in assenza di terapia. Si tratta essenzialmente di sali di litio o altri timoregolatori: alcuni trattamenti antiepilettici o neurolettici di più recente generazione si sono rivelati altrettanto efficaci nella cura del disturbo bipolare. Le abitudini di vita sono importanti quanto i farmaci. I malati devono per esempio impegnarsi a mantenere la qualità del sonno, a proteggersi dal jet-lag e ad evitare il consumo eccessivo di sostanze alcoliche. Non sono idonei al lavoro a turni.



## La Schizofrenia

La schizofrenia è una psicosi che colpisce l'1% della popolazione. Si manifesta fra i 15 e i 35 anni e colpisce i due sessi in egual misura. Si tratta di una patologia molto temuta a livello sia familiare sia individuale.

La schizofrenia può presentarsi in forme diverse a seconda del soggetto. Spesso l'inizio è progressivo e l'individuo conduce una vita pressoché normale fino a quando non compaiono crisi di delirio, allucinazioni, attacchi d'ansia, interruzione degli studi, tentativi di suicidio o qualsiasi altro sintomo di carattere psicotico. Fra i fattori scatenanti si evidenzia il consumo di cannabis, che induce o rivela le eventuali vulnerabilità schizofreniche.



Una volta innescato, questo processo non si può più arrestare e la schizofrenia evolve in modalità cronica, con fasi di crisi e fasi di attenuazione della malattia. La peculiarità della schizofrenia è la "stranezza" del comportamento. La persona non riesce ad adattarsi alla realtà, non solo per via del delirio, ma anche a causa di un disturbo più ampio a livello dell'organizzazione psichica nella sfera del pensiero, dell'affettività o del comportamento. Tutto ciò sfocia nella dissociazione mentale (atteggiamenti, propositi incoerenti, assurdi), nello sconvolgimento della personalità, nella perdita d'interesse per il mondo circostante e in reazioni assolutamente inadeguate nella vita di tutti i giorni, con conseguente ripiegamento su sé stessi.

L'evoluzione a cinque anni dall'insorgenza è particolarmente indicativa della condizione dopo vent'anni. Se l'individuo continua a soffrire di allucinazioni o delirio e ha perso la propria autonomia, la sua situazione sarà invariata anche a vent'anni dall'insorgenza della patologia. Se invece si stabilizza e ritrova un certo livello di autonomia, manterrà queste condizioni anche dopo vent'anni. Le sorti si decidono nei primi cinque anni della malattia. Meno di un terzo dei soggetti colpiti dalla schizofrenia acquisisce un'autonomia tale da lavorare in ambiente protetto, di vivere in maniera indipendente, da single o

in coppia. La prognosi è pertanto assolutamente riservata. Per un terzo dei soggetti, l'evoluzione è inoltre talmente grave da giustificare il termine con cui questa malattia è stata designata storicamente, ovvero "demenza precoce". L'individuo perde precocemente ogni capacità affettiva, emotiva, intellettuale e sociale. Il suicidio è la prima causa di mortalità fra gli schizofrenici. Sulla mortalità influiscono anche le abitudini di vita scorrette che spesso si associano alla malattia (tabagismo, abuso di sostanze alcoliche, sedentarietà, obesità, ecc.). Spesso è necessario ricoverare i soggetti schizofrenici, talvolta d'urgenza, in particolare nella fase iniziale della malattia.

I farmaci neurolettici possono attenuare i sintomi. Sono stati compiuti in questo senso progressi significativi negli ultimi 15 anni, grazie all'avvento dei neurolettici atipici. Gli atipici, i cui capofila sono l'olanzapina e il risperidone. Purtroppo numerosi malati di schizofrenia rifiutano il trattamento contestualmente alla sintomatologia stessa della loro patologia. La perdita del raziocinio non consente loro di constatare che: "se interrompo il mio trattamento, sarò ricoverato di nuovo fra sei settimane". Gli psichiatri dispongono oggi di antipsicotici atipici ad azione prolungata: bastano una o due iniezioni mensili per ottenere lo stesso effetto che avrebbe l'assunzione di una o due compresse al giorno; si tratta di un progresso significativo per questi malati disorganizzati o a rischio di interruzione della terapia. Parallelamente ai farmaci, la psicoterapia associata al monitoraggio presso strutture sanitarie rappresenta la soluzione migliore per il trattamento dei pazienti schizofrenici.

In Francia, uno studio effettuato dalla CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français - Ente di Previdenza Autonoma dei Medici francesi) rivela che oltre il 40% delle invalidità risulta concesso per disturbi psichiatrici, contro un 10% per tumori e malattie cardiovascolari.

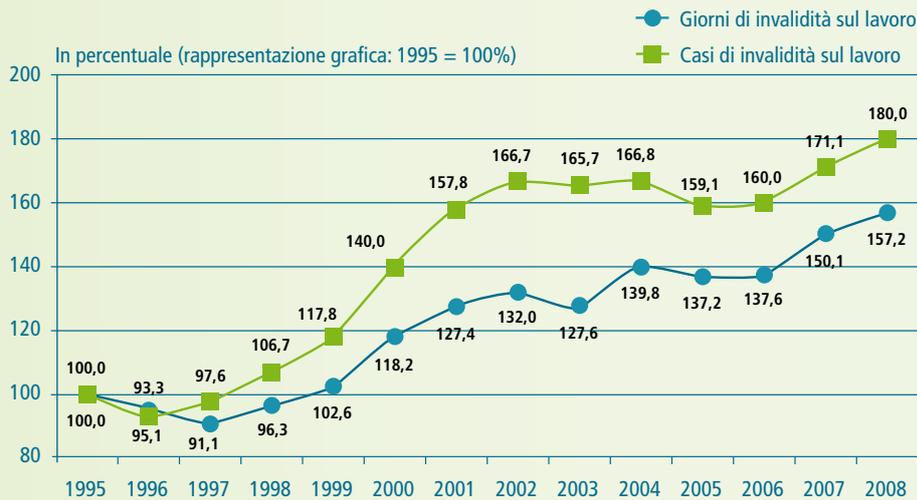
## Disturbi psichici, crisi economica e condizioni di lavoro

Da un recente rapporto dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economici (OCSE) emerge che la crescente precarietà del lavoro e l'aumento delle pressioni sul mondo del lavoro potrebbero provocare un peggioramento dei problemi di salute mentale nei prossimi anni. Si teme l'aumento dei casi di depressione, disturbo bipolare e tossicodipendenza (alcol, droghe). La maggior parte delle persone affette da disturbi psichici ha un lavoro, ma più frequentemente è assente dal lavoro per periodi prolungati.

## Invalidità al lavoro per patologie psichiche

Le assenze dal lavoro per patologie psichiche sono aumentate dell'80% dal 1995

Invalidità al lavoro per malattie psichiche 1995-2008, dati forniti dall'ente di previdenza sociale tedesco AOK



Le richieste di pensioni d'invalidità, un tempo legate agli infortuni professionali, sono sempre più connesse ai disturbi psichici. L'OCSE stima che una richiesta di pensione d'invalidità su tre, in alcuni paesi addirittura una su due, sarebbe motivata da problemi di salute mentale e si tratta di un dato in aumento dalla metà degli anni '90.

## Valutazione del rischio

In ambito assicurativo, la valutazione del rischio neuropsichiatrico è difficile sia in fase di sottoscrizione sia al momento della gestione di un eventuale sinistro. Questo soprattutto perché la maggior parte dei disturbi psichici appartiene alla famiglia delle "Malattie Non Oggettivabili (MNO)", ovvero non esistono esami clinici o paraclinici (di laboratorio, diagnostica per immagini) che consentano di identificare con certezza il disturbo psichico, né di valutarne l'effettiva gravità... La prognosi è difficile da valutare. In alcuni casi, è pertanto possibile che l'individuo stipuli una polizza minimizzando il proprio disturbo psichico, utilizzando per esempio termini banali e piuttosto rassicuranti come affaticamento, insonnia e stress al posto di depressione o addirittura schizofrenia. Può succedere anche l'inverso, ovvero che la persona

tenda ad amplificare la portata dei sintomi per ottenere la liquidazione di un sinistro per depressione, che sarà comunque grave, maggiore, intensa, invalidante, ecc.

L'evoluzione dei disturbi mentali dipende d'altronde spesso anche da elementi esterni alla vita personale dell'individuo, siano essi positivi o negativi, che possono influenzare la guarigione o la cronicizzazione della depressione o del disturbo ansioso. Per l'Assicuratore non è facile reperire queste informazioni.

In questo contesto, l'Assicuratore deve raccogliere la maggiore quantità possibile di elementi oggettivi sulla storia del disturbo psichico dell'assicurato. Oltre ai certificati medici, è sicuramente utile raccogliere informazioni sui trattamenti psicotropi a cui si sottopone l'assicurato (semplice ansiolitico, antidepressivo, trattamento del disturbo bipolare o neurolettici antipsicotici), nonché sui ricoveri presso strutture specializzate, sulle interruzioni dell'attività lavorativa e sulle invalidità per disturbo psichiatrico. Per esempio, uno o più ricoveri presso strutture psichiatriche di durata superiore a 3 settimane, associati a trattamenti intensivi con neurolettici antipsicotici, dovranno essere considerati elementi "d'allarme" importanti riguardo a un'eventuale patologia psicotica, nonostante il questionario sanitario possa essere apparentemente alquanto banale.

Per quanto riguarda i suicidi, ovvero la prima causa di sinistro per decesso nell'ambito dei disturbi nervosi, l'Assicuratore non dispone di dati statistici precisi in merito. Molti suicidi vengono tenuti nascosti per motivi culturali, religiosi, ecc. Numerosi suicidi non vengono invece riconosciuti tali, perché il decesso viene attribuito a un incidente (auto, annegamento, caduta, ecc.). Anche il segreto medico può celare la causa effettiva di un decesso: quanti suicidi si nascondono dietro un certificato medico per "politrauma conseguente a una caduta"? Per concludere, sapere con precisione quanti suicidi raccolga il portafoglio sinistri per decesso di un assicuratore è una vera e propria impresa, in quanto la nostra analisi verte spesso sul tentativo di suicidio. Il tentativo di suicidio è un fattore aggravante del disturbo psichico, forse anche l'inizio della depressione maggiore o della schizofrenia.



È tuttavia opportuno considerare la relatività dei fatti: nei giovani, soprattutto fra le giovani donne, si osserva che molti tentativi sono di fatto una "richiesta di soccorso" lanciata ai propri cari, senza che sussista una vera e propria patologia psichiatrica principale. Questi tentativi, perpetrati spesso assumendo cocktail di farmaci e sostanze alcoliche e seguiti da brevi ricoveri, consentono nella maggior parte dei casi la riconciliazione, la discussione, ecc. In questi casi, l'Assicuratore dovrà saper cancellare il passato, nell'eventualità che siano già trascorsi anni di "vita normale".

In termini pratici, analizzando una pratica assicurativa nella prospettiva dei disturbi psichici, il sottoscrittore deve sforzarsi di:

- escludere le psicosi gravi, i comportamenti psicotici, le schizofrenie non stabilizzate, ... per le quali non è possibile accordare per le garanzie Morte, Incapacità e Invalidità;
- tenere presenti, se noti, gli eventuali precedenti psichiatrici nella famiglia;
- considerare i precedenti personali di disturbi psichiatrici, essendo consapevoli della "non oggettività" del contesto. In effetti, nei questionari sanitari può essere scritto di tutto e anche esattamente il contrario come a volte succede;

- basarsi per quanto possibile su elementi oggettivi che non possano essere ignorati dall'assicurato, al fine di ottenere un quadro certo per valutare la gravità del disturbo psichico: ricoveri di oltre 3 settimane, trattamenti con ansiolitici, antidepressivi, neurolettici, elettroshock, psicoterapia, interruzioni dell'attività lavorativa e invalidità per motivi psichiatrici;
- analizzare approfonditamente i precedenti personali e le abitudini di vita dell'assicurato, in particolare il consumo di sostanze alcoliche, il tabagismo o l'assunzione di sostanze stupefacenti.

Sulla base di queste informazioni, sarà possibile stabilire e proporre una quotazione che tenga conto fondamentalmente del rischio di suicidio, decesso e possibili ripercussioni del disturbo mentale sul lavoro, tenendo conto nel modo più obiettivo possibile del rischio di interruzione dell'attività lavorativa o di invalidità. Per esempio:

- l'assicurato affetto da disturbo ansioso, trattato con ansiolitico e/o psicoterapia, senza tentativo di suicidio, né ricovero, né interruzione del lavoro o invalidità avrà una quotazione simile a quella applicabile per il rischio standard;
- l'episodio depressivo dichiarato, può essere, dopo attenta analisi del dossier, classificato come depressione minore, moderata o maggiore. La valutazione varia per ogni singolo caso;
- l'assicurato affetto da un disturbo di tipo psicotico, per esempio schizofrenico, ricoverato più volte presso strutture specializzate, trattato con neurolettici e con invalidità accertata sarà sicuramente rifiutato.

Fra questi casi esemplificativi, c'è una certa continuità che li lega per quanto riguarda la tariffazione e la prudenza è la regola per le garanzie Incapacità o Invalidità. E' possibile esprimere sia una quotazione sia proporre un'esclusione per "disturbo neuropsichiatrico". E' spesso utile privilegiare le franchigie lunghe, prevedendo durate d'indennizzo limitate o tetti d'indennizzo specifici. Numerose invalidità per motivi psichiatrici iniziano prima dei 40 anni...

Anche l'abuso di sostanze alcoliche e/o la tossicodipendenza eventualmente associati a un disturbo psichico dell'assicurato sono sempre dei fattori aggravanti importanti per i quali è quasi sempre previsto il rifiuto.

Per gli assicurandi che hanno commesso un tentativo di suicidio, il sottoscrittore ha due possibilità:

- integrare l'evento nel disturbo psichico principale e considerarlo un fattore aggravante;

- tariffare separatamente il tentativo di suicidio e il disturbo psichico causale o principale. Questa è la soluzione più semplice, più facile da gestire e probabilmente anche la più sicura, pertanto è l'opzione consigliata da Scor Global Life. In questi due casi, si tiene conto del lasso di tempo intercorso fra il tentativo di suicidio e la sottoscrizione, nonché del numero di tentativi di suicidio. Si consiglia un aggiornamento per ogni tentativo effettuato meno di un anno prima della sottoscrizione e il rifiuto se ci sono stati più di tre tentativi di suicidio.

Le depressioni maggiori, le psicosi, ma soprattutto le schizofrenie esigono un'analisi approfondita della pratica e molta prudenza da parte del sottoscrittore. Non dimentichiamo che si tratta di affezioni gravi, riconducibili alla sfera talvolta non oggettivabile della psichiatria. Un assicurando stabilizzato con il giusto trattamento da diversi anni, con un inserimento socio-professionale corretto, senza tentativi di suicidio né ricoveri recenti, né abusi di sostanze alcoliche o stupefacenti potrà godere di una sovramortalità formulata unicamente nel quadro dell'assicurazione morte.

## Conclusione

I disturbi psichici acquisiscono un'importanza sempre maggiore nell'attività dell'Assicuratore, si tratta di una tematica di ampia portata, difficile da valutare e questo documento è soltanto un piccolo scorcio su questa realtà. Ma nonostante sia impossibile ridurre la psichiatria ai limiti della tariffazione, SCOR Global Life ritiene importante approfondire l'argomento, conoscendolo bene per valutare il rischio nella maniera più oggettiva possibile, come nel caso delle malattie psichiche. Siamo fiduciosi che questo breve excursus abbia risvegliato una certa curiosità, a titolo personale o professionale, per approfondire l'esplorazione... È bene ricordare che si tratta di un rischio spesso non oggettivabile, ma in piena diffusione su scala mondiale.



SCOR Global Life  
5 avenue Kléber  
75795 Paris Cedex 16  
France  
[www.scor.com](http://www.scor.com)

**SCOR**  
Global Life