

## 7. Aspetti sociali della malattia oncologica: per un ex malato di cancro è possibile accedere alle assicurazioni sulla vita? Ma a quali condizioni?

a cura di E. Iannelli – FAVO  
M. Campagna – FAVO  
M. Ciccone – Aon Benfield Italia  
S. Mizzoni – Swiss Re  
F. Panzeri – Swiss Re

Per il 2016, il numero stimato di persone vive dopo una diagnosi oncologica è superiore ai 3,1 milioni (3.136.709), 1,4 milioni gli uomini e 1,7 milioni le donne. Tra questi, poco più di mezzo milione ha avuto una diagnosi da meno di 2 anni; oltre 600.000 tra 2 e 5 anni e quasi 2 milioni (circa i 2/3 del totale) da più di 5 anni. In Italia il 27% delle persone che hanno avuto una diagnosi di tumore nel corso delle loro esistenza possono dirsi “guarite dal cancro” ovvero hanno un’aspettativa di vita simile a quella di chi non ha mai sofferto di tale patologia. Oggi più della metà dei malati guarisce in modo definitivo. Si tratta di un valore medio per tutte le neoplasie, poiché la valutazione del dato effettuata per ciascun tipo di patologia oncologica fornisce indici diversificati: ad esempio, l’80% dei pazienti con cancro del colon-retto può definirsi guarito dopo circa 8 anni dalla diagnosi (per gli uomini, 7 per le donne) mentre le persone affette da tumori del testicolo o della tiroide guariscono in meno di 5 anni nella quasi totalità dei casi (90-95%). Per tutte le neoplasie, l’incremento dei lungosopravvissuti dal 2010 al 2015 è stato dell’8% nei maschi e del 5% nelle femmine. Gli italiani vivi dopo una diagnosi di cancro crescono del 3% all’anno<sup>1</sup>.

Questo generale miglioramento è presumibilmente riconducibile sia a una maggiore incidenza, sul totale, delle diagnosi “precoci” sia al grado di efficacia raggiunto dalle terapie (chirurgia, radioterapia, trattamenti farmacologici). I dati registrati in Italia sono in linea con quelli europei e per molte sedi tumorali sono addirittura superiori alla media UE.

In questo scenario assumono sempre maggiore rilevanza i temi legati alle ricadute sociali della malattia oncologica, vale a dire a tutti quegli aspetti della vita quotidiana attraverso cui è possibile ritornare alla vita “normale” dopo il cancro. Tra questi, vi è un tema di grande interesse per le persone con pregressa diagnosi di cancro: l’accesso alle polizze assicurative private. FAVO da anni ha sollevato il problema degli ex malati di cancro che troppo spesso incontrano difficoltà nel sottoscrivere o mantenere sia una copertura assicurativa per le malattie, sia una polizza vita per il caso morte, spesso richiesta come garanzia accessoria per accedere a mutui o finanziamenti. Le compagnie assicuratrici, anche grazie ai dati AIRTUM ed alle sollecitazioni del volontariato oncologico, hanno preso atto del mutato scenario e dell’aumentata curabilità di diversi tipi di patologie tumorali, che oggi, in alcuni casi, sono addirittura guaribili a distanza di alcuni anni dalla diagnosi, adeguando la loro offerta assicurativa alla condizione di “guariti dal cancro” ovvero di persone che hanno un’aspettativa di vita simile alla popolazione cosiddetta sana.

In passato, la valutazione medica cui veniva sottoposta la persona da assicurare si basava, infatti, su criteri generali – senza distinzione di organo o sistema interessato, né di tipo istologico – e temporali, prendendo come riferimento il periodo di tempo trascorso dalla diagnosi e il numero di anni liberi dalla malattia.

<sup>1</sup> Fonti: Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), I numeri del cancro in Italia 2016; L. Dal Maso et alii, “Long-term survival, prevalence, and cure of cancer: a population-based estimation for 818 902 Italian patients and 26 cancer types” *Annals of Oncology* 25: 2251–2260, 2014; L. Dal Maso, S. Guzzinati e R. De Angelis “Prevalenza e Guarigione dal Cancro: Studio AIRTUM su base di popolazione” 7° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 2015.

Oggi, invece, l'accesso ai prodotti assicurativi da parte dei richiedenti avviene all'esito di un esame sul singolo caso, che consente, grazie a un'analisi individualizzata, una più ampia assicurabilità.

Per quanto riguarda le c.d. polizze vita, la valutazione dell'ex malato è effettuata sulla base di parametri oggettivi, estremamente dettagliati e aggiornati cui le compagnie assicurative e i riassicuratori fanno riferimento per l'assunzione del rischio di potenziali clienti che abbiano avuto una pregressa diagnosi oncologica. A seconda della classe di rischio attribuita all'ex malato di cancro, la compagnia formula un'offerta *ad hoc* per il singolo caso e quantifica il premio<sup>2</sup>, eventualmente prevedendo una maggiorazione o un sovrappremio per un numero di anni predeterminato: il contratto, infatti, viene stipulato proprio in un periodo in cui il rischio per la salute è maggiore. Il premio, con il trascorrere degli anni, verrà diminuito in occasione dei rinnovi successivi, fino a diventare assimilabile a quello riservato alla popolazione c.d. sana.

FAVO, proseguendo nella convinta azione a garanzia del diritto al ritorno alla normalità di vita dopo il cancro per chi si è ammalato ed è guarito dal tumore, ha ritenuto di approfondire la tematica delle assicurazioni vita con la convinta e fattiva collaborazione di Aon Benfield Italia e Swiss Re, che si sono dimostrate attente e sensibili verso iniziative a sostegno del miglioramento della qualità della vita degli ex pazienti oncologici. È questo un ulteriore passo necessario a raggiungere l'obiettivo di fare chiarezza sull'argomento e fornire informazioni utili ai diretti interessati.

Le assicurazioni sulla vita sono contratti con i quali una compagnia assicuratrice, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga a versare all'assicurato o ad altro beneficiario un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana. Il pagamento del premio da parte del contraente può essere versato in un'unica soluzione (c.d. premio unico) o in più rate (c.d. premio ricorrente o periodico). Tra i soggetti coinvolti oltre al contraente, all'assicurato e all'assicuratore, in questo tipo di contratti rientra il beneficiario, vale a dire destinatario della somma assicurata. I beneficiari possono essere anche più di uno in base agli accordi dedotti nel contratto. È possibile suddividere le assicurazioni sulla durata della vita in tre tipologie.

1. *Polizza caso vita*. Questa tipologia garantisce la corresponsione di un determinato capitale oppure di una rendita nel caso in cui il contraente sia ancora in vita alla scadenza del contratto. Oltre alla garanzia generica di una determinata capacità finanziaria a una certa data, questa polizza copre il rischio di insufficienti disponibilità in caso di sopravvivenza.
2. *Polizza caso morte*. Questa copertura prevede, invece, il pagamento di un capitale al beneficiario preventivamente indicato nella polizza assicurativa nel caso di morte dell'assicurato. Tale polizza può essere temporanea, qualora il decesso del contraente avvenga nel periodo di durata del contratto o a "vita intera", prevedendo il pagamento del capitale stabilito alla morte del contraente, in qualunque epoca essa accada.
3. *Polizza vita mista*. Con questo contratto, infine, viene garantito il pagamento di un capitale (o di una rendita) nel caso in cui il contraente sia ancora in vita al momento della scadenza del contratto oppure il pagamento di un'indennità nel caso in cui il decesso del contraente avvenga nel periodo di validità della polizza.

Le coperture vita hanno la finalità di soddisfare i bisogni legati all'aleatorietà della vita umana e rientrano nella categoria delle assicurazioni di persona insieme alle polizze sulla salute quali *Invalidità Permanente*, *Long Term Care* (stato di non autosufficienza) e *Dread Disease* (malattie gravi).

In particolare, la polizza caso morte rappresenta una fonte alternativa di capitale destinata a far fronte alle difficoltà economiche che possono derivare dalla morte di un membro della famiglia, specialmente nel caso in cui l'assicurato concorra in maniera determinante alla stabilità economica del nucleo familiare, ad esempio attraverso il pagamento delle rate di un mutuo stipulato per l'acquisto dell'abitazione principale o di un finanziamento di diversa natura.

<sup>2</sup> Per *premio* si intende il corrispettivo che l'assicurato deve pagare all'assicuratore per gli obblighi di pagamento di un capitale, di una rendita da quest'ultimo assunti con la stipula di un contratto di assicurazione.

In genere, si ritiene che per una persona con una storia di cancro sia quasi impossibile ottenere l'assicurazione sulla vita per il caso di morte. Questa idea, "quasi vera" in passato, non corrisponde più alla realtà del mercato assicurativo in rapida evoluzione. Grazie ai progressi della medicina e alla disponibilità di statistiche più consolidate sulla probabilità di guarigione dopo la diagnosi di un tumore, infatti, non è più impossibile offrire un'assicurazione caso morte a persone con pregressa diagnosi di cancro. Inizialmente i premi delle polizze potrebbero essere più elevati rispetto a quelli dovuti da persone sane o che hanno avuto patologie diverse dalle neoplasie. Come sarà descritto nel successivo paragrafo, il costo della copertura di una polizza caso morte dipenderà non solo dalla tipologia di cancro diagnosticata in passato e dal tempo trascorso dalla guarigione, ma anche dalla rilevazione di altri parametri inseriti in un contesto più ampio di verifica preliminare del singolo caso.

È noto che alla richiesta di stipula di una polizza assicurativa viene valutato lo stato di salute dell'assicurato, tenendo conto delle pregresse patologie di cui lo stesso abbia sofferto in passato per stabilire se sia assicurabile, a quali condizioni e con quali premi. Pertanto è fondamentale, ai fini dell'emissione della polizza, che il richiedente precisi il tipo di cancro, lo stadio e l'eventuale trattamento terapeutico antitumorale cui è stato sottoposto.

Può accadere che il canale di vendita preveda una sottoscrizione medica particolarmente semplificata e che, quindi, tutte le informazioni relative allo stato di salute del potenziale assicurato siano acquisite attraverso la compilazione di un semplice questionario a risposte affermative o negative (sì/no). In casi come questo, anche una sola risposta affermativa, diretta a segnalare una pregressa patologia, può precludere la possibilità di accesso al prodotto assicurativo.

Tuttavia, oggi, attraverso una valutazione accurata della documentazione medico-clinica disponibile (quale, ad esempio, la cartella clinica qualora l'assicurato sia stato ricoverato, il referto istologico e il *follow-up* dell'oncologo), le compagnie di assicurazione sono in grado di offrire una protezione assicurativa anche a coloro che, pur avendo una diagnosi pregressa di tumore, si sono perfettamente ristabiliti.

La stipula della polizza, con un'eventuale maggiorazione del premio, presuppone un'analisi del tipo di patologia oncologica, la valutazione della stadiazione della malattia, del numero di anni trascorsi dall'ultimo trattamento primario eseguito e delle eventuali recidive occorse negli anni.

Con riferimento a questi profili, si precisa che per *ultimo trattamento primario* si intende l'asportazione chirurgica del tumore o l'ultimo trattamento di chemio e/o radioterapia. Pertanto, se a seguito dell'intervento chirurgico sono stati effettuati uno o più cicli di chemioterapia e/o radioterapia, il trattamento più recente sarà considerato quello "primario" e il tempo trascorso dalla completa guarigione corrisponderà al periodo che intercorre dalla conclusione del trattamento primario alla richiesta di stipula della polizza sulla vita.

La completa guarigione dovrà essere certificata e documentata attraverso l'ultima visita di *follow-up* oncologico. Sulla base della combinazione di tali parametri, possono aversi le seguenti opzioni:

- A) Stipula della polizza senza nessuna maggiorazione del premio;
- B) Stipula della polizza con maggiorazione del premio per l'intera durata della polizza;
- C) Stipula della polizza con maggiorazione del premio limitata solo ai primi anni, con esclusione di maggiorazioni per gli anni successivi (ad esempio, nel caso di una polizza con una durata di 10 anni, è possibile che venga applicata una maggiorazione del premio del 3 per mille nei primi 3 anni di durata e nessuna maggiorazione nei restanti 7 anni);
- D) Rinvio a un momento successivo (in genere, qualche anno) della sottoscrizione della polizza;
- E) Non assicurabilità.

Tali valutazioni non sono discrezionali, ma si basano oggettivamente sul tipo di tumore diagnosticato dall'esame istologico e sulla classificazione dello stesso da parte della compagnia di assicurazione.

Si riportano di seguito tre esempi di soluzioni assicurative elaborate nel momento in cui si scrive per tre tipologie di richiedenti che sono stati affetti da **melanoma**, **carcinoma alla mammella** e **adenocarcinoma del colon**;

per ciascun esempio, sono state evidenziate sia la documentazione medica utilizzata in fase di valutazione del rischio, sia le modalità di assunzione e di accettazione del rischio stesso sotteso al tipo di cancro di cui l'assicurato ha sofferto.

Gli esempi sono stati formulati con l'ausilio del manuale della sottoscrizione medica "Life Guide", sviluppato da Swiss Re<sup>3</sup> e costantemente aggiornato da un team internazionale composto da medici consulenti, attuari, sottoscrittori e legali. Il manuale "Life Guide" è lo strumento utilizzato per la valutazione e sottoscrizione dei rischi sanitari alla richiesta di stipula di una polizza assicurativa.

### A. Diagnosi pregressa di Melanoma

Età richiedente: 46 anni

Capitale assicurato in caso di decesso: € 200.000

Durata della polizza: 15 anni

Dichiarazione del richiedente: Asportazione melanoma nel 2011

Esame istologico (09.02.2011): diagnosi di melanoma a diffusione superficiale esteso al derma papillare, Livello II° di Clark, spessore sec. Breslow 0.25 mm, non evidenza di attività mitotica significativa, exeresi completa con stretto margine

Ecografia addome superiore e ascellare sinistra 30.04.2012: negativa

Visita di controllo dermatologica 02.10.2013: nevi nella norma

L'esame istologico ha confermato che si è trattato di un melanoma allo stadio 1a. Per tale stadio, in funzione del numero di anni intercorsi tra il trattamento primario e la richiesta di stipula della polizza, potranno essere applicati i sovrappremi che seguono.

TAB A. SOVRAPPREMI PER DIAGNOSI PREGRESSA DI MELANOMA

Anni trascorsi dal trattamento primario	Maggiorazione del premio
£ 1	8 per mille x 3 anni
1-2	5 per mille x 3 anni
2-3	5 per mille x 2 anni
>3	Nessuna maggiorazione

### B. Diagnosi pregressa di Carcinoma alla mammella

Età richiedente: 42 anni

Capitale assicurato in caso di decesso: € 250.000

Durata della polizza: 25 anni

Dichiarazione del richiedente: Quadrantectomia mammella destra e linfadenectomia ascellare nel 2009

Esame istologico (30.10.2009): diagnosi di carcinoma duttale – 2.15 cm - G2 - T1pN1M0

1 linfonodo su 14 asportati

Chemioterapia dal 13.12.2009 al 14.02.2010

Radioterapia dal 10.04.2010 al 15.05.2010

Trattamento ormonale con Tamoxifene minimo per 5 anni

A dicembre 2014: negativa per ripresa di malattia

Nel caso di un carcinoma alla mammella, classificato come T1N1M0 e corrispondente ad uno stadio 2, la sottoscrizione della polizza diviene possibile non appena siano trascorsi 4 anni dal trattamento primario o ultimo ciclo di cure. Più precisamente, possono verificarsi, ad esempio, le seguenti condizioni

<sup>3</sup> Swiss Re è una compagnia svizzera di riassicurazione, leader a livello globale, ed opera in oltre 25 paesi nel mondo. La riassicurazione è uno strumento di cui si servono le compagnie di assicurazione per assicurarsi a loro volta con conseguente maggiore garanzia anche per i consumatori. La riassicurazione è in pratica l'assicurazione delle assicurazioni, che consente a quest'ultime un'assunzione più accorta dei rischi e soprattutto una gestione più serena del pagamento delle indennità.

TAB B. SOVRAPPREMI PER DIAGNOSI PREGRESSA DI CARCINOMA ALLA MAMMELLA

Anni trascorsi dal trattamento primario	Maggiorazione del premio
£ 4	Rinviare l'acquisto della polizza
4-5	20 per mille x 7 anni
5-6	20 per mille x 6 anni
6-7	15 per mille x 6 anni
7-8	15 per mille x 5 anni
8-9	10 per mille x 4 anni
9-10	8 per mille x 3 anni
> 10	Nessuna maggiorazione

### C. Diagnosi pregressa di Carcinoma al colon

Età richiedente: 49 anni

Capitale assicurato in caso di decesso: € 200.000

Durata della polizza: 20 anni

Dichiarazione del richiedente: adenocarcinoma del colon infiltrante fino ai tessuti pericolici T3N0M0 nel 2008

Visita specialistica oncologica: trattato con resezione chirurgica (emicolectomia destra) + chemioterapia (conclusa 10.2009) – nessuna ripresa della malattia.

La polizza potrà essere acquistata non appena siano trascorsi 2 anni dal trattamento primario, ad esempio, alle seguenti condizioni

TAB C. SOVRAPPREMI PER DIAGNOSI PREGRESSA DI CARCINOMA AL COLON

Anni trascorsi dal trattamento primario	Maggiorazione del premio
£ 2	Rinviare l'acquisto della polizza
2-3	15 per mille x 5 anni
3-4	15 per mille x 4 anni
4-5	10 per mille x 4 anni
5-6	10 per mille x 3 anni
6-7	8 per mille x 3 anni
7-8	5 per mille x 3 anni
> 8	Nessuna maggiorazione

È opportuno puntualizzare infine che in tutti i casi:

- l'assicurato è coperto dalla garanzia assicurativa per l'intera durata pluriennale della polizza, a prescindere dall'evoluzione del suo stato di salute in seguito all'acquisto del contratto. Non sono previste, quindi, nell'ambito della durata convenuta della polizza, rivalutazioni dello stato di salute e/o riconferme periodiche delle garanzie in essere o adeguamenti di premio.
- il capitale assicurato viene corrisposto anche in caso di decesso a seguito del ripresentarsi di patologie sofferte in passato, purché queste siano state dichiarate alla richiesta di stipula della polizza.

### Polizze di protezione dalle malattie gravi come quelle oncologiche

Tra le soluzioni offerte dalle compagnie di assicurazioni a tutela della salute della persona, le polizze malattie gravi (*Dread Disease*) rappresentano una copertura importante, che permette di poter affrontare con maggior tranquillità le proprie cure e la riabilitazione necessaria.

Tali polizze garantiscono infatti il pagamento di un capitale alla diagnosi di una malattia grave. Ciò, indubbiamente, consente, soprattutto nel caso dei liberi professionisti, di concentrarsi maggiormente sul proprio percorso di cura.

È infatti facile chiedersi se si stia ricevendo il miglior trattamento o se si stia beneficiando degli ultimi ritrovati della ricerca scientifica. Ognuno di noi si sente più tranquillo potendo contare su una disponibilità finanziaria che consente di avvalersi di ulteriori consulti medici che possano confermare la diagnosi e offrire un'informazione esaustiva su tutti i possibili trattamenti. Senza contare che intraprendere alcuni trattamenti terapeutici può richiedere spese extra, come le spese di trasporto, alberghiere, per l'assistenza domiciliare o per la cura dei propri bambini.

È importante sottolineare che il capitale viene corrisposto a prescindere dalle condizioni di salute dell'assicurato e dalle eventuali complicazioni già occorse della malattia grave: l'evento coperto dalla polizza è infatti la diagnosi della malattia grave e non l'eventuale stato di invalidità che ne può derivare. Il capitale assicurato, inoltre, è versato per intero a prescindere dalle spese sostenute dall'assicurato per eventuali cure mediche.

Tra le patologie gravi oggetto di copertura, in abbinamento alla malattia oncologica, sono spesso presenti anche ictus, infarto miocardico, trapianti dei principali organi, insufficienza renale e chirurgia di by-pass aorto-coronarico.

Nel caso di assicurati aventi una diagnosi pregressa di cancro, la polizza garantisce il pagamento del capitale assicurato anche nell'eventualità che venga nuovamente accertata una patologia oncologica, purché quest'ultima non sia riconducibile alla precedente.

Si segnala che in Europa e Asia alcune compagnie di assicurazione hanno già iniziato a proporre coperture comprensive anche delle eventuali recidive derivanti da malattie oncologiche precedentemente diagnosticate.

