

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE INFORMAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE SANITARIA (RCSAN)

1. Premessa e ambito di applicazione

Il presente allegato definisce le modalità operative di trasmissione e di compilazione delle informazioni richieste nell'ambito della rilevazione statistica RCSAN (Responsabilità Civile Sanitaria), relativa alle coperture assicurative per la responsabilità civile sanitaria riguardanti rischi localizzati sul territorio italiano da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private, nonché dall'esercizio delle professioni sanitarie.

La rilevazione è finalizzata alla produzione di statistiche ufficiali di mercato e all'analisi dell'andamento tecnico-economico del settore della responsabilità civile sanitaria, nonché all'approfondimento delle caratteristiche delle coperture assicurative offerte al fine di consentire all'IVASS lo svolgimento delle attività di analisi statistica e di monitoraggio del mercato.

Le indicazioni contenute nel presente allegato aggiornano e sostituiscono le modalità adottate nelle precedenti edizioni della precedente rilevazione RMAG con l'obiettivo di rendere sistematica la rilevazione su questo tipo di coperture, attualmente effettuata sulla base di lettere al mercato inviate annualmente, e di razionalizzarne i contenuti informativi.

Le indicazioni contenute nel presente allegato aggiornano e sostituiscono quindi le modalità adottate nella precedente rilevazione RMAG avviata dall'IVASS con lettera al mercato del 10 marzo 2016 e aggiornata, da ultimo, con lettera al mercato del 5 aprile 2023.

2. Perimetro della rilevazione – Imprese segnalanti

Sono tenute alla trasmissione delle informazioni:

- le imprese di assicurazione con sede legale in Italia e le Rappresentanze per l'Italia delle Imprese di assicurazione con sede legale in uno Stato terzo rispetto allo S.E.E che esercitano il ramo r.c. generale in Italia (Ramo 13);
- le rappresentanze di imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro dello S.E.E abilitate ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi o in regime di stabilimento, che esercitano il ramo r.c. generale in Italia (Ramo 13);

che abbiano in portafoglio rischi di responsabilità civile sanitaria nell'anno N di riferimento della rilevazione.

3. Tempistica della rilevazione

La survey ha una cadenza annuale e si riferisce alla data del 31 dicembre dell'anno precedente all'invio dei dati.

4. Struttura della rilevazione

La rilevazione si articola nei tre schemi (strutture dati) seguenti il cui tracciato è specificato nei successivi paragrafi:

- RCSAN_CONTRATTI → dati aggregati sui premi e contraenti/assicurati
- RCSAN_SINISTRI → dati aggregati sui sinistri
- RCSAN_COPERTURE → dati aggregati sulle caratteristiche delle coperture assicurative

Per tutti gli schemi, le informazioni devono essere fornite mantenendo la distinzione per settore di operatività:

1. strutture sanitarie pubbliche;
2. strutture sanitarie private;
3. personale sanitario, ad esclusione del personale amministrativo operante presso le strutture sanitarie;

Le modalità tecniche di invio telematico saranno definite con apposite istruzioni operative pubblicate sul sito dell'Istituto.

Rispetto alla precedente rilevazione RMAG non sarà disponibile il *Template* nella forma di macro *XLS* in grado di generare i flussi *XML* da caricare sulla piattaforma INFOSTAT – IVASS. Sarà, pertanto, onere delle imprese produrre la segnalazione come da successive istruzioni informatiche.

4.1 RCSAN_CONTRATTI

Pos.	Dato richiesto	Descrizione
1	<i>ente_segn</i>	Codice IVASS di 5 caratteri del segnalante. Ad es. "A000S".
2	<i>data_contabile</i>	Data di riferimento della rilevazione da indicare nel formato AAAAMMGG. Il valore è il medesimo per tutte le righe. Es.: 20251231
3	<i>tipo_settore_operativita</i>	Indicare: 1=per le strutture sanitarie pubbliche; 2=per quelle private; 3=per il personale sanitario.
4	<i>numero_contraenti</i>	Indicare il numero dei contraenti/assicurati relativo ai contratti sottoscritti nel corso dell'anno di riferimento N, inclusi gli assicurati con polizze specifiche per colpa grave (accese a garanzia dell'efficacia dell'azione di rivalsa, ai sensi della legge 24/2017, art. 10, comma 3). Il valore da inserire sarà pari al numero delle strutture contraenti, per le strutture sanitarie (pubbliche o private) e a quello degli assicurati per il personale sanitario. Il numero di contraenti/assicurati (unità di rischio) deve essere determinato, ove possibile, in proporzione al periodo di esposizione al rischio nel corso dell'anno.
5	<i>contraenti_colpa_grave</i>	Indicare il sottoinsieme del numero di assicurati di cui al punto precedente relativo alle sole polizze specifiche per colpa grave (accese a garanzia dell'efficacia dell'azione di rivalsa, ai sensi della legge 24/2017, art. 10, comma 3).
6	<i>importo_premi_lordi</i>	Importo dei premi lordi contabilizzati relativi ai contratti sottoscritti nell' anno di riferimento N, inclusi gli assicurati con polizze specifiche per colpa grave (accese a garanzia dell'efficacia dell'azione di rivalsa, ai sensi della legge 24/2017, art. 10, comma 3). Gli importi devono essere indicati in euro senza decimali.
7	<i>Premi_colpa_grave</i>	Indicare il sottoinsieme dei premi lordi contabilizzati di cui al punto precedente relativo alle sole polizze specifiche per colpa grave (accese a garanzia dell'efficacia dell'azione di rivalsa, ai sensi della legge 24/2017, art. 10, comma 3).
8	<i>canale_prevalente</i>	Canale di vendita prevalente dell'impresa per le polizze di r.c. sanitaria. Legenda: 1=Vendita Diretta; 2=Canale agenziale; 3=Intermediazione tramite broker; 4=intermediari finanziari (incluse banche e poste).

4.2 RCSAN_SINISTRI

Pos.	Dato richiesto	Descrizione
1	<i>ente_segn</i>	Codice IVASS di 5 caratteri del segnalante. Ad es. "A000S".
2	<i>data_contabile</i>	Data di riferimento della rilevazione da indicare nel formato AAAAMMGG. Il valore è il medesimo per tutte le righe. Es.: 20251231
3	<i>tipo_settore_operativita</i>	Indicare: 1=per le strutture sanitarie pubbliche; 2=per quelle private; 3=per il personale sanitario.
4	<i>anno_generazione</i>	Anno di denuncia dei sinistri. Indicare: 0 se anno di denuncia = anno di riferimento N; 1 se anno di denuncia = N-1; 2 se anno di denuncia = N-2; 3 se anno di denuncia = N-3; 4 se anno di denuncia = N-4; 5 se anno di denuncia = N-5; 6 se anno di denuncia = N-6; 7 se anno di denuncia = N-7; 8 se anno di denuncia = N-8; 9 se anno di denuncia = N-9; 10 se anno di denuncia = N-10; 11 se anno di denuncia = N-11; 20 per anni di denuncia da N-11 a N; 30 per anni di denuncia da N-11 a N-1.
5	<i>stato_sinistro</i>	Indicare: 1=sinistri pagati a titolo definitivo; 2=sinistri riservati; 3=sinistri in contenzioso pagati a titolo definitivo generazioni da N-11 a N; 4=sinistri in contenzioso riservati generazioni da N-11 a N; 5=sinistri senza seguito generazioni da N-11 a N-1; 6=sinistri senza seguito generazione N.
6	<i>numero</i>	Indicare il numero dei sinistri nell'anno di riferimento N secondo le modalità corrispondenti allo stato_sinistro e anno_generazione considerato. I numeri devono essere indicati senza decimali.
7	<i>importo</i>	Indicare il valore dei sinistri nell'anno di riferimento N secondo le modalità corrispondenti allo stato_sinistro e anno_generazione considerato. Gli importi devono essere indicati in euro senza decimali.
8	<i>somme_recuperate</i>	Per i sinistri pagati a titolo definitivo, indicare l'ammontare delle somme recuperate da terzi. Gli importi devono essere indicati in euro senza decimali.

Indicazioni per la compilazione dello schema

Importo dei sinistri pagati e somme recuperate da terzi

Per ciascun anno di denuncia (generazione), devono essere indicati gli importi (dati non cumulati) relativi ai soli sinistri gestiti pagati (a titolo definitivo o parziale) in N (anno di riferimento), **al lordo delle somme recuperate da assicurati e da terzi**, che includono le spese di liquidazione direttamente imputabili al sinistro. Inoltre, per ogni generazione, vanno indicate nell'apposito campo anche le **somme recuperate da terzi**. In caso di sinistri in coassicurazione, gli importi dei sinistri pagati devono essere comunicati dalla sola impresa delegataria, che scrive il 100% degli importi, e non dalle altre.

Numero dei sinistri pagati

Per ciascun anno di denuncia (generazione), deve essere indicato il numero (dati non cumulati) dei sinistri gestiti pagati in N (anno di riferimento) unicamente a titolo definitivo; non vanno pertanto aggiunti eventuali sinistri con pagamenti parziali. In caso di sinistri in coassicurazione, il numero dei sinistri pagati deve essere comunicato dalla sola impresa delegataria, che scrive il 100% dei sinistri, e non dalle altre.

Importo di sinistri riservati

Per ciascun anno di denuncia (generazione), devono essere indicati gli importi non cumulati alla fine dell'esercizio N (anno di riferimento), delle riserve relative ai sinistri gestiti. In caso di sinistri in coassicurazione, gli importi dei sinistri riservati devono essere comunicati dalla sola impresa delegataria, che scrive il 100% degli importi, e non dalle altre.

Numero di sinistri riservati

Per ciascun anno di denuncia (generazione), deve essere indicato il numero (dati non cumulati) in N dei sinistri ancora a riserva alla fine dell'esercizio (sono dunque già ricompresi anche i sinistri che hanno avuto pagamenti parziali e sono ancora a riserva). In caso di sinistri in coassicurazione, il numero dei sinistri riservati deve essere comunicato dalla sola impresa delegataria, che scrive il 100% degli importi, e non dalle altre.

Numero totale dei sinistri in contenzioso pagati a titolo definitivo fino all'anno N relativi alle generazioni dall'anno N-11 all'anno N

Indicare il numero totale cumulato fino al 31 dicembre dell'anno N dei sinistri in contenzioso *pagati* a titolo definitivo e relativi alle generazioni dall'anno N-11 a N. Ci si riferisce ai sinistri in causa notificata con costituzione in giudizio.

Numero totale dei sinistri in contenzioso riservati in N relativi alle generazioni dall'anno N-11 all'anno N

Indicare il numero totale dei sinistri in contenzioso *riservati* al 31 dicembre dell'anno N e relativi alle generazioni dall'anno N-11 a N. Ci si riferisce ai sinistri in causa notificata con costituzione in giudizio.

Numero totale sinistri senza seguito nell'anno N delle generazioni da N-11 a N-1

Indicare il numero totale cumulato fino al 31 dicembre dell'anno N dei sinistri senza seguito relativi alle generazioni dall'anno N-11 a N-1, **al netto dei sinistri riaperti**. Considerare soltanto i sinistri senza seguito per i quali l'impresa non ha effettuato alcun tipo di esborso.

Numero sinistri senza seguito nell'anno N della generazione N

Indicare il numero dei sinistri senza seguito, relativi a sinistri denunciati nell'anno di riferimento N, per i quali l'impresa non ha effettuato alcun tipo di esborso.

4.3 RCSAN_COPERTURE

Pos.	Dato richiesto	Descrizione
1	<i>ente_segn</i>	Codice IVASS di 5 caratteri del segnalante. Ad es. "A000S".
2	<i>data_contabile</i>	Data di riferimento della rilevazione da indicare nel formato AAAAMMGG. Il valore è il medesimo per tutte le righe. Es.: 20251231
3	<i>tipo_settore_operativita</i>	Indicare: 1=per le strutture sanitarie pubbliche; 2=per quelle private; 3=per il personale sanitario.
4	<i>codice_voce</i>	Indicare: 1=presenza SIR; 2=franchigia 0 euro; 3=franchigia > 0 e <= 10.000 euro; 4=franchigia > 10.000 e <= 50.000 €; 5=franchigia > 50.000 e <= 100.000 €; 6=franchigia > 100.000 e <= 200.000 €; 7=franchigia > 200.000 euro; 20=scoperto 0%; 21=scoperto > 0 e <= 15 %; 22=scoperto > 15%; 30=massimale sopra il limite di legge.
5	<i>valore_percentuale</i>	Indicare la percentuale corrispondente al codice voce. Le percentuali devono essere indicate come numero intero con un solo decimale (es. se la percentuale è 20% sarà indicato "20,0"; se è 10,5% sarà indicato "10,5")

Indicazioni per la compilazione dello schema

SIR – Self Insurance Retention

Deve essere indicata la quota percentuale dei premi lordi contabilizzati nell'anno di riferimento N che afferiscono a contratti con strutture sanitarie e personale sanitario per i quali l'impresa copre i sinistri di importo superiore ad una soglia di auto ritenzione.

Franchigia

Per le voci relative alla franchigia deve essere indicata la quota percentuale dei premi lordi contabilizzati nell'anno di riferimento N ricadenti all'interno della relativa fascia.

In presenza di contratti con franchigie differenziate deve essere riportata, all'interno di ciascuna fascia, la quota percentuale dei premi afferenti alla fascia stessa.

Le fasce sono sei:

- Franchigia pari a 0;

- Franchigia maggiore di 0 e minore o uguale al 10.000,00 euro;
- Franchigia maggiore di 10.000,00 euro e minore o uguale a 50.000,00 euro;
- Franchigia maggiore di 50.000,00 euro e minore o uguale a 100.000,00 euro;
- Franchigia maggiore di 100.000,00 euro e minore o uguale a 200.000,00 euro;
- Franchigia maggiore di 200.000,00 euro;

La somma delle quote percentuali di raccolta premi indicate in corrispondenza delle sei fasce di franchigia + la quota relativa a contratti stipulati per importi superiori alla soglia di SIR deve essere uguale a 100.

Scoperto

Per le voci relative allo scoperto deve essere indicata la quota percentuale dei premi lordi contabilizzati nell'anno di riferimento N ricadenti all'interno della relativa fascia.

Le fasce sono tre:

- Scoperto pari allo 0%;
- Scoperto maggiore dello 0% e minore o uguale al 15%;
- Scoperto maggiore del 15%;

La somma delle quote percentuali di raccolta premi indicate in corrispondenza delle tre fasce di scoperto deve essere uguale a 100.

Massimale

Per il massimale deve essere indicata la quota percentuale dei premi lordi contabilizzati nell'anno di riferimento N che afferiscono a contratti con strutture sanitarie e personale sanitario per i quali il massimale ha importo superiore al valore minimo fissato per legge.

5. Assistenza alla rilevazione

Per ogni eventuale chiarimento le imprese interessate potranno prendere contatti con il Servizio Studi e Gestione Dati, rivolgendosi alla casella funzionale: RCSAN@ivass.it

6. Prospetti

6.1 Contratti

PREMI E CONTRATTI RELATIVI ALLA RESPONSABILITÀ CIVILE SANITARIA					
Tipo settore operatività	Premi e contratti				
	Numero contraenti/assicurati totali	di cui numero assicurati polizze specifiche per colpa grave	Importo premi lordi (unità di €)	di cui premi lordi per polizze specifiche per colpa grave (unità di €)	Canale prevalente
1. Strutture sanitarie pubbliche					
2. Strutture sanitarie private					
3. Personale sanitario escluso il personale amministrativo operante presso le strutture sanitarie					

[illegible]

6.3 Coperture

CARATTERISTICHE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE COMMERCIALIZZATE NELL'ANNO N

Compilare il prospetto per ogni tipo settore operatività:

1. Strutture sanitarie pubbliche;
2. Strutture sanitarie private;
3. Personale sanitario escluso il personale amministrativo operante presso le strutture sanitarie

Voce	Valore percentuale dei premi			
per presenza SIR		La somma deve dare 100		
per franchigia 0 euro				
per franchigia > 0 e <= 10.000 euro				
per franchigia > 10.000 e <= 50.000 euro				
per franchigia > 50.000 e <= 100.000 euro				
per franchigia > 100.000 e <= 200.000 euro				
per franchigia > 200.000 euro				
per scoperto 0 %		La somma deve dare 100		
per scoperto > 0 e <= 15 %				
per scoperto > 15%				
per massimale sopra il limite di legge				