

Assicurazione della responsabilità civile verso
terzi e verso prestatori di lavoro

Case di Cura
Private, Case di Riposo, Centri Medici,
Poliambulatori

Proposta – Questionario

AGGIORNATO AL 28/09/2023

1) Informazioni sul Proponente

Ragione sociale: OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE S.p.A

Sede Sociale: VIA PADRE LEONARDO BELLO 3/C MOTTA DI LIVENZA (TV)

Data di costituzione: 24/05/2003

Ubicazione delle strutture: SEDE SOCIALE

UNITÀ LOCALE: VIA BISCARO 35, TREVISO

Il proponente è convenzionato con il S.S.N.



NO

Se SI, specificare con quale A.S.L. e/o Azienda Ospedaliera: AZIENDA ULSS N.2

MARCA TREVIGIANA

2) Composizione delle strutture di ricovero

N° Totale Reparti

2

N° Totale Posti Letto

COMPRESI
DH

150

di cui convenzionati con il S.S.N.

TUTTI

N° Totale Sale Operatorie

Informazioni specifiche su Reparti – Divisioni – Sezioni:

	Medici	Paramedici Prof.li	Paramedici Generici	N° Posti letto	N° interventi annui
Ginecologia – Ostetricia					
Terapia Intensiva					
Rianimazione					
Unità Coronarica					
Reparti di Chirurgia					
Geriatria					
Lungodegenza <u>MEDICINA</u> <u>RIAB. CARDIOVASCOLARE</u>	<u>12</u>	<u>32</u>	<u>28</u>	<u>78</u>	
Chirurgia Estetica					
<u>MEDICINA FISICA</u> <u>RIABILITATIVA</u>	<u>7</u>	<u>56</u>	<u>31</u>	<u>56</u>	

I reparti di Chirurgia sono autorizzati per interventi di espianto e trapianto di organi?

SI

NO

Nei reparti di Ginecologia/Ostetricia sono previste strutture specializzate di neonatologia?

SI

NO

Nei reparti di Ginecologia/Ostetricia si effettuano attività connesse alla Procreazione Medico Assistita ?

SI

NO

Esiste servizio di Day Hospital e/o Day Surgery ? SOLO DAY HOSPITAL



NO

Se SI, indicare: Principali specializzazioni

N° Addetti

Dipendenti

Non Dipendenti

MED. RIABILIT. II E III LIVELLO

28

28

RIAB. CARDIOVASCOLARE - DH

18

18

RIAB. PNEUMOLOGICA

3

3

Pronto Soccorso e Guardia Medica

Specializzazioni previste

N° Medici di Guardia Medica - Chirurgia

Interni nelle 24 ore	Reperibili extra moenia	Non direttamente dipendenti

Numero di prestazioni eseguite nell'anno:

Esiste un Centro trasfusionale con emoteca direttamente gestita?

SI

NO

Risultano attività svolte in mancanza dell'autorizzazione prescritta dalla legge?

SI

~~NO~~

Se SI, specificare quali

L'Ente è in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private con riferimento al D.P.R. 14 gennaio 1997 ?

~~SI~~

NO

Se NO, indicare i termini per l'attuazione

3) Apparecchiature e attrezzature elettromedicali

Apparecchiature			Disponibilità giornaliera			Marchio IMQ - ISO	Manutenzione a norme CEI 1276G - CEI 64/4	
Tipologia	Numero	Numero Addetti	24h	12h	<12h		SI	NO
T.A.C.	1			X		X	X	
R.M.N. ARTICOLARE	1			X		X	X	
Camera Iperbarica	1							
Defibrillatori	16		X		X	X	X	
Elettrobisturi	1				X	X	X	
ECOTOMOGRAFI	27				X	X	X	
APP. RADIOLOGICHE	1				X	X	X	
APP. TERAPIE FISICHE	70				X	X	X	

Età media delle apparecchiature anni6.....

Approvvigionamento

Sono previsti per i prossimi tre anni piani di investimenti in relazione ad attrezzature e strutture sanitarie ?

~~SI~~

NO

Se SI:

A) Indicare la loro specifica: CENTRALE DI MONITORAGGIO
RNN 1,5 TESLA

B) Allegare possibilmente gli ultimi due bilanci. PUBBLICATI SU AMM. TRASPARENTE

I contratti di fornitura per l'approvvigionamento di AEM (apparecchiature elettro medicali) prevedono espressamente

Certificazione IMQ – ISO - o altra garanzia di qualità prestata dal fornitore ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Condizioni di collaudo e di accettazione ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Regolamento di assistenza del fornitore ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Addestramento degli addetti da parte del fornitore ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Utilizzo ordinario

Ai fini del corretto utilizzo delle AEM sono previste procedure scritte per il personale addetto?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

L'osservanza delle normative di sicurezza è prevalente sulle istruzioni del fornitore ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

L'informazione inerente alla sicurezza è pianificata ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Esistono verifiche sulle procedure di utilizzo delle AEM ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Esistono protocolli che limitano l'utilizzo delle AEM al solo personale autorizzato ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

L'utilizzo delle AEM è programmato ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Tutte le AEM sono inventariate ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Esistono servizi per i quali le AEM sono in numero insufficiente ?

<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
-----------------------------	--

Se SI , indicare quali

Esiste un responsabile unico per l'utilizzo delle AEM ?

<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
-----------------------------	--

Se SI , indicare la qualifica del responsabile PER OGNI SERVIZIO/U.O. SONO
DEGNATI SPECIFICI RESPONSABILI

Addetti

Il personale addetto è:

Dipendente

☒

Non Dipendente

☒

Se non dipendente indicare se:

Libero Professionista

☒

Dipendente del fornitore

☒

Dipendente ditte manutenzione

☒

Il personale addetto è:

- sufficiente ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

- addestrato sistematicamente ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

- si relaziona al fornitore per l'aggiornamento ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Il personale è addestrato per:

- il solo utilizzo

☒

utilizzo / manutenzione

☒

Disfunzioni – manutenzione – dismissione

Gli addetti redigono e conservano documenti riguardanti:

- manuali e istruzioni dei fornitori ?
- Il funzionamento ordinario ?
- Le disfunzioni ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

E' previsto il controllo di processo delle AEM ?

E' fatto uso di metodi statistici per la valutazione dei dati ?

Chi si occupa delle azioni correttive ? indicare la qualifica dell'addetto **DITTE DI MANUTENZIONE**

La manutenzione è:

- Incidentale ? ☒ SI ☐ NO Periodica ? ☒ SI ☐ NO

Se periodica ogni quanto tempo ☒ 6 mesi ☒ 12 mesi ☐ 24 mesi ☐ oltre

Effettuata da Personale interno ☐ fornitore ☒ ditte terze ☒

Se effettuata da ditte terze, viene richiesta polizza assicurativa ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Se SI, indicare : massimali RCT/O Compagnia di Assicurazione

4) Notizie sul sistema di emergenza sanitaria

Il Proponente dispone di propri mezzi mobili di pronto intervento ?

<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
-----------------------------	--

Se SI, indicare: N° Autoambulanze ☐ N° Unità Mobili di Rianimazione ☐

Se NO, indicare eventuali convenzioni con: C.R.I. ☐ Associazioni Volontariato ☐ Altri ☒

5) Consenso Informato e Cartella Clinica

Esistono protocolli per l'acquisizione del consenso informato finalizzati per tipologia di intervento e/o terapia eseguiti nelle strutture assicurate (es. interventi chirurgici, trasfusioni , anestesia , indagini invasive, trattamenti non chirurgici ad alto rischio , specifici rischi come HIV e HCV) ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

~~In caso di intervento complesso che preveda successive e distinte fasi di attività sanitaria , vengono acquisiti consensi informati differenziati ?~~

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	--

Al paziente o ai suoi legali rappresentanti è concesso un lasso di tempo idoneo (in ragione della gravità della patologia) per valutare la situazione ed esprimere il consenso informato ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Se SI, citare alcuni esempi

LA MODULISTICA PREVEDE L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO E RIVALUTAZIONE

Nel caso di minore è previsto il suo coinvolgimento nell'acquisizione del consenso informato ?

Mai ☐ solo in alcuni casi quali ad esempio interventi chirurgici demolitivi ☐ solo su espressa richiesta dei legali rappresentanti del minore ☒

Ove il paziente o , nel caso di minori o soggetti adulti sottoposti a tutela legale, i suoi tutori legali non acconsentano a rilasciare il consenso informato per rinuncia all'informazione , dissenso ai trattamenti terapeutici, rifiuto delle prestazioni sanitarie o altra motivazione , tale manifestazione di volontà viene sempre acquisita per iscritto e debitamente documentata e conservata ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Il consenso informato è sempre acquisito in forma scritta ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Se NO , indicare per quali tipologie di interventi o terapie viene , di norma , preferita l'acquisizione del consenso informato in forma orale rispetto a quella scritta

Se SI , i moduli per il consenso sono predisposti dalla Direzione Sanitaria o sono utilizzati quelli predisposti dalle singole Società italiane delle varie specialità ? (allegare i moduli adottati)

MODULI PREDISPOSTI DALLA DIREZIONE SANITARIA DI ORAS E DALL'AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA

Il modulo del consenso da quali figure sanitarie è controfirmato (es. primario – operatore sanitario autorizzato) ?

I documenti che attestano il consenso informato sono sempre registrati e custoditi ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Se SI, con quali modalità SONO CONSERVATI NELLA DOCC SANITARIA (CARTELLA CLINICA) E/O CARTELLINO AMBULATORIALE

Nel caso di attività svolta all'interno della Casa di Cura da Medici liberi professionisti il consenso informato viene acquisito:

♦ direttamente ed in via del tutto autonoma dal medico libero professionista

<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
-----------------------------	--

♦ utilizzando moduli già predisposti o approvati dalla Direzione Sanitaria

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

In caso di inottemperanza nell'acquisizione del consenso informato da parte delle figure sanitarie incaricate, dipendenti o liberi professionisti, sono previsti provvedimenti disciplinari e/o sanzionatori nei confronti dei responsabili ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Sono previsti controlli e/o verifiche periodiche sugli standard di qualità e correttezza delle procedure di acquisizione del consenso informato ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Se SI, ogni quanto tempo, ☐ 6 mesi ☒ 12 mesi ☐ 24 mesi ☐ oltre

I protocolli relativi alla redazione/ compilazione delle CARTELLE CLINICHE prevedono :

Disposizioni sulla indicazione cronologica e contestuale di tutti gli atti medici (chirurgici, diagnostici, terapeutici) e aggiornamento quotidiano delle terapie ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Disposizioni sulla sottoscrizione contestuale delle cartelle cliniche da parte dei sanitari che hanno direttamente seguito il paziente e del medico responsabile del reparto ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Disposizioni sulla leggibilità del contenuto delle cartelle cliniche ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Verifiche periodiche sugli standard di qualità delle cartelle cliniche ?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Se SI, ogni quanto tempo ☐ 6 mesi ☒ 12 mesi ☐ 24 mesi ☐ oltre

6) Ulteriori notizie

A) Il Proponente per la sua attività è collegato a Cliniche e Istituti Universitari?

Se SI, indicare per quali attività: TIROCINI FORMATIVI, COMPONENTI COQUITATO

☒ SI ☐ NO

B) Il Proponente è proprietario di altre Cliniche o partecipa nel capitale di altre Cliniche?

☐ SI ☒ NO

Se SI, indicare denominazione e fatturato e allegare copia del bilancio dell'ultimo esercizio

C) Vengono impiegate sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione

artificiale di particelle atomiche ?

☐ SI ☒ NO

D) Viene eseguita la distribuzione ed utilizzo del sangue ?

SOLO UTILIZZO

☒ SI ☐ NO

E) Viene svolta l'attività di sperimentazione ai sensi di legge?

☒ SI ☐ NO

F) La Clinica richiede al personale medico (dipendente e non) l'esibizione di polizza di RC professionale stipulata

individualmente? AL PERSONALE LIBERO PROFESSIONISTA

☒ SI ☐ NO

7) Parametri per il calcolo del premio

Fatturato:

2021 penultimo esercizio € 28.460.000

2022 ultimo esercizio € 30.620.000

2023 esercizio corrente € 31.000.000 PREVISIONE

Retribuzioni del personale (medico e non):

• Corrisposte nel precedente anno solare: 2022 € 12.680.000

• Preventivate nel corrente anno: 2023 € 13.000.000

Retribuzioni / compensi spettanti al personale convenzionato per prestazioni effettuate presso strutture della Casa di Cura

(esclusa l'attività privata):

• Corrisposte nel precedente anno solare: 2022 € 637.000

• Preventivate nel corrente anno: 2023 € 550.000

PROSPETTO SINISTRI GIÀ
AGLI ATTI DELLA COMPAGNIA

[illegible]

10) Garanzie richieste

A) Per la R.C.T. :

Massimali

:

per sinistro

300.000,00

per persona

.....

per cose

retroattività richiesta n.anni

ultrattività richiesta n. mesi

B) Per la R.C.O. :

Massimali

:

per sinistro

.....

per persona

.....

Comprese le malattie professionali ?

SI

NO

Se SI, dovrà essere compilato lo specifico questionario (allegato n. 2)

11) Altre dichiarazioni

Il Proponente ha presentato altri questionari simili a questo ad altre Compagnie di assicurazione per i medesimi rischi ?

SI

NO

Se SI, indicare quali Compagnie:

.....
.....
.....

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipula della Polizza di assicurazione.

Qualora la Polizza R.C.T./O. fosse emessa, le dichiarazioni rese nel questionario saranno tuttavia prese a fondamento del contratto e formeranno parte integrante del medesimo.

Il Proponente riconosce che le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario risultano conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Data.....

28/09/2023

Firma della proponente.....

OSPEDALE RIABILITATIVO DI
ALTA SPECIALIZZAZIONE SPA
MOTTACCHENZANO (TV)
Orianna Romanello

- Allegato 1 -

Prospetto riguardante Medici e Paramedici dipendenti e non dipendenti di cui il Proponente si avvale nell'esercizio delle sue attività

Personale dipendente:

A) N° Medici 22 di cui: N° Specialisti che non effettuano interventi chirurgici 22
☐ N° Specialisti che effettuano interventi chirurgici /
 B) N° Paramedici 209 di cui: N° Professionali (INFERMIERI, LOGOPEDISTI, PSICLOGI, TSP, FISIOT. IT.O.) 135
 N° Generici (COSS) 74

Personale non dipendente:

A) N° Medici specialisti liberi professionisti
 Di cui: N° Specialisti che non effettuano interventi chirurgici 104
 N° Specialisti che effettuano interventi chirurgici 3
 B) N° Medici specialisti a rapporto convenzionato
 Di cui: N° Specialisti che non effettuano interventi chirurgici 40
 N° Specialisti che effettuano interventi chirurgici 0

C) N. MEDICI IN COORDINAMENTO ULSS 2 (NO INTERVENTI) : 3
 D) N. MEDICI SOCIETÀ OUTSOURING : 24 (NO INTERVENTI)
 E) N. PERSONALE SANITARIO IN COORDINAMENTO ULSS : 14 INFERMIERI
 F) N. PERSONALE IN SOMMINISTRAZIONE : 7 PROFESSIONALI
 4 GENERICI

