

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  
UNITA' LOCALE: VIA BISCARO 35, TREVISO

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

SI  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 MEDICINA RIAB. CARDIOVASCOLARE	12	32	28	78	
Chirurgia Estetica					
MEDICINA FISICA RIABILITATIVA	7	56	31	56	

~~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  SI  NO

Se SI, indicare: Principali specializzazioni

Principali specializzazioni	N° Addetti	Dipendenti	Non Dipendenti
<u>MED. RIABILIT II e III LIVELLO</u>	<u>28</u>	<u>28</u>	.....
<u>RIAB. CARDIOVASCOLARE - DH</u>	<u>18</u>	<u>18</u>	.....
<u>RIAB. PNEUMOLOGICA</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	.....
.....	.....	.....	.....

**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	
ECOTONOGRAFI	27				X	X	X	
APP. RADIOLOGICHE	1				X	X	X	
APP. TERAPIE FISICHE	70				X	X	X	

Età media delle apparecchiature anni ..... 6

**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 DESIGNATI 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**

*E' IN PREVISIONE*

**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 ) ?

SI  NO

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

~~SI  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 ?

SI  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 ?

SI  NO

Il consenso informato è sempre acquisito in forma scritta ?

SI  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 D.O.C.C. 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

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

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

<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> 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 ?

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

D) Viene eseguita la distribuzione ed utilizzo del sangue ? SOLO UTILIZZO

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

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

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

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

individualmente? AL PERSONALE LIBERO PROFESSIONISTA

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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









