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 20/09/2024

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

N° Totale Posti Letto

COMPRESI
DH

di cui convenzionati con il S.S.N.

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					
Geriatra					
Lungodegenza RIAB. CARDIOVASCOLARE	13	37	25	78	
Chirurgia Estetica					
MEDICINA FISICA RIABILITATIVA	8	64	29	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
MED. RIABILIT. II e III LIVELLO	29	29	
RIAB. CARDIOVASCOLARE - DH	11	11	
RIAB. PNEUMOLOGICA - DH	5	5	
.....			

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	2			X		X	X	
Camera Iperbarica								
Defibrillatori	17		X		X	X	X	
Elettrobisturi	1				X	X	X	
FOTOGRAFI	28				X	X	X	
APP. RADIOLOGICHE	4				X	X	X	
APP. T. FISICHE	70				X	X	X	
RPN 1,5 TESLA	1			X		X	X	

Età media delle apparecchiature anni 6

CENTRALE MONITORAGGIO

X
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:.....
.....

B) Allegare possibilmente gli ultimi due bilanci. PUBBLICATI SU ANM. 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 ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

Condizioni di collaudo e di accettazione ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

Regolamento di assistenza del fornitore ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

Addestramento degli addetti da parte del fornitore ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

Utilizzo ordinario

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

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

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

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

L'informazione inerente alla sicurezza è pianificata ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

Esistono verifiche sulle procedure di utilizzo delle AEM ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

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

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

L'utilizzo delle AEM è programmato ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

Tutte le AEM sono inventariate ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

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

☐ SI	☒ NO
-----------------------------	--

Se SI , indicare quali

Esiste un responsabile unico per l'utilizzo delle AEM ?

☐ SI	☒ 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 ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

- addestrato sistematicamente ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

- si relaziona al fornitore per l'aggiornamento ?

☒ SI	☐ 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 ?

☒ SI	☐ NO
☒ SI	☐ NO
☒ SI	☐ NO
☒ SI	☐ NO
☐ SI	☒ 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

IN PREVISIONE

La manutenzione è:

- Incidentale ? NO Periodica ? 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 ?

☒ SI	☐ 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 ?

☐ SI	☒ 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 TRENIGIANA.

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 ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

Se SI, con quali modalità SONO CONSERVATI NELLA DECC. 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

☐ SI	☒ NO
-----------------------------	--

♦ utilizzando moduli già predisposti o approvati dalla Direzione Sanitaria

☒ SI	☐ 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 ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

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

☒ SI	☐ 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 ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

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

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

Disposizioni sulla leggibilità del contenuto delle cartelle cliniche ?

☒ SI	☐ NO
--	-----------------------------

Verifiche periodiche sugli standard di qualità delle cartelle cliniche ?

☒ SI	☐ 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?

SI NO

Se SI, indicare per quali attività: TIPOLOGIE FORMATIVE, COMPONENTI

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

SI NO

artificiale di particelle atomiche?

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:

2022 penultimo esercizio € 30.620.000
2023 ultimo esercizio € 31.295.000
2024 esercizio corrente € 33.500.000 PREVISIONE

Retribuzioni del personale (medico e non):

- Corrisposte nel precedente anno solare: 2023 € 12.893.101
- Preventivate nel corrente anno: 2024 € 13.220.000

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

(esclusa l'attività privata):

- Corrisposte nel precedente anno solare: 2023 € 550.000
- Preventivate nel corrente anno: 2024 € 560.000

8) Precedenti assicurativi

GARANZIE IN CORSO

A) Per la R.C.T. :

Massimali :

per sinistro

3.000.000,90

per persona

per cose

Compagnia di Assicurazione

GENERALI ITALIA SPA

Data decorrenza polizza

30/11/2023

Data scadenza polizza

30/11/2024

B) Per la R.C.O. :

Massimali :

per sinistro

per persona

Comprese le malattie professionali ?

SI NO

Compagnia di Assicurazione

Data decorrenza polizza

Data scadenza polizza

Tipo di validità temporale della copertura :

Loss Occuring (sinistro = data di accadimento)

~~Claims Made~~ (sinistro = richiesta risarcimento)

Retroattività : a partire dal

Ultrattività : fino alla data del

RCT RCO RCT/O

RCT RCO RCT/O

Motivo Cessazione Garanzia :

Disdetta per rescindibilità :

data

esercitata da Assicurato

esercitata da Compagnia

Recesso per sinistro :

data

Scadenza contrattuale :

data

Il Proponente ha denunciato sinistri nell'ultimo quinquennio ?

SI NO

Se SI , si prega di compilare in ogni sua parte il prospetto di cui al successivo punto 9)

Il Proponente è a conoscenza di procedimenti penali instaurati nei confronti di propri collaboratori liberi professionisti o dipendenti, per morte o lesioni subite dai pazienti ?

SI NO

Se SI, si prega di fornire notizie in merito sui reparti interessati e sul tipo di lesioni , omettendo l'identità dei collaboratori liberi professionisti o dipendenti e dei pazienti coinvolti, in ossequio alla Legge 675 del 31/12/96

10) Garanzie richieste

A) Per la R.C.T. :

Massimali :

per sinistro

3.000.000,00

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 sottaciato alcun elemento influente sulla valutazione del rischio ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Data

20/09/2024

Firma della proponente.....

Ornella Lulli

- 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 23 di cui: N° Specialisti che non effettuano interventi chirurgici 23
N° Specialisti che effettuano interventi chirurgici 0
B) N° Paramedici 213 di cui: N° Professionali 138
(INFERMIERI, LOGOPEDISTI, PSICOLOGI, TSRM, FISIOT.)
N° Generici (OSS) 75

Personale non dipendente:

A) N° Medici specialisti liberi professionisti
Di cui: N° Specialisti che non effettuano interventi chirurgici 90
N° Specialisti che effettuano interventi chirurgici 4
AMBULATORIALI
B) N° Medici specialisti a rapporto convenzionato
Di cui: N° Specialisti che non effettuano interventi chirurgici 20
N° Specialisti che effettuano interventi chirurgici 0

C) N. MEDICI IN COMANDO ULSS2 (NO INTERVENTI) : 2
D) N. MEDICI SOCIETÀ OUTSOURCING : 22 (NO INTERVENTI)
E) N. PERSONALE SANITARIO COMANDO ULSS : 14
F) N. PERSONALE SOMMINISTRAZIONE : 11
G) N. INFERMIERI LIBERO PROFESSIONISTI : 15