

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 23/09/2025

1) Informazioni sul Proponente

Ragione sociale: OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE SPA
 Sede Sociale: VIA PADRE LEONARDO BELLO 31 C MOSTA DI LIUNZA
 Data di costituzione: 24/05/2003
 Ubicazione delle strutture: SEDE LEGALE
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					
Geriatria					
Lungodegenza <u>MEDICINA RIAB CARDIOVASCOLARE</u>	14	33	24		
Chirurgia Estetica					
<u>MEDICINA FISICA RIABILITATIVA</u>	8	59	28		

~~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 commesse 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

N° Addetti

Dipendenti

Non Dipendenti

UNITA' RIABILIT. II e III LIVELLO

28

28

RIAB. CARDIOVASCOLARE - DH

11

11

RIAB. PNEUMOLOGICA - DH

6

6

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. ARTIGIANE	2			X		X	X	
Camera Iperbarica	—							
Defibrillatori	16		X		X	X	X	
Elettrobisturi	1				X	X	X	
ECOTOMOGRAFI	31				X	X	X	
APP. RADIOLOGICHE	6				X	X	X	
APP. T. FISICHE	68				X	X	X	
RMN 1,5 TESLA	1			X		X	X	

Età media delle apparecchiature anni 7.....

CENTRALE MONITORAGGIO

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 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 <i>PER OGNI SERVIZIO / NO SONO DESIGNATI SPECIFICI RESPONSABILI</i>		

Addetti

Il personale addetto è:	Dipendente	<input checked="" type="checkbox"/>	Non Dipendente	<input checked="" type="checkbox"/>
Se non dipendente indicare se:	Libero Professionista	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Dipendente del fornitore	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Dipendente ditte manutenzione	<input checked="" type="checkbox"/>		

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	<input checked="" type="checkbox"/>	utilizzo / manutenzione	<input checked="" type="checkbox"/>

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
--	-----------------------------

E' previsto il controllo di processo delle AEM ?

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

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

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

in
prevista

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) ?

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 E VERIFICA VALIDITÀ DEL CONSENSO

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 DELL'AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA

Il modulo del consenso da quali figure sanitarie è controfirmato (es. primario - operatore sanitario autorizzato) ?
E FIRMATO DAL MEDICO CHE LO ACQUISISCE E CONTROFIRMATO

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?

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

Se SI, indicare per quali attività: CAURATO SCIENTIFICO TIRSOINI FORNATINI COMPONENTI

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

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

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

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

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

artificiale di particelle atomiche ?

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

2023 penultimo esercizio € 31.295.000
2024 ultimo esercizio € 34.386.000
2025 esercizio corrente € 35.500.000 PREVISIONE

Retribuzioni del personale (medico e non):

- Corrisposte nel precedente anno solare: 2024 € 13.216.000
- Preventivate nel corrente anno: 2025 € 13.500.000

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

(esclusa l'attività privata):

- Corrisposte nel precedente anno solare: 2024 € 560.000
- Preventivate nel corrente anno: 2025 € 610.000

8) Precedenti assicurativi

GARANZIE IN CORSO

A) Per la R.C.T. : **Massimali** : per sinistro 3.000.000,00
per persona
per cose

Compagnia di Assicurazione GENERALI ITALIA SPA

Data decorrenza polizza .../.../... Data scadenza polizza 30/11/2025

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

Data 23/09/2025

Firma della proponente.....


OSREDALE RIABILITATIVO DI
ANTISPECIALIZZAZIONE SPA
NELL'ATTIVITA' CIVILE
Amministratore Delegato
Gianna 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 23 di cui: N° Specialisti che non effettuano interventi chirurgici 23
 N° Specialisti che effettuano interventi chirurgici /
 B) N° Paramedici 213 di cui: N° Professionali (INFERMIERI, LOGOPEDISTI, PSICOLOGI, TSM, FISIOTERAPISTI) 144
 N° Generici (OSS) 69

Personale non dipendente:

A) N° Medici specialisti liberi professionisti
 Di cui: N° Specialisti che non effettuano interventi chirurgici 110
 N° Specialisti che effettuano interventi chirurgici 8
 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 ULSS (NO INTERVENTI) : 1
 D) N. MEDICI SOCIETÀ OUTSOURCING : 35 (NO INTERVENTI)
 E) N. PERSONALE SANITARIO COMANDO ULSS : 14
 F) N. PERSONALE SOMMINISTRAZIONE : 15
 G) N. INFERMIERI LIBERA PROFESSIONE : 16
 H) N. TECNICI SANITARI RADIOLOGIA IN LIBERA PROFESSIONE : 7

