

QUESTIONARIO R.C.

CASE DI RIPOSO E STRUTTURE RESIDENZIALI

Ragione sociale del Proponente: Charitas ASP - servizi assistenziali per disabili
 Indirizzo sede legale: Strada Panni, 199 Comune: Modena Provincia: (MO)
 Partita I.V.A.: 02008920361 Data costituzione: Codice ATECO: 87.30.00 - 88.10.00
 Convenzionato con il servizio sanitario nazionale? ☒ Sì ☐ No Specificare A.S.L.: Modena
 Ubicazione strutture: Modena - Strada Panni, 199 (con ingresso anche da via F.lli Rosselli 396)

Trattasi di:

- | | |
|---|-------------------------------|
| - Casa di Riposo, Casa Albergo, Casa Famiglia <input checked="" type="checkbox"/> | Posti letto totali: <u>6</u> |
| | di cui accreditati: <u>0</u> |
| - Residenza Sanitario Assistenziale <input checked="" type="checkbox"/> | Posti letto totali: <u>68</u> |
| | di cui accreditati: <u>68</u> |
| - Altro (specificare) <u>Centro diurno disabili</u> <input checked="" type="checkbox"/> | Posti letto totali: <u>20</u> |
| | di cui accreditati: <u>20</u> |

Breve descrizione dell'attività svolta:
Assistenza e riabilitazione a persone con gravi disabilità

Indicare % ospiti NON autosufficienti rispetto al totale dei pazienti trattati: 100%

FATTURATO

ANNO	FATTURATO CONSEGUITO	FATTURATO PREVENTIVATO
Prossimo anno		6.823.298
Anno corrente		6.842.300
I anno precedente	7.050.625	
Il anno precedente	6.481.530	

Indicare la suddivisione percentuale dei ricavi derivanti dall'attività del Proponente/Assicurato:

12,87 % Pazienti Paganti

87,11 % S.S.N./Pubblico

0,02 % Donazioni

TIPOLOGIA DI ATTIVITA' SVOLTA	NR ACCESSI ANNUI	NR POSTI LETTO	% OCCUPAZIONE POSTI LETTO
Riabilitazione ortopedica			
Riabilitazione neurologica			
Psichiatria			
Anziani non autosufficienti			
Anziani autosufficienti			
Disabilità		74	98,65%
Dipendenze e/o disturbi alimentari			
Cure palliative (terminale e/o coma)			
Altro			

Indicare le attività/specialità che rappresentano le percentuali più elevate nella costituzione del fatturato complessivo conseguito/preventivato negli anni indicati:

ANNO	ATTIVITA'/SPECIALITA'	% FATTURATO
Anno in corso	1. Rette di ricovero residenziali	86,64 %
	2. Rette di utenza centro diurno	6,62 %
	3. Altri ricavi e proventi	3,49 %
I anno precedente	1. Rette di ricovero residenziali	87,25 %
	2. Altri ricavi e proventi	4,29 %
	3. Rette di utenza centro diurno	3,92 %

Specialità, Nr dei medici e Nr prestazioni svolte:

	Attività svolte all'interno della struttura	Med. Dipendenti	Med. Strutturati	Nr. Prestazioni annue	Med. Libero Professionisti	Nr. Prestazioni annue
1	Allergologia, immunologia					
2	Anatomia patologica					
3	Andrologia					
4	Anestesia, terapia intensiva					
5	Angiologia					
6	Audiologia					
7	Cardiologia					
8	Diabetologia (o malattie del metabolismo)					
9	Ematologia / medicina trasfusionale					
10	Endocrinologia					
11	Farmacologia					
12	Farmacia ospedaliera					
13	Gastroenterologia					
14	Geriatria					
15	Malattie infettive					
16	Medicina di base				1	
17	Medicina d'urgenza					
18	Medicina fisica riabilitativa					
19	Medicina generale					
20	Medicina termale					
21	Neurologia					
22	Neuropsichiatria					
23	Oculistica e oftalmologia					
24	Ortopedia					
25	Pneumologia					
26	Psichiatria				1	
27	Reumatologia					
28	Riabilitazione - fisioterapia					
29	Urologia					
30	Altro (specificare):					

Indicare specialità e numero di prestatori di lavoro che svolgono attività all'interno della struttura:

	ATTIVITA'	NUMERO PRESTATORI DI LAVORO	
		DIPENDENTI	NON DIPENDENTI
1	Medici		2
2	Infermieri		8
3	Fisioterapisti / tecnici di neurofisioreabilitazione	2	
4	Educatori professionali	11	
5	ASA, OTA, OSS	95	87
6	Altro personale	10	14

INFORMAZIONI SPECIFICHE SULL'ATTIVITÀ

- I. La struttura assistenziale è dotata di un poliambulatorio che effettua visite anche a soggetti esterni?
☐ Sì ☒ No
- II. A) Per quante ore al giorno è garantita la presenza del personale medico? 3 ore
 B) Per quante ore al giorno è garantita la presenza del personale infermieristico? 24 ore
- III. Esiste il servizio di Day Hospital e/o Day Surgery?
☐ Sì ☒ No

Se sì, indicare: specializzazioni e nr. addetti distinguendo tra dipendenti e non dipendenti:

- IV. Indicare il nr. di prestazioni annue svolte in ambito di fisioterapia, medicine non convenzionali e altre terapie fisiche non mediche: _____

- V. Specificare, se presenti, il **numero degli ambienti** dedicati alle seguenti attività:

- | | | |
|---|--|--------------|
| a) Laboratori di analisi chimico-cliniche-microbiologiche | <input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No | Nr. _____ |
| b) Diagnostica per immagini – radiodiagnostica | <input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No | Nr. _____ |
| c) Mammografie | <input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No | Nr. _____ |
| d) Ambulatori medici per visite | <input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Nr. <u>1</u> |
| e) Ambulatori medici per attività invasive (chirurgia minore) | <input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No | Nr. _____ |
| f) Palestre | <input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Nr. <u>1</u> |
| g) Piscine | <input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No | Nr. _____ |
| h) Percorsi pedonali esterni | <input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Nr. <u>4</u> |
| i) Altri ambienti: <u>locale vasca per idroterapia (n° 1)</u> | | |

- VI. Il proponente dispone di propri mezzi mobili di pronto intervento? ☐ Sì ☒ No
 Se sì indicare: Nr. Ambulanze _____ Nr. Unità mobili di rianimazione _____
 Se no indicare eventuali convenzioni: _____

- VII. Viene eseguita la distribuzione ed utilizzo di sangue e/o emoderivati?
☐ Sì ☒ No

- VIII. Esiste un centro trasfusionale con emoteca direttamente gestita? ☐ Sì ☒ No

- IX. L'attività viene svolta anche a domicilio del paziente o presso Terzi? ☐ Sì ☒ No
Se sì, indicare il numero e il ruolo del personale che svolge attività esterna:
-
-

RISK MANAGEMENT – CONSENSO INFORMATO

- I. Indicare se esiste una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico (Risk Manager):
☐ Sì ☒ No
- II. Sono in corso progetti di risk management? Se sì, si prega di allegare la documentazione.
- III. Esistono protocolli per l'acquisizione del consenso informato finalizzati per tipologia di intervento e/o terapia eseguite nelle strutture assicurate?
☒ Sì ☐ No
- IV. Il consenso informato è sempre acquisito in forma scritta?
☒ Sì ☐ No
- V. Il modulo del consenso informato da quali figure sanitarie è controfirmato (es. primario o operatore sanitario autorizzato)? Medico specialista esterno
- VI. I documenti che attestano il consenso informato sono sempre registrati e custoditi?
☒ Sì ☐ No Con che modalità? cartacea e informatica
- VII. Nel caso di medici liberi professionisti che svolgono attività all'interno della struttura, il consenso informato viene acquisito:
☐ Direttamente e in via autonoma da parte del medico libero professionista
☐ Utilizzando moduli già predisposti e autorizzati dalla Direzione Sanitaria
- VIII. Sono previsti controlli e/o verifiche periodiche sugli standards di qualità e correttezza delle procedure di acquisizione del consenso informato?
☐ Sì ☒ No Ogni quanti mesi? _____
- IX. Il personale medico viene formato sulla politica aziendale in tema di informazione al paziente e acquisizione al consenso delle prestazioni?
☒ Sì ☐ No
- X. Al paziente o ai suoi legali rappresentanti è concesso un lasso di tempo idoneo (in ragione della gravità delle patologie) per valutare la situazione ed esprimere il consenso?
☒ Sì ☐ No
- XI. Esiste un programma strutturato per la manutenzione delle apparecchiature mediche?
☒ Sì ☐ No
- XII. La manutenzione delle apparecchiature è svolta periodicamente?
☒ Sì ☐ No Ogni quanti mesi? 12
- XIII. La manutenzione delle apparecchiature è effettuata da:
☒ personale interno ☒ fornitore ☐ terzi
In caso di terzi è richiesta polizza RC? ☐ Sì ☒ No
- XIV. Viene tenuto una cartella o diario infermieristico aggiornato regolarmente? ☒ Sì ☐ No
Se sì, sono utilizzati strumenti informatici (cartella clinica elettronica)? ☒ Sì ☐ No

POLIZZE IN CORSO O PRECEDENTI

Anno	In corso	I Anno precedente	II Anno precedente	III Anno precedente	IV Anno precedente
Compagnia					
Massimale per sinistro					
Massimale aggregato annuo					
Franchigia per sinistro					
Franchigia aggregata annua					
SIR					
Claims Made o Loss Occurrence?					
Retroattività					
Premio Annuo Lordo					

- La Vostra attuale polizza assicurativa:
 - include la copertura RC personale del personale sanitario strutturato? ☐ Sì ☒ No
 - include la copertura RC personale dei medici libero professionisti? ☐ Sì ☒ No
- Indicare la data di scadenza della polizza: ____/____/____
- Vi sono mai state delle disdette di polizze RCT o RCT/O per sinistro? ☐ Sì ☒ No
 Se sì, indicare anno e compagnia: _____
- Vi sono noti eventuali procedimenti penali instaurati nei confronti del personale dipendente e/o libero professionista per morte o lesioni subite da pazienti? ☐ Sì ☒ No
 Se sì, specificare: _____
- Al personale Libero Professionista è chiesta la sottoscrizione e il mantenimento di una polizza per responsabilità civile professionale? ☐ Sì ☒ No
- Se sì, è richiesto un massimale minimo? Quale? ☐ Sì ☐ No Importo € _____
- Viene richiesto al personale sanitario dipendente e/o strutturato la sottoscrizione di una polizza di Responsabilità Civile per Colpa Grave? ☐ Sì ☒ No
- Viene effettuato un controllo delle polizze assicurative di tutto il personale sanitario (dipendenti, convenzionati e liberi professionisti)? Con quale Frequenza?
 No

SCHEMA SINISTROSITA'

Si prega di fornire un elenco completo delle richieste di risarcimento degli ultimi 10 anni e degli eventuali fatti noti che potrebbero portare ad una richiesta di risarcimento, compilando il file Excel allegato.

CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA RICHIESTA

Massimale a sinistro / aggregato annuo richiesto:

☐ 1.000.000€

☐ 2.000.000€

☐ 3.000.000€

☐ 4.000.000€

☐ 5.000.000€

☐ Altro: _____

Garanzie particolari aggiuntive richieste:

Franchigia: ☐ 2.500€ ☐ 5.000€ ☐ 10.000€ ☐ Altro: _____

Retroattività dal: _____ (*)

(*) con riferimento alla Legge 24/2017 che prevede una retroattività minima di 10 anni, invitiamo a prevedere un periodo di copertura pregressa adeguata.

Assicurare anche Società collegate e/o controllate? ☐ Sì ☒ No

Prevedere la rinuncia alla rivalsa per colpa grave nei confronti del personale dipendente e/o convenzionato? ☐ Sì ☐ No

Estendere la definizione di "richieste di risarcimento" all'ambito PENALE? ☐ Sì ☐ No

Se sì, indicare il nr di sequestri di cartelle cliniche avvenuti negli ultimi 5 anni: _____

Estensione della garanzia alla responsabilità del Direttore Sanitario? ☐ Sì ☒ No

Se Sì indicare:

Nominativo _____

Tipologia di contratto: ☐ Dipendente ☐ Non Dipendente

In passato ha già svolto questa tipologia di incarico? ☐ Sì ☐ No

Esistono a suo carico sinistri pregressi? ☐ Sì ☐ No

Se Sì, si prega di fornire informazioni (in particolare data dell'evento e importi):

NOTE AGGIUNTIVE:

Data: 15/06/2022

Firma: 
Charitas - ASP
IL DIRETTORE
Dott.ssa Chiara Arletti