

## 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:

<b>ANNO</b>	<b>ATTIVITA'/SPECIALITA'</b>	<b>% FATTURATO</b>
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:

	<b>Attività svolte all'interno della struttura</b>	<b>Med. Dipendenti</b>	<b>Med. Strutturati</b>	<b>Nr. Prestazioni annue</b>	<b>Med. Libero Professionisti</b>	<b>Nr. Prestazioni annue</b>
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	Geriatrics					
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  Sì  No Nr. \_\_\_\_\_
- b) Diagnostica per immagini – radiodiagnostica  Sì  No Nr. \_\_\_\_\_
- c) Mammografie  Sì  No Nr. \_\_\_\_\_
- d) Ambulatori medici per visite  Sì  No Nr. 1
- e) Ambulatori medici per attività invasive (chirurgia minore)  Sì  No Nr. \_\_\_\_\_
- f) Palestre  Sì  No Nr. 1
- g) Piscine  Sì  No Nr. \_\_\_\_\_
- h) Percorsi pedonali esterni  Sì  No Nr. 4
- i) Altri ambienti: locale vasca per idroterapia (n° 1)

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:
  - o include la copertura RC personale del personale sanitario strutturato?
 

Sì       No
  - o 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  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## SCHEDA 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

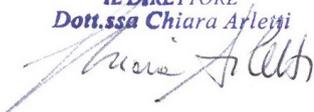
Se Sì, si prega di fornire informazioni (in particolare data dell'evento e importi):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### NOTE AGGIUNTIVE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: 15/06/2022

Firma:   
**Charitas - ASP**  
IL DIRETTORE  
Dott.ssa Chiara Arleji