

QUESTIONARIO R.C.

CASE DI RIPOSO E STRUTTURE RESIDENZIALI

Ragione sociale del Proponente: ASP delle TERME D'ARGINE
Indirizzo sede legale: VIA TIRATO e TIRATE, 22 Comune: CARPI Provincia: MODENA (MO)
Partita I.V.A.: 03169870361 Data costituzione: 2008 Codice ATECO: _____
Convenzionato con il servizio sanitario nazionale? ☒ Sì ☐ No Specificare A.S.L.: MODENA
Ubicazione strutture: COMUNE di CARPI

Trattasi di:

- Casa di Riposo, Casa Albergo, Casa Famiglia ☐ Posti letto totali: _____
di cui accreditati: _____
- Residenza Sanitario Assistenziale ☒ Posti letto totali: 64
di cui accreditati: 64
- Altro (specificare) _____ ☐ Posti letto totali: _____
di cui accreditati: _____

Breve descrizione dell'attività svolta:

ASSISTENZA SOCIO SANITARIA RESIDENZIALE AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

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

FATTURATO

ANNO	FATTURATO CONSEGUITO	FATTURATO PREVENTIVATO
Prossimo anno <u>2023</u>		<u>6.940.000</u>
Anno corrente <u>2022</u>		<u>6.002.000</u>
I anno precedente <u>2021</u>	<u>9.163.102</u>	
II anno precedente <u>2020</u>	<u>18.988.033</u>	

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

57 % Pazienti Paganti

43 % S.S.N./Pubblico

0 % Donazioni

TIPOLOGIA DI ATTIVITA' SVOLTA	NR ACCESSI ANNUI	NR POSTI LETTO	% OCCUPAZIONE POSTI LETTO
Riabilitazione ortopedica			
Riabilitazione neurologica			
Psichiatria			
Anziani non autosufficienti		<u>64</u>	<u>98%</u>
Anziani autosufficienti			
Disabilità			
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.	%
	2.	%
	3.	%
I anno precedente	1.	%
	2.	%
	3.	%

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	Geriatrica					
15	Malattie infettive					
16	Medicina di base					
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					
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		1
2	Infermieri	6	
3	Fisioterapisti / tecnici di neurofisioreabilitazione	1	
4	Educatori professionali		
5	ASA, OTA, OSS	28	
6	Altro personale	5	

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? 2 ore
B) Per quante ore al giorno è garantita la presenza del personale infermieristico? 13 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. _____
e) Ambulatori medici per attività invasive (chirurgia minore) ☐ Sì ☐ No Nr. _____
f) Palestre ☐ Sì ☐ No Nr. _____
g) Piscine ☐ Sì ☐ No Nr. _____
h) Percorsi pedonali esterni ☐ Sì ☐ No Nr. _____
i) Altri ambienti: _____

- 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
(NON È UNA STRUTTURA SANITARIA)

- 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)? MEDECO DELLA CRA (NSA)
- VI. I documenti che attestano il consenso informato sono sempre registrati e custoditi?
☒ Sì ☐ No Con che modalità? IN CARTELLA DEL PAZIENTE
- 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? 6 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? ANNUALMENTE
- 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?

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: 11/01/2013

Firma: 