

QUESTIONARIO

Polizza R.C. Malpractice Strutture Sanitarie Private

Denominazione Struttura / Ragione Sociale / Attività Svolta

N.B. Quotazione fornita solo in presenza di:

1) **Questionario** compilato in ogni parte, datato e firmato

corredato

2) Elenco **Medici Dipendenti** in servizio

3) Elenco **Medici NON Dipendenti** operanti nella Struttura

4) Copie **Singole Polizze**

- Strutture

- Medici Dipendenti

- Medici NON dipendenti

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA

Codice ministeriale identificativo della struttura

Tipologia della struttura

Ragione sociale e data di costituzione

Sede sociale

Partita IVA e/o Cod. Fisc.

Ubicazione della struttura

Presenza di cliniche/istituti universitari

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Collegamento con cliniche/istituti universitari

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) – ATTIVITA' - DATI GENERALI

1.1 – Data costituzione, autorizzazioni, accreditamento – Attività professionale.

Il proponente è accreditato presso il S.S.N. ?
 SI *NO*

Se **SI**, specificare con quale A.S.L. e/o Azienda Ospedaliera:

.....

Indicare la data di costituzione e del primo convenzionamento/accreditamento

.....

Risultano attività svolte in mancanza dell'autorizzazione prescritta dalla legge?
 SI *NO*

Se **SI**, specificare quali

.....

.....

Attività in regime di ricovero

N° Totale Reparti
 N° Totale Posti Letto di cui accreditati con il S.S.N.

Regime di ricovero degenza ordinaria
(da compilare per tutte le discipline esercitate)

Reparti Divisioni Sezioni	Codice e discipline esercitate	Numero medici dipendenti	Numero medici liberi prof.	Numero personale paramedico		Numero posti letto
				Professionale	Generico	

Regime di ricovero degenza Day Hospital e/o Day Surgery
(da compilare per tutte le discipline esercitate)

Reparti Divisioni Sezioni	Codice e discipline esercitate	Numero medici dipendenti	Numero medici liberi prof.	Numero personale paramedico		Numero posti letto
				Professionale	Generico	

1.2 – Personale dipendente e non dipendente, fatturato.

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 : N° che non effettuano interventi chirurgici

B) N° Paramedici di cui: N° Professionali e/o Tecnici
N° Generici

Personale a rapporto di collaborazione professionale continuativa
(parasubordinati):

A) N° Medici : N° che non effettuano interventi chirurgici

B) N° Paramedici di cui: N° Professionali e/o tecnici
N° Generici

Personale non dipendente:

A) N° Medici specialisti liberi professionisti :
N° che non effettuano interventi chirurgici

B) N° Medici specialisti a rapporto convenzionato:
N° che non effettuano interventi chirurgici

Fatturato:

complessivo degli ultimi tre esercizi Euro

ultimo esercizio Euro.....

di cui relativo a: *chirurgia* Euro.....

Ginecologia e ostetricia Euro

previsione esercizio corrente Euro

Fatturato relativo a prestazioni erogate da personale medico convenzionato per attività svolta presso la Casa di Cura:

corrisposte nel precedente anno solare Euro

1.3 – Pronto soccorso.

	SI	NO		
Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <i>Tipologia del servizio prestato</i> </div>				
PPI (Punto Primo Intervento)	PS (Pronto Soccorso)	Dipartimento di Emergenza e Urgenza I livello	Dipartimento di Emergenza e Urgenza II livello	

N° Medici di Guardia

Interni nelle 24 ore	Reperibili extra moenia	Non direttamente dipendenti

1.4 – Attività ambulatoriale

Prestazioni per branca specialistica		Fatturato	Numero interventi chirurgici
Natura	Numero		

Fatturato ultimo esercizio dell'attività ambulatoriale Euro

2) – PREVENZIONE EX 626/94 - REQUISITI STRUTTURALI

2.1 – Misure di prevenzione

L'Ente ha realizzato il Piano di Valutazione dei Rischi come da disposizioni ministeriali?

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

L'Ente ha realizzato il Piano di Emergenza ed Evacuazione?

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

2.2 – Requisiti strutturali

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se NO, indicare i termini per l'attuazione producendo la Delibera regionale che fissa i parametri attuativi

.....

.....

.....

2.3 – Sistemi di protezione – Prevenzione incendio

L'Ente è in possesso del Certificato di Prevenzione Incendio od autorizzazioni provvisorie anche nel rispetto del Decreto Ministero dell'Interno del 18.9.2002 ?

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

Se NO, indicare i tempi di realizzazione indicando le opere ancora da completare.

.....

.....

.....

3) – ATTIVITA' SPECIFICHE

Convenzione con centro trasfusionale

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

se **SI** indicare quale

.....

Dotazione di emoteca

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interventi di Dialisi

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se **SI** specificare la tipologia

.....

.....

Procedure diagnostiche con utilizzo di mezzi di contrasto

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se **SI** specificare la tipologia

.....

.....

Radioterapia oncologica

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) – GESTIONE INFORMAZIONI SANITARIE

4.1 – Cartella clinica

Esistono protocolli per la redazione delle Cartelle Cliniche? *SI* *NO*

Esistono Cartelle Cliniche per ogni specifica disciplina ospedaliera? *SI* *NO*

Viene rilasciata sempre la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)? *SI* *NO*

Requisiti delle Cartelle Cliniche

Viene effettuata la registrazione cronologica e contestuale di tutti gli atti medici (chirurgici, diagnostici, terapeutici) e aggiornamento quotidiano delle terapie? *SI* *NO*

Viene effettuata la sottoscrizione contestuale delle cartelle cliniche da parte dei sanitari che hanno direttamente seguito il paziente e del medico responsabile del reparto? *SI* *NO*

Viene accertata la leggibilità del contenuto delle cartelle cliniche? *SI* *NO*

Vengono effettuate verifiche periodiche sugli standard di qualità delle cartelle cliniche? *SI* *NO*

Se **SI** ogni quanto tempo *6 MESI* *12 MESI* *OLTRE*

La Scheda di Dimissione Ospedaliera riporta sempre tutte le informazioni previste dal D.M. 27.10.2000 (diagnosi principale e secondarie, interventi chirurgici, principali procedure diagnostiche e terapeutiche, età, sesso e modalità di dimissione)? *SI* *NO*

4.2 - Consenso Informato

Esistono Protocolli per l'acquisizione del Consenso Informato? *SI* *NO*

Esiste Consenso Informato specifico per tipologia di intervento? *SI* *NO*

Esiste Consenso Informato per specifiche terapie o prestazioni ? *SI* *NO*

Requisiti del Consenso Informato

Il consenso informato è sempre richiesto prima della prestazione? *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 in forma orale rispetto a quella scritta

.....
.....

Se **SI**, indicare se 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).

.....
.....

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*

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 non acconsentano a rilasciare 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 scritto e debitamente documentata e conservata?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>

Viene verificata la legittimità della sottoscrizione del consenso informato?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>

Viene verificata la leggibilità e la completezza delle informazioni?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>

Il consenso informato contiene precise indicazioni in merito a:

- modalità e natura dell'intervento
- portata dell'intervento
- rischi dell'intervento
- probabilità di successo dell'intervento
- possibili interventi alternativi

Il Modulo del consenso da quali figure sanitarie è controfirmato?

.....

In caso di attività svolta all'interno della casa di cura da Medici liberi professionisti, il consenso viene acquisito direttamente dal medico libero professionista?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>

utilizzando moduli predisposti ed autorizzati dalla Direzione Sanitaria?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>

In caso di inottemperanza dell'acquisizione del Consenso Informato da parte delle figure sanitarie incaricate (dipendenti o liberi professionisti) sono previsti provvedimenti disciplinari e/o sanzionatori?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>

I documenti che attestano il Consenso sono sempre registrati e custoditi?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>

Precisare la modalità

.....

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

6 MESI **12 MESI** **OLTRE**
 Se **SI**, ogni quanto tempo

5) – ORGANIZZAZIONE INTERNA

5.1 – Gestione delle risorse umane

L'ente si è dotato di protocollo per la pianificazione delle risorse medico-infermieristiche adeguate al volume di attività?

SI **NO**

Risulta pubblicato l'organigramma funzionale con la relativa matrice di responsabilità?

SI **NO**

5.2 – Gestione dell'attività medica

Risultano comunicate e verificate le procedure per la distribuzione dei farmaci?

SI **NO**

Viene svolta l'attività di sperimentazione ai sensi di legge?

SI **NO**

5.3 – Gestione rischi specifici

Risultano operativi i protocolli per il controllo dei rischi biologici, cancerogeni, radioattivi?

SI **NO**

Risultano attivate le procedure per il controllo delle infezioni ospedaliere?

SI **NO**

Risulta attivata la procedura per la sanificazione delle sale operatorie ed il controllo della concentrazione ambientale dei gas anestetici?

SI **NO**

5.4 – Gestione contratti

Esiste un responsabile unico per la gestione dei contratti di fornitura di beni strumentali?

SI **NO**

6) – PROCEDURE DI EMERGENZA - EVENTI AVVERSI - SINISTRI

6.1 – Procedure di emergenza

Esiste protocollo e/o precise disposizioni per la gestione delle emergenze? *SI* *NO*

Esiste protocollo per la reperibilità del personale medico e/o paramedico? *SI* *NO*

Tale protocollo costituisce oggetto di informazione al personale? *SI* *NO*

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

6.2 – gestione delle relazioni pubbliche e degli eventi avversi

Esiste ufficio specificatamente dedicato alle relazioni con il pubblico (URP)? *SI* *NO*

Esiste Protocollo di procedura per la gestione di eventi avversi? *SI* *NO*

Il Proponente ha denunciato eventi avversi nell'ultimo quinquennio? *SI* *NO*

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*

E' codificata la procedura in caso di paziente che fa reclamo verbale di presunta lesione e/o negligenza? *SI* *NO*

E' codificata la procedura in uso per un paziente che fa reclamo scritto di presunta lesione e/o negligenza?

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

E' codificata la procedura per gestire la corrispondenza scritta da parte di un avvocato che presume una lesione e/o un atto negligente?

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

E' codificata la procedura per gestire un evento avverso che ha portato danni fisici ad un paziente?

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

Esiste una procedura per gestire un evento avverso che avrebbe potuto portare (non è avvenuto) danni fisici ad un paziente?

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

Esiste procedure per attuare la revisione delle norme che hanno portato o avrebbero potuto portare al verificarsi di un evento avverso?

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

Dati storici su eventi avversi e denunce di sinistro

Descrizione degli *eventi avversi* suscettibili di dare luogo ad una richiesta di risarcimento verificatisi negli ultimi cinque anni, riportando, nella successiva tabella relativa ai sinistri, le ulteriori notizie in merito alle denunce presentate e indicando il

Evento N° 001/00 (Progr./anno)

Data avvenimento	
Descrizione evento	
DRG interessata	
Prestazione ambulatoriale	
Eventuale richiesta di risarcimento	
Stato attuale della vertenza	
Costo stimato	

(pagina per duplicati)

Evento N° .../.. (Progr./anno)

Data avvenimento	
Descrizione evento	
DRG interessata	
Prestazione ambulatoriale	
Eventuale richiesta di risarcimento	
Stato attuale della vertenza	
Costo stimato	

Evento N° .../..

Data avvenimento	
Descrizione evento	
DRG interessata	
Prestazione ambulatoriale	
Eventuale richiesta di risarcimento	
Stato attuale della vertenza	
Costo stimato	

7) - APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

7.1 – Parco delle apparecchiature e delle attrezzature

Apparecchiature			Disponibilità giornaliera			Marchio IMQ – ISO	Manutenzione a norme CEI 1276G – CEI 64/4	
Tipologia	Numero	Numero Addetti	24h	12h	<12h		SI	NO

Età media delle apparecchiature anni

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.

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?
Condizioni di collaudo e di accettazione?
Regolamento di assistenza del fornitore?
Addestramento degli addetti da parte del fornitore?

SI NO

7.2 - 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*

Le AEM sono in numero sufficiente per tutti i servizi prestati? *SI* *NO*

Se NO, indicare per quali

Esiste un responsabile unico per l'utilizzo delle AEM? *SI* *NO*

Se SI, indicare la qualifica del responsabile

Addetti alle Apparecchiature Elettro Medicali

Il personale addetto è: Dipendente Non Dipendente

Se non dipendente indicare se: Libero Professionista

Dipendente del fornitore

Dipendente Ditte manutenzione

Il personale addetto è: *SI* *NO*

- sufficiente? *SI* *NO*

- addestrato sistematicamente?

- si relaziona al fornitore per l'aggiornamento? *SI* *NO*

Il personale è addestrato per:

-il solo utilizzo - utilizzo/manutenzione

7.3 – Gestione - disfunzioni - manutenzione – dismissione

Gli addetti redigono e conservano documenti riguardanti:

	<i>SI</i>	<i>NO</i>
- manuali e istruzioni dei fornitori ?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
- il funzionamento ordinario?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
- le disfunzioni?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>

E' previsto il controllo di processo delle AEM? *SI* *NO*

E' fatto uso di metodi statistici per la valutazione dei dati? *SI* *NO*

Chi si occupa delle azioni correttive? indicare la qualifica dell'addetto

.....

La manutenzione è:

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? *SI* *NO*

Se **SI**, indicare: massimali RCT/O
 Compagnia di Assicurazione.....

Vengono impiegate sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche? *SI* *NO*

8) – IMPIANTI

8.1 – Impianti Elettrici

Tutti gli impianti sono muniti di certificati di conformità e di collaudo a norma della legge 46/90?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In caso di risposta negativa indicare i tempi previsti per l'adeguamento:

.....

Vengono effettuate regolarmente le verifiche biennali previste dal DPR 462/01 per i locali medici e/o ambienti a maggior rischio?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2 – Impianti di sterilizzazione e depurazione.

Gli impianti di sterilizzazione sono muniti di matrici di verifica dei processi e di rintracciabilità dei lotti trattati?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'impianto idrico prevede il trattamento e la depurazione dell'acqua sanitaria e test ricorrenti anti-legionella?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'impianto di condizionamento prevede, in caso di emergenze, il blocco automatico delle Unità di Trattamento Aria (UTA)?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.3 – Distribuzione gas medicali.

Gli impianti sono muniti di certificati di installazione e collaudo?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'alimentazione è assicurata da sorgenti: primaria, secondaria e di riserva?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I rilevatori di anomalie sono situati in luoghi presidiati e nelle sale operatorie?

<i>SI</i>	<i>NO</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipula della Polizza di assicurazione.

Qualora la Polizza R. C. T. 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

Firma del Legale Rappresentante
e timbro struttura

.....

Spett.le

XXXXXXX

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXX

XXXXXXX

AUTORIZZAZIONE ALLA RACCOLTA ED AL TRATTAMENTO DEI DATI

Con la presente intendiamo invitare ed autorizzare la Vostra Società, secondo le modalità ed i tempi che saranno concordati, ad attivare le procedure per l'acquisizione dei dati necessari alla definizione di una proposta di assicurazione di R.C.T.

A tal fine prendiamo atto ed acconsentiamo che i dati, che saranno raccolti mediante ispezioni, visite tecniche e qualunque altra operazione che si renda a Vostro giudizio necessaria, siano trasmessi e comunicati a tutti i soggetti che hanno necessità di venirne a conoscenza perché si possa giungere alla formalizzazione della proposta di assicurazione, in particolare, ma non limitatamente, a Vostri Collaboratori interni od esterni ed eventuali Coassicuratori e/o Riassicuratori.

....., li

Firma del Legale Rappresentante
e timbro struttura

.....