

QUESTIONARIO

Polizza R.C. Malpractice Strutture Sanitarie Private

Denominazione Struttura / Ragione Sociale / Attività

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**
 - Struttura
 - Medici Dipendenti
 - Medici NON Dipendenti

ASSITA S.p.A.

Sede e Direzione: 20135 **MILANO** - Via G. Sigieri, 14

Ufficio: 00192 **ROMA** - Via Paolo Emilio, 7

Telefono 02.48.00.95.10 r.a. FAX 02 48.01.22.95 - 48.18.897

Iscritta al **RUI A000012675**

**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PER MEDICAL MALPRACTICE
STRUTTURE SANITARIE**

Modulo proposta - questionario

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA

Ragione sociale _____

Tipologia della struttura _____

Data di costituzione _____

Partita IVA e/o Cod. Fisc. _____

Sede della struttura _____

Presenza di cliniche/istituti universitari _____ *SI* *NO*

Collegamento con cliniche/istituti universitari _____ *SI* *NO*

1) Attività – Dati generali

1.1 – Descrizione dell'attività (descrivere dettagliatamente tutte le attività svolte):

1.2 – Autorizzazioni, accreditamento.

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 del primo convenzionamento/accreditamento _____

Indicare, se esistono, sedi o distaccamenti separati:

Denominazione	Località/Comune	Provincia	CAP

1.3 – Attività in regime di ricovero.

	Reparti	Posti letto totali	Posti letto SSN
Regime di ricovero degenza ordinaria			
Regime di ricovero degenza Day Hospital e/o Day Surgery			

1.4 – Fatturato.

Previsione esercizio corrente	_____ Euro
Fatturato ultimo esercizio	_____ Euro
Di cui relativo ad attività	Chirurgica _____ Euro
	Ginecologica _____ Euro
Fatturato del primo anno precedente	_____ Euro
Fatturato del secondo anno precedente	_____ Euro
Fatturato del terzo anno precedente	_____ Euro
Fatturato relativo a prestazioni erogate da personale medico convenzionato per attività svolta presso la Casa di Cura:	_____ Euro

1.5 – Esercenti la professione sanitaria.

Personale Dipendente:

A) N° Medici _____

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

Personale a rapporto di collaborazione professionale continuativa (parasubordinati):

A) N° Medici _____

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

Personale non dipendente:

A) N° Medici specialisti liberi professionisti _____

B) N° Medici specialisti a rapporto convenzionato _____

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

1.6 – Sistema di emergenza sanitaria.

Il proponente dispone di un reparto di Pronto Soccorso?

SÌ

NO

Se **Sì**, indicare la tipologia di servizio prestato:

N° Medici di Guardia _____ di cui: N° interni nelle 24 ore _____

N° reperibili extra-moenia _____

N° non direttamente reperibili _____

2) Organizzazione interna

2.1 – Gestione delle risorse umane

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

SÌ

NO

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

SÌ

NO

2.2 – Gestione dell'attività medica

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

SÌ

NO

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

SÌ

NO

2.3 – Gestione rischi specifici

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

SÌ

NO

Risultano attivate le procedure per il controllo delle infezioni ospedaliere?

SÌ

NO

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

SÌ

NO

2.4 – Gestione contratti

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

SÌ

NO

L'intero corpo medico dipendente è in possesso di polizza individuale di Responsabilità Civile Professionale a garanzia dell'azione di rivalsa per colpa grave ovvero anche per colpa lieve in caso di insolvenza dell'Ente?

SÌ

NO

Se **Sì**, indicare il massimale minimo:

€ 500.000,00

€ 1.000.000,00

Altro _____

Tutti i medici non dipendenti, operanti nella struttura, hanno sottoscritto e depositato una polizza individuale di Responsabilità Civile Professionale a primo rischio?

SÌ

NO

Se **Sì**, indicare il massimale minimo:

€ 500.000,00

€ 1.000.000,00

Altro _____

e l'eventuale presenza di Retroattività:

Nessuna

N° ____anni

Illimitata

Esiste un responsabile e/o una procedura per il controllo delle convenzioni con medici terzi e per la verifica della copertura assicurativa individuale anche ai rinnovi annuali?

 SÌ

 NO

Allegare sulla base dello schema sotto indicato:

2.a - Elenco nominativo dei medici dipendenti in servizio con descrizione dell'attività svolta e dettaglio di eventuale polizza individuale di responsabilità Civile Professionale a garanzia dell'azione di rivalsa per colpa grave ovvero anche per colpa lieve in caso di insolvenza dell'Ente.

2.b - Elenco nominativo dei medici non dipendenti operanti nella struttura con descrizione dell'attività svolta e dettaglio di eventuale polizza individuale di Responsabilità Civile Professionale a primo rischio.

2.c - Elenco nominativo dei paramedici dipendenti in servizio con descrizione dell'attività svolta e dettaglio di eventuale polizza individuale di responsabilità Civile Professionale a garanzia dell'azione di rivalsa per colpa grave ovvero anche per colpa lieve in caso di insolvenza dell'Ente.

2.d - Elenco nominativo dei paramedici non dipendenti operanti nella struttura con descrizione dell'attività svolta e dettaglio di eventuale polizza individuale di Responsabilità Civile Professionale a primo rischio.

Esempio schema da allegare per rispondere ai quesiti 2.a, 2.b, 2.c e 2.d:

Nome	Cognome	Dipendente/ Libero professionista	Attività Svolta	Numero Polizza	Compagnia	Effetto	Scadenza

3) Massimali e garanzie in corso

Il Proponente è assicurato per rischi oggetto della presente polizza?

SÌ

NO

Se SÌ con quale Compagnia _____

Per la R.C.T.: **Massimali:** per sinistro _____
per persona _____
per cose _____

Data decorrenza polizza ___/___/___ Data scadenza polizza ___/___/___

Tipo di validità temporale della copertura RCT:

Loss Occuring

(sinistro=data di accadimento)

Claims Made

(sinistro=richiesta di risarcimento)

Retroattività: a partire dal ___/___/___

Ultrattività: fino alla data del ___/___/___

Il Proponente è stato assicurato per rischi oggetto della presente polizza?

SÌ

NO

Se SÌ, quando e con quale Compagnia _____

Al Proponente sono state stornate per sinistro polizze oggetto della presente polizza?

SÌ

NO

Eventuali motivi di annullamento delle precedenti posizioni assicurative:

Il proponente ha presentato altri questionari simili al presente ad altre Compagnie di assicurazione per i medesimi rischi?

SÌ

NO

Se SÌ, indicare quali Compagnie:

Indicare le garanzie e massimali richiesti:

- **massimale per sinistro** _____

- **franchigia per sinistro** _____

4) Procedure di emergenza – Eventi avversi - Sinistri

4.1 – Procedure di emergenza

Esiste protocollo e/o precise disposizioni per la gestione delle emergenze?

SÌ

NO

Esiste protocollo per la reperibilità del personale medico e/o paramedico?

SÌ

NO

Se SÌ, tale protocollo costituisce oggetto di informazione al personale?

SÌ

NO

Il Proponente dispone di propri mezzi mobili di pronto intervento?

SÌ

NO

Se SÌ, indicare:

N° autoambulanze _____ N° unità Mobili di Rianimazione _____

Se NO, indicare eventuali convenzioni: _____

4.2 – Gestione delle relazioni pubbliche e degli eventi avversi

- Esiste ufficio specificatamente dedicato alle relazioni con il pubblico (URP)? SÌ NO
- Esiste un Protocollo di procedura per la gestione di eventi avversi? SÌ 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? SÌ NO
- È codificata la procedura in caso di paziente che fa reclamo verbale di presunta lesione e/o negligenza? SÌ NO
- È codificata la procedura in uso per un paziente che fa reclamo scritto di presunta lesione e/o negligenza? SÌ NO
- È codificata la procedura per gestire la corrispondenza scritta da parte di un avvocato che presume una lesione e/o un atto negligente? SÌ NO
- È codificata la procedura per gestire un evento avverso che ha portato danni fisici ad un paziente? SÌ NO
- Esiste una procedura per gestire un evento avverso che avrebbe potuto portare (non è avvenuto) danni fisici ad un paziente? SÌ NO
- Esistono procedure per attuare la revisione delle norme che hanno portato o avrebbero potuto portare al verificarsi di un evento avverso? SÌ NO

4.3– Dati storici su Eventi Avversi e Denunce di Sinistro

Allegare sulla base dello schema sotto indicato:

4.a – Descrizione degli eventi avversi suscettibili di dar luogo ad una richiesta di risarcimento verificatisi negli ultimi 5 anni, riportando le ulteriori notizie in merito alle denunce presentate.

4.b – Situazione dei sinistri con danno a persona (Pazienti) denunciati nell'ultimo quinquennio.

Esempio schema da allegare per rispondere ai quesiti 4.a e 4.b:

Data		Tipo		Contenzioso			Importo riservato	Importo pagato
N° evento	Richiesta risarcimento	Evento	Lesione	Stragiudiziale	Civile	Penale	Totale	Totale

Nel caso siano state indicate le caratteristiche di eventuali polizze sottoscritte in passato di cui al punto 3), **allegare la statistica sinistri degli ultimi 5 anni rilasciata dalla Compagnia, con i dettagli degli importi pagati e/o riservati.**

5) Prevenzione EX 626/94 - Requisiti strutturali

5.1 – Misure di prevenzione

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

SÌ

NO

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

SÌ

NO

5.2 – 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?

SÌ

NO

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

5.3 – 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?

SÌ

NO

Se **NO**, indicare i tempi di realizzazione indicando le opere ancora da completare: _____

6) Gestione informazioni sanitarie

6.1 – Cartella clinica

Esistono protocolli per la redazione delle Cartelle Cliniche?

SÌ

NO

Esistono Cartelle Cliniche per ogni specifica disciplina ospedaliera?

SÌ

NO

Viene rilasciata sempre la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)?

SÌ

NO

6.2 – Requisiti delle Cartelle Cliniche

Viene effettuata la registrazione cronologica e contestuale di tutti gli atti medici (chirurgici, diagnostici, terapeutici) e aggiornamento quotidiano delle terapie?

SÌ

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?

SÌ

NO

Viene accertata la leggibilità del contenuto delle cartelle cliniche?

SÌ

NO

Vengono effettuate verifiche periodiche sugli standard di qualità delle cartelle cliniche?

SÌ

NO

Se **SÌ** 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)?

SÌ NO

6.3 – Consenso Informato

Esistono Protocolli per l'acquisizione del Consenso Informato?

SÌ NO

Esiste Consenso Informato specifico per tipologia di intervento?

SÌ NO

Esiste Consenso Informato per specifiche terapie o prestazioni?

SÌ NO

6.4 – Requisiti del Consenso Informato

Il Consenso Informato è sempre richiesto prima della prestazione?

SÌ NO

Il Consenso Informato è sempre acquisito in forma scritta?

SÌ 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 **SÌ**, 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?

SÌ 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?

SÌ 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?

SÌ NO

Viene verificata la legittimità della sottoscrizione del Consenso Informato?

SÌ NO

Viene verificata la leggibilità e la completezza delle informazioni?

SÌ NO

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?

SÌ NO

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

SÌ NO

Se **sì**, vengono utilizzati moduli predisposti ed autorizzati dalla direzione Sanitaria?

SÌ NO

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?

SÌ NO

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

SÌ NO

Precisare la modalità: _____

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

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

La compilazione e 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

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 __/__/__

Casa di Cura

Firma del Legale Rappresentante