

## SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI

**Tabella 1.1**

Ragione Sociale:	
Forma Giuridica:	
P.IVA o Codice Fiscale:	
Anno di Costituzione:	
Indirizzo Sede Legale:	
Indirizzo Sede Operativa:	
Indirizzo Eventuali Sedi Secondarie:	
Sito Internet:	

## SEZIONE 2 – IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

**Tabella 2.1 - Selezionare l'identificazione corretta e compilare un allegato per ogni tipologia di struttura**

**N.B. E' prevista l'elencazione di sole strutture con natura giuridica privata**

<input type="checkbox"/>	Ambulatorio di Radiologia e Diagnostica per Immagini	<i>Compilare anche l'Allegato 5</i>
<input type="checkbox"/>	Associazione di Volontariato	<i>Compilare anche l'Allegato 4 punto 2</i>
<input type="checkbox"/>	Azienda Ospedaliera Privata	<i>Compilare anche l'Allegato 3</i>
<input type="checkbox"/>	Casa Albergo	<i>Compilare anche l'Allegato 1</i>
<input type="checkbox"/>	Casa di Cura privata – Clinica Privata	<i>Compilare anche l'Allegato 3</i>
<input type="checkbox"/>	Casa di Riposo	<i>Compilare anche l'Allegato 1</i>
<input type="checkbox"/>	Casa Famiglia	<i>Compilare anche l'Allegato 1</i>
<input type="checkbox"/>	Centro di Recupero da Tossicodipendenze	<i>Compilare anche l'Allegato 1</i>
<input type="checkbox"/>	Centro Diurno	<i>Compilare anche l'Allegato 1</i>
<input type="checkbox"/>	Centro Fisioterapico	<i>Compilare anche l'Allegato 4 punto 3</i>
<input type="checkbox"/>	Centro Odontoiatrico – Clinica Dentale	<i>Compilare anche l'Allegato 4 punto 5</i>
<input type="checkbox"/>	Clinica Veterinaria	<i>Compilare anche l'Allegato 4 punto 1</i>
<input type="checkbox"/>	Comunità Alloggio	<i>Compilare anche l'Allegato 1</i>
<input type="checkbox"/>	Comunità Educativo Riabilitative	<i>Compilare anche l'Allegato 1</i>
<input type="checkbox"/>	Consultorio Familiare - Consultorio Materno infantile	<i>Compilare anche l'Allegato 4 punto 4</i>
<input type="checkbox"/>	Laboratorio di Analisi Cliniche	<i>Compilare anche l'Allegato 2</i>
<input type="checkbox"/>	Poliambulatorio	<i>Compilare anche l'Allegato 2</i>
<input type="checkbox"/>	Residenza Assistenziale	<i>Compilare anche l'Allegato 1</i>
<input type="checkbox"/>	Residenza Assistenziale Flessibile – R.A.F.	<i>Compilare anche l'Allegato 1</i>
<input type="checkbox"/>	Residenza Sanitaria Assistenziale – R.S.A.	<i>Compilare anche l'Allegato 1</i>
<input type="checkbox"/>	Società o cooperativa di infermieri	<i>Compilare anche l'Allegato 4 punto 6</i>
<input type="checkbox"/>	Società o cooperativa di operatori socio sanitario (o.s.s.)	<i>Compilare anche l'Allegato 4 punto 6</i>
<input type="checkbox"/>	Struttura Residenziale Psichiatrica	<i>Compilare anche l'Allegato 1</i>
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare) .....	

### 2.2 - Tracciabilità dei flussi finanziari

Il Contraente è soggetto agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. <u>in qualità di committente?</u>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
--	---

### SEZIONE 3 – NOTIZIE ASSICURATIVE

- 3.1 - Il rischio è attualmente assicurato?  Sì  No (compilare punto 3.6 e seguenti)
- 3.2 - Con quale Compagnia? .....
- 3.3 - Data di decorrenza e scadenza della polizza: decorrenza ...../...../..... scadenza ...../...../.....
- 3.4 - Premio annuo comprensivo di imposte: euro .....
- 3.5 - Motivo della cessazione della polizza:  
 Disdetta da parte del Richiedente  
 Disdetta da parte della Compagnia di cui al punto 3.2  
 Mancato rinnovo da parte della Compagnia di cui al punto 3.2  
 Scadenza naturale

3.6 – Massimale RCT/O richiesto:

1 ML	1,5 ML	2 ML	2.5 ML	3 ML	5 ML	Altro .....
------	--------	------	--------	------	------	----------------

3.7 – Sinistri

**N.B:** col termine di “Sinistro RCT” si intende: “La richiesta di risarcimento di danni per i quali è prestata l’assicurazione”

3.7.1 - Nell’ultimo quinquennio si sono verificati sinistri o comunque vi sono state richieste di risarcimento da parte di terzi?	<input type="radio"/> Sì (compilare punto 3.8) <input type="radio"/> No
3.7.2 - Alla data di compilazione del presente questionario il Richiedente è a conoscenza di fatti, circostanze o situazioni che possono determinare una richiesta di risarcimento da parte di terzi?	<input type="radio"/> Sì (compilare punto 3.8) <input type="radio"/> No
3.7.3 - Il richiedente è a conoscenza di procedimenti penali instaurati nei confronti di propri collaboratori, liberi professionisti o dipendenti, per morte o lesioni subite dai pazienti?	<input type="radio"/> Sì (compilare punto 3.8) <input type="radio"/> No

3.8 - Indicare di seguito ulteriori dettagli sulle richieste di risarcimento ricevute o sulle circostanze note.

Allegare il materiale utile alla valutazione dell’accaduto avendo cura di eliminare i dati soggetti a trattamento speciale (ex dati sensibili).

Data evento	Data richiesta di risarcimento	Fatto	Importo richiesta	Importo liquidato

### SEZIONE 4 – RISK MANAGEMENT

4.1 - È presente una funzione di risk management dedicata all’attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
In caso di risposta negativa indicare i tempi previsti per l’attuazione	
4.2 - L’attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario è costante, documentata, con piani di prevenzione e obiettivi annuali?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se sì, da che anno è disponibile la documentazione	
.....	

<b>4.3 - E' presente un sistema di incident reporting e di relativa reportistica periodica? (monitoraggio eventi sentinella)</b>		O Si	O No
Se si, indicare la periodicità della reportistica		O meno di sei mesi	O più di sei mesi
<b>4.4 - Sono state realizzate le azioni suggerite dalle raccomandazioni agli operatori elaborate dal Ministero della Salute?</b>		O Si	O No
Se si, indicare per quali raccomandazioni			
<input type="checkbox"/> 1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio <input type="checkbox"/> 2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico <input type="checkbox"/> 3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura <input type="checkbox"/> 4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale <input type="checkbox"/> 5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO <input type="checkbox"/> 6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto <input type="checkbox"/> 7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica <input type="checkbox"/> 8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari <input type="checkbox"/> 9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali		<input type="checkbox"/> 10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati <input type="checkbox"/> 11. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) <input type="checkbox"/> 12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike" <input type="checkbox"/> 13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie <input type="checkbox"/> 14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici <input type="checkbox"/> 15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso <input type="checkbox"/> 16. Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita <input type="checkbox"/> 17. Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica <input type="checkbox"/> 18. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	

## SEZIONE 5 – PARAMETRI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO

N.B. Compilare obbligatoriamente tutti i campi, dove non ci sono valori da inserire indicare "0" (zero)

Tabella 5.1

Fatturato al 31/12 dell'ultimo esercizio concluso (anno .....):	€
Fatturato al 31/12 dell'anno precedente (anno .....):	€

<i>Inserire dati riferiti al 31/12 dell'ultimo esercizio concluso</i>	Dipendenti	Non dipendenti
Retribuzioni/compensi <b>personale medico</b>	€	€
Numero medici	n.	n.
Retribuzioni/compensi <b>personale infermieristico</b>	€	€
Numero infermieri	n.	n.
Retribuzioni/compensi <b>operatori socio sanitari</b>	€	€
Numero operatori socio sanitari	n.	n.
Retribuzioni/compensi <b>altro personale</b> (personale amministrativo, addetti mense, addetti pulizie, ecc.)	€	€
<b>Retribuzioni/compensi totali</b>	€	€

Numero <b>posti letto</b> (da compilare per strutture che effettuano il ricovero, anche diurno)	n.
Estensione della garanzia alla responsabilità personale del Direttore Sanitario	O Si      O No O Incarico non presente
Se sì, indicare il nominativo .....	
Estensione della garanzia alla "Colpa grave - RC personale dei dipendenti"?	O Si      O No

**La sottoscrizione del presente Questionario non impegna il Richiedente alla stipulazione della polizza d'assicurazione. Qualora la polizza fosse emessa, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto e formeranno parte integrante dello stesso. Il Richiedente riconosce che le dichiarazioni contenute e da essa 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.**

**Se tra la data di compilazione del presente Questionario e la data di emissione del contratto si verificassero variazioni rispetto a quanto ivi dichiarato, il Sottoscrittore si impegna a darne tempestiva comunicazione a Reale Mutua, che avrà diritto di ritirare, modificare o confermare la propria proposta.**

Data di compilazione                      Timbro e Firma del Richiedente                      Nome e Cognome .....

.....                      .....                      Carica ricoperta .....



**ALLEGATO UNO**

Compilare se nella Tabella 2.1 si è selezionato “Casa di Riposo”, “Casa Famiglia”, “Casa Albergo”, “Centro di Recupero da Tossicodipendenze”, “Centro Diurno”, “Comunità Alloggio”, “Comunità Educativo Riabilitative”, “Residenza Assistenziale”, “Residenza Assistenziale Flessibile – R.A.F.”, “Residenza Sanitaria Assistenziale – R.S.A.”, “Struttura Residenziale Psichiatrica”.

**1 - Informazioni Specifiche**

<b>1.1</b> - La struttura è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale?	O Si    O No
<b>1.2</b> - Capienza massima di assistiti	n.
<b>1.3</b> - Percentuale di assistiti non-autosufficienti	%
<b>1.3</b> - Nella struttura è presente un nucleo protetto per malati di Alzheimer o per persone affette da gravi decadimenti cognitivi?	O Si    O No
Se sì, indicare il numero massimo di assistiti	n.
<b>1.4</b> - Nella struttura sono effettuate prestazioni mediche?	O Si    O No
Se sì, di quale natura? (descrivere)	
<b>1.5</b> - Nella struttura sono effettuate fisioterapie?	O Si    O No
<b>1.6</b> - La sorveglianza sugli assistiti è svolta 24 ore su 24?	O Si    O No
<b>1.7</b> - E' consentita la libera uscita degli assistiti dalla struttura?	O Si    O No
<b>1.8</b> - La struttura è proprietaria dei fabbricati dove si svolge l'attività?	O Si    O No
<b>1.9</b> - Gli arredi, i mezzi di chiusura, le scale, le strutture di sostegno (maniglie, mancorrenti, ecc.), i pavimenti, gli allarmi, i servizi igienici, sono conformi alle norme di sicurezza vigenti in relazione all'attività della struttura?	O Si    O No
<b>1.10</b> - Risultano attività prive o per le quali è in corso la relativa domanda di autorizzazione ai sensi di legge per l'esercizio dell'attività oggetto della presente assicurazione?	O Si    O No
Se sì, specificare quali:	
<b>1.11</b> - La struttura è in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla legge per l'esercizio delle attività svolte?	O Si    O No
In caso di risposta negativa indicare i termini per l'attuazione	
<b>1.12</b> - Ai fini del corretto utilizzo delle apparecchiature elettromedicali sono previste procedure scritte per il personale addetto?	O Si    O No
<b>1.13</b> - La manutenzione delle apparecchiature elettromedicali è:	O Incidentale O Periodica
Se periodica, ogni quanto tempo?	O 3 - 6 mesi O 6 - 12 mesi O 12 - 24 mesi O oltre

<b>1.14</b> - Nella struttura sono svolti servizi trasfusionali? (raccolta, analisi, preparazione, conservazione o trasfusione del sangue o dei suoi componenti)	O Si    O No																		
Se Si, specificare quali																			
<b>1.15</b> - La struttura si avvale stabilmente di società terze per l'esercizio di determinate attività quali l'assistenza ai pazienti, il servizio di ristorazione, di pulizia dei locali, ecc.?	O Si    O No																		
<table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="199 414 359 443">Se si, indicare:</th> <th data-bbox="406 414 790 443">Tipo di Attività</th> <th data-bbox="813 414 1292 443">nominativo del soggetto erogante il servizio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Se si, indicare:	Tipo di Attività	nominativo del soggetto erogante il servizio	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Se si, indicare:	Tipo di Attività	nominativo del soggetto erogante il servizio																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	

Luogo e data di compilazione

.....

Firma del Richiedente

.....

**ALLEGATO DUE**

Compilare se nella Tabella 2.1 si è selezionato **“Poliambulatorio”** o **“Laboratorio di Analisi Cliniche”**

**1 - Informazioni Specifiche**

<b>1.1 - La struttura è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale?</b>	O Si    O No
<b>1.2 - Nella struttura sono effettuati <b>interventi di tipo invasivo</b>(*)?</b> (* Vedi definizione in ultima pagina)	O Si    O No
Se sì, quali? (descrivere i principali)	
<b>1.3 - Nella struttura sono effettuati <b>interventi chirurgici</b>(*)?</b> (* Vedi definizione in ultima pagina)	O Si    O No
Se sì, quali? (descrivere i principali)	
<b>1.4 - Nella struttura sono effettuate prestazioni di <b>medicina estetica</b>?</b>	O Si    O No
Se sì, quali? (descrivere le principali)	
<b>1.5 - Nella struttura sono effettuati interventi di <b>chirurgia estetica</b>?</b>	O Si    O No
Se sì, quali? (descrivere i principali)	
<b>1.6 - Nella struttura è effettuata l'attività di <b>diagnostica per immagini (RMN, Scintigrafia, PET, ecc.)</b>?</b>	O Si    O No
<b>1.7 - Nella struttura è effettuata l'attività di <b>diagnostica senologica</b>?</b>	O Si    O No
<b>1.8 - Nella struttura è effettuata l'attività di <b>diagnostica prenatale</b>?</b>	O Si    O No
<b>1.9 - Nella struttura sono effettuate attività connesse alla <b>Procreazione Medicalmente Assistita</b>?</b>	O Si    O No
<b>1.10 - Nella struttura sono effettuate <b>indagini genetiche</b>?</b>	O Si    O No
<b>1.11 - Risultano attività prive o per le quali è in corso la relativa domanda di autorizzazione ai sensi di legge per l'esercizio dell'attività oggetto della presente assicurazione?</b>	O Si    O No
Se sì, specificare quali:	
<b>1.12 - La struttura è in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla legge per l'esercizio delle attività svolte?</b>	O Si    O No
In caso di risposta negativa indicare i termini per l'attuazione	
<b>1.13 - Nella struttura sono svolti servizi trasfusionali (raccolta, analisi, preparazione, conservazione o trasfusione del sangue o dei suoi componenti)?</b>	O Si    O No
Se Sì, specificare quali	

<b>1.14</b> - Nella struttura è svolta l'attività di sperimentazione clinica?	O Si    O No
<b>1.15</b> - Nella struttura sono impiegate sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche?	O Si    O No
<b>1.16</b> - La fatturazione delle prestazioni eseguite avviene:	
<input type="checkbox"/> esclusivamente a nome della struttura <input type="checkbox"/> esclusivamente a nome del professionista che esegue la prestazione <input type="checkbox"/> parte a nome della struttura (indicare la % ..... ) e parte a nome del professionista che esegue la prestazione (indicare la % ..... )	

## 2 – Specializzazione dei medici operanti nella struttura

	Dipendenti		Non dipendenti	
	senza prestazioni chirurgiche	con prestazioni chirurgiche	senza prestazioni chirurgiche	con prestazioni chirurgiche
Medici generici	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in ostetricia/ginecologia	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in ortopedia/traumatologia	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.
Medici specialisti in .....	n.	n.	n.	n.

## 3 - Altre professioni sanitarie operanti nella struttura

Indicare la professione e il numero	Dipendenti	Non dipendenti
.....	n.	n.

#### 4 - Apparecchiature e attrezzature elettromedicali

Tipologia	Numero	Tipologia	Numero
Apparecchi Radiografici		Scintigrafia	
Apparecchi ecografici		Camera iperbarica	
R.M.N.		Altro, indicare .....	
T.A.C.		Altro, indicare .....	
P.E.T.		Altro, indicare .....	
<b>4.1 - Età media delle apparecchiature:</b>		n° ..... anni	
<b>4.2 - La manutenzione delle apparecchiature elettromedicali è:</b>		<input type="radio"/> Incidentale <input type="radio"/> Periodica	
<b>4.3 - Se periodica ogni quanto tempo?</b>		<input type="radio"/> 3 - 6 mesi <input type="radio"/> 6 - 12 mesi <input type="radio"/> 12 - 24 mesi <input type="radio"/> oltre	

#### 5 - Consenso Informato e Documentazione Clinica

<b>5.1 - Esistono protocolli per l'acquisizione del consenso informato finalizzati per tipologia di intervento e/o terapia eseguiti nelle strutture assicurate (es. interventi chirurgici, trasfusioni, anestesia, indagini invasive(*), trattamenti non chirurgici ad alto rischio, specifici rischi come HIV e HCV)?</b> (* ) Vedi definizione in ultima pagina	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>5.2 - Ove il paziente o, nel caso di minori o soggetti adulti sottoposti a tutela legale, i suoi tutori legali non acconsentano a rilasciare il 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 iscritto e debitamente documentata e conservata?</b>	
<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Solo in alcuni casi (quali ad esempio interventi chirurgici demolitivi o su espressa richiesta dei legali rappresentanti del minore)	
<b>5.3 - Il consenso informato è sempre acquisito in forma scritta?</b>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>5.4 - I documenti che attestano il consenso informato sono sempre registrati e custoditi?</b>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>5.5 - Esiste una procedura per la gestione dei protocolli per l'acquisizione del consenso informato?</b>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se sì, ogni quanto tempo sono aggiornati?	<input type="radio"/> meno di 2 anni <input type="radio"/> più di due anni
<b>5.6 - Da che anno è disponibile la documentazione clinica relative agli interventi eseguiti?</b>	.....
<b>5.7 - I referti di tutte le prestazioni ambulatoriali sono regolarmente archiviati?</b>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>5.8 - Esiste un regolamento per la gestione della documentazione clinica?</b>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se sì, ogni quanto tempo è aggiornato?	<input type="radio"/> meno di 2 anni <input type="radio"/> più di due anni

Data di compilazione

.....

Firma del Richiedente

.....

**ALLEGATO TRE**

Compilare se nella Tabella 2.1 si è selezionato “Azienda Ospedaliera Privata” o “Casa di Cura Privata – Clinica Privata”

**1 - Composizione delle strutture di Ricovero**

Totale Reparti	n°		
Totale Posti Letto	n°	di cui convenzionati con il S.S.N.	n°
Totale Sale Operatorie	n°		

**2 - Informazioni specifiche su Reparti – Divisioni – Sezioni**

	Medici		Infermieri Operatori Socio Sanitari		n° Posti letto	n° interventi n° parti annui
	Dipendenti	Non dipendenti	Dipendenti	Non dipendenti		
Ginecologia						
Ostetricia						
Neonatologia						
Ortopedia						
Terapia Intensiva						
Rianimazione						
Unità Coronarica						
Reparti di Chirurgia						
Geriatrics						
Lungodegenza						
.....						
.....						

**3 - Ulteriori Informazioni**

<b>3.1 - Nella struttura sono effettuati interventi di chirurgia estetica?</b>	O Si	O No
Se sì, di quale natura? (descrivere)		
<b>3.2 - I reparti di Chirurgia sono autorizzati per interventi di espanto e trapianto di organi?</b>	O Si	O No
<b>3.3 - Nel reparto di Ostetricia sono previste strutture specializzate di neonatologia?</b>	O Si	O No
<b>3.4 - Nel reparto di Ostetricia si effettuano attività connesse alla Procreazione Medico Assistita?</b>	O Si	O No
<b>3.5 - Esiste un servizio di Day Hospital e/o Day – Surgery(*)?</b> (*)Vedi definizione in ultima pagina	O Si	O No
Se Sì, quali sono le specializzazioni?		

<b>3.6</b> - Esiste un servizio di Pronto Soccorso e Guardia Medica?	O Si    O No
<b>3.7</b> - La struttura dispone di propri mezzi mobili di pronto intervento?	O Si    O No
Se Si, indicare: n° Autoambulanze: ..... n° Unità Mobili di Rianimazione: .....	Se No, indicare eventuali convenzioni con: Ass.ni Volontariato ..... Altri soggetti .....
<b>3.8</b> - Risultano attività prive o per le quali è in corso la relativa domanda di autorizzazione ai sensi di legge per l'esercizio dell'attività oggetto della presente assicurazione?	O Si    O No
Se Si, specificare quali	
<b>3.9</b> - 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?	O Si    O No
In caso di risposta negativa indicare i termini per l'attuazione	
<b>3.10</b> - Vengono impiegate sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche?	O Si    O No
<b>3.11</b> - Nella struttura sono svolti servizi trasfusionali? (raccolta, analisi, preparazione, conservazione o trasfusione del sangue o dei suoi componenti)	O Si    O No
Se Si, specificare quali	
<b>3.12</b> - Viene svolta l'attività di sperimentazione clinica?	O Si    O No

#### 4 - Apparecchiature e Attrezzature Elettromedicali

Tipologia	Numero	Tipologia	Numero
Apparecchi Radiografici		Scintigrafia	
T.A.C.		Camera iperbarica	
R.M.N.		Altro, indicare .....	
P.E.T.		Altro, indicare .....	
<b>4.1</b> - Età media delle apparecchiature:	n° ..... Anni		
<b>4.2</b> - La manutenzione delle Apparecchiature Elettromedicali è:	<input type="radio"/> Incidentale <input type="radio"/> Periodica		
<b>4.3</b> - Se periodica ogni quanto tempo?	<input type="radio"/> 3 - 6 mesi <input type="radio"/> 6 - 12 mesi <input type="radio"/> 12 - 24 mesi <input type="radio"/> oltre		

#### 5 - Consenso Informato e Documentazione Clinica

<b>5.1</b> - Esistono protocolli per l'acquisizione del consenso informato finalizzati per tipologia di intervento e/o terapia eseguiti nelle strutture assicurate (es. interventi chirurgici, trasfusioni, anestesia, indagini invasive(*), trattamenti non chirurgici ad alto rischio, specifici rischi come HIV e HCV)? (* ) Vedi definizione in ultima pagina	O Si    O No
<b>5.2</b> - In caso di intervento complesso che preveda successive e distinte fasi di attività sanitaria vengono acquisiti consensi informati differenziati?	O Si    O No

<b>5.3</b> - 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?	O Sì    O No
<b>5.4</b> - Nel caso di minore è previsto il suo coinvolgimento nell' acquisizione del consenso Informato?	O Sì    O No
<b>5.5</b> - Ove il paziente o, nel caso di minori o soggetti adulti sottoposti a tutela legale, i suoi tutori legali non acconsentano a rilasciare il 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 iscritto e debitamente documentata e conservata?	
<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Solo in alcuni casi (quali ad esempio interventi chirurgici demolitivi o su espressa richiesta dei legali rappresentanti del minore)	
<b>5.6</b> - Il consenso informato è sempre acquisito in forma scritta?	O Sì    O No
<b>5.7</b> - I documenti che attestano il consenso informato sono sempre registrati e custoditi?	O Sì    O No
<b>5.8</b> - Esiste una procedura per la gestione dei protocolli per l'acquisizione del consenso informato?	O Sì    O No
Se sì, ogni quanto tempo sono aggiornati?	O meno di 2 anni O più di due anni
<b>5.9</b> - Da che anno sono disponibili le cartelle cliniche relative agli interventi eseguiti?	.....
<b>5.10</b> - I referti di tutte le prestazioni ambulatoriali sono regolarmente archiviati?	O Sì    O No
<b>5.11</b> - Esiste un regolamento per la gestione della documentazione clinica di ricovero ed Ambulatoriale?	O Sì    O No
Se sì, ogni quanto tempo è aggiornato?	O meno di 2 anni O più di due anni
<b>5.12</b> - E' stato costituito il Comitato Infezioni Ospedaliere (C.I.O.)?	O Sì    O No
Se sì, da che anno?	.....
<b>5.13</b> - Il C.I.O. è operativo con proprie deliberazioni?	O Sì    O No
<b>5.14</b> - Il C.I.O. svolge una attività costante e documentata, con un piano di monitoraggio e prevenzione?	O Sì    O No
<b>5.15</b> - Il C.I.O. è supportato da almeno un infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere?	O Sì    O No

Data di compilazione

.....

Firma del Richiedente

.....

**ALLEGATO QUATTRO**

**1- Compilare se nella Tabella 2.1 si è selezionato “Clinica Veterinaria”**

<b>1.1 -</b> Indicare il numero dei medici veterinari dipendenti	.....
<b>1.2 -</b> Indicare il numero dei medici veterinari non dipendenti	.....
<b>1.3 -</b> Sono svolte prestazioni sanitarie su animali aventi valore superiore alla media della loro categoria?	O Si    O No
Se si, indicare il tipo di interventi ed indicativamente il valore degli animali	
<b>1.4 -</b> Viene effettuato il ricovero degli animali	O Si    O No
<b>1.5 -</b> Sono effettuati interventi chirurgici(*) (*) Vedi definizione in ultima pagina	O Si    O No

**2 - Compilare se nella Tabella 2.1 si è selezionato “Associazione di volontariato”**

**Nota Bene:** se l'Associazione gestisce strutture sanitarie, ricompilare la Tabella 2.1 selezionando anche la tipologia di struttura e le ulteriori informazioni richieste dal questionario.

<b>2.1 -</b> Indicare lo scopo dell'Associazione	
<b>2.2 -</b> Indicare il numero dei volontari	.....
<b>2.3 -</b> Indicare il numero degli assistiti e loro tipologia (anziani, diversamente abili, tossicodipendenti, ecc.)	

**3 - Compilare se nella Tabella 2.1 si è selezionato “Centro Fisioterapico”**

**Nota Bene:** se nella struttura sono presenti altre specializzazioni mediche compilare anche l'**Allegato 2**

<b>3.1 -</b> Indicare il numero	Dipendenti	Non dipendenti
<b>Fisiatri</b>	n°	n°
<b>Ortopedici</b>	n°	n°
<b>Fisioterapisti</b>	n°	n°
<b>3.2 -</b> La struttura è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale?	O Si    O No	
<b>3.3 -</b> La fatturazione delle prestazioni eseguite avviene:		
O esclusivamente a nome della struttura O esclusivamente a nome del professionista che esegue la prestazione O parte a nome della struttura (indicare la % .....) e parte a nome del professionista che esegue la prestazione (indicare la % .....)		

**4 - Compilare se nella Tabella 2.1 si è selezionato “Consutorio Familiare - Consutorio Materno infantile”**

<b>4.1 -</b> Nella struttura è effettuata l'attività di <b>diagnostica prenatale</b> ?	O Si    O No
--	--------------

5 - Compilare se nella Tabella 2.1 si è selezionato “Centro Odontoiatrico – Clinica Dentale”

5.1 - Indicare il numero:	Dipendenti	Non dipendenti
Dentisti/odontoiatri che non eseguono implantologia	n°	n°
Dentisti/odontoiatri che eseguono implantologia	n°	n°
Igienisti dentali	n°	n°
Assistenti alla poltrona	n°	n°
Numero di Dentisti/odontoiatri che hanno cessato la collaborazione con la struttura negli ultimi 5 anni	n°	
Riuniti Odontoiatrici (Postazioni destinate a pazienti dotate di poltrona, lampada, strumenti odontoiatrici)	n°	
5.2 - Sono effettuate prestazioni che richiedono il coinvolgimento diretto e la presenza di specialisti in anestesia	O Si	O No
5.3 - Sono effettuate prestazioni di medicina estetica (filler e simili)?	O Si	O No
5.4 - Nella struttura esiste un laboratorio odontotecnico?	O Si	O No
5.5 - La fatturazione delle prestazioni eseguite avviene:		
<input type="checkbox"/> esclusivamente a nome della struttura <input type="checkbox"/> esclusivamente a nome del professionista che esegue la prestazione <input type="checkbox"/> parte a nome della struttura (indicare la % ..... ) e parte a nome del professionista che esegue la prestazione (indicare la % ..... )		
5.6 - Esistono protocolli per l’acquisizione del consenso informato finalizzati per tipologia di intervento e/o terapia eseguiti nelle strutture assicurate (es. interventi chirurgici, trasfusioni, anestesia, indagini invasive(*), trattamenti non chirurgici ad alto rischio, specifici rischi come HIV e HCV)? (* ) Vedi definizione in ultima pagina	O Si	O No
5.7 - Il consenso informato è sempre acquisito in forma scritta?	O Si	O No
5.8 - I documenti che attestano il consenso informato sono sempre registrati e custoditi?	O Si	O No
5.9 - Esiste una procedura per la gestione dei protocolli per l’acquisizione del consenso informato?	O Si	O No
Se si, ogni quanto tempo sono aggiornati?	O meno di 2 anni O più di due anni	
5.10 - Da che anno è disponibile la documentazione clinica relative agli interventi eseguiti?	.....	
5.11 - I referti di tutte le prestazioni ambulatoriali sono regolarmente archiviati?	O Si	O No
5.12 - Esiste un regolamento per la gestione della documentazione clinica?	O Si	O No
Se si, ogni quanto tempo è aggiornato?	O meno di 2 anni O più di due anni	

6 - Compilare se nella Tabella 2.1 si è selezionato “Società o Cooperativa di infermieri” o “Società o Cooperativa di operatori socio sanitari (o.s.s.)”

6.1 - La Società o Cooperativa svolge l’attività esclusivamente su incarico di strutture sanitarie?	O Si	O No
6.2 - La Società o Cooperativa gestisce strutture sanitarie?	O Si	O No
Se si, ricompilare la Tabella 2.1 selezionando anche la tipologia di struttura e le ulteriori informazioni richieste dal Questionario.		

Data di compilazione

.....

Firma del Richiedente

.....

**ALLEGATO CINQUE**

**1 - Compilare se nella Tabella 2.1 si è selezionato "Ambulatorio di Radiologia e Diagnostica per Immagini"**

<b>1.1 - La struttura è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale?</b>	O Si    O No
<b>1.2 - Nella struttura è effettuata l'attività di diagnostica per immagini (RMN, Scintigrafia, PET, ecc.)?</b>	O Si    O No
<b>1.3 - Nella struttura è effettuata l'attività di radioterapia?</b>	O Si    O No
<b>1.4 - Nella struttura è effettuata l'attività di diagnostica senologica?</b>	O Si    O No
<b>1.5 - Nella struttura è effettuata l'attività di diagnostica prenatale?</b>	O Si    O No
<b>1.6 - Risultano attività prive o per le quali è in corso la relativa domanda di autorizzazione ai sensi di legge per l'esercizio dell'attività oggetto della presente assicurazione?</b>	O Si    O No
Se sì, specificare quali:	
<b>1.7 - La struttura è in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla legge per l'esercizio delle attività svolte?</b>	O Si    O No
In caso di risposta negativa indicare i termini per l'attuazione	
<b>1.8 - Nella struttura sono impiegate sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche?</b>	O Si    O No
<b>1.9 - La fatturazione delle prestazioni eseguite avviene:</b>	
O esclusivamente a nome della struttura O esclusivamente a nome del professionista che esegue la prestazione O parte a nome della struttura (indicare la % ..... ) e parte a nome del professionista che esegue la prestazione (indicare la % ..... )	

**2 – Indicare il numero:**

	Dipendenti	Non dipendenti
Medici specializzati in radiodiagnostica	n.	n.
Tecnici di radiologia	n.	n.

**Nota Bene:** se nella struttura sono presenti altre specializzazioni mediche compilare l'*Allegato 2*

**3 - Altre professioni sanitarie non mediche operanti nella struttura**

Indicare la professione e il numero:	Dipendenti	Non dipendenti
.....	n.	n.

#### 4 - Apparecchiature e attrezzature elettromedicali

Tipologia	Numero	Tipologia	Numero
Apparecchi Radiografici		Scintigrafia	
Apparecchi ecografici		P.E.T.	
R.M.N.		Altro, indicare .....	
T.A.C.		Altro, indicare .....	
<b>4.1 - Età media delle apparecchiature:</b>	n° ..... anni		
<b>4.2 - La manutenzione delle apparecchiature elettromedicali è:</b>	<input type="radio"/> Incidentale <input type="radio"/> Periodica		
<b>4.3 - Se periodica ogni quanto tempo?</b>	<input type="radio"/> 3 - 6 mesi <input type="radio"/> 6 - 12 mesi <input type="radio"/> 12 - 24 mesi <input type="radio"/> oltre		

#### 5 - Consenso Informato e Documentazione Clinica

<b>5.1 - Esistono protocolli per l'acquisizione del consenso informato finalizzati per tipologia di intervento e/o terapia eseguiti nelle strutture assicurate (es. interventi chirurgici, trasfusioni, anestesia, indagini invasive(*), trattamenti non chirurgici ad alto rischio, specifici rischi come HIV e HCV)?</b> (* ) Vedi definizione in ultima pagina	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>5.2 - Ove il paziente o, nel caso di minori o soggetti adulti sottoposti a tutela legale, i suoi tutori legali non acconsentano a rilasciare il 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 iscritto e debitamente documentata e conservata?</b>	
<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Solo in alcuni casi (quali ad esempio interventi chirurgici demolitivi o su espressa richiesta dei legali rappresentanti del minore)	
<b>5.3 - Il consenso informato è sempre acquisito in forma scritta?</b>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>5.4 - I documenti che attestano il consenso informato sono sempre registrati e custoditi?</b>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>5.5 - Esiste una procedura per la gestione dei protocolli per l'acquisizione del consenso informato?</b>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se sì, ogni quanto tempo sono aggiornati?	<input type="radio"/> meno di 2 anni <input type="radio"/> più di due anni
<b>5.6 - Da che anno è disponibile la documentazione clinica relative agli interventi eseguiti?</b>	.....
<b>5.7 - I referti di tutte le prestazioni ambulatoriali sono regolarmente archiviati?</b>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>5.8 - Esiste un regolamento per la gestione della documentazione clinica?</b>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se sì, ogni quanto tempo è aggiornato?	<input type="radio"/> meno di 2 anni <input type="radio"/> più di due anni

Data di compilazione

.....

Firma del Richiedente

.....

### **DAY SURGERY**

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna che eroga interventi chirurgici eseguiti da medici chirurghi specialisti

### **INTERVENTI CHIRURGICI**

Le operazioni effettuate in sala operatoria, con anestesia locale o totale, attuate con manovre manuali o strumentali che comportano incisione, resezione o asportazione (anche con apparecchiature laser) di tessuti o organi.

### **INTERVENTI DI TIPO AMBULATORIALE**

Le operazioni eseguite in ambulatorio senza accesso al servizio "Day Surgery" e comunque diversi da interventi chirurgici ed interventi di tipo invasivo.

### **INTERVENTI DI TIPO INVASIVO**

Il complesso di indagini diagnostiche e delle manovre terapeutiche effettuate mediante l'inserimento nell'organismo del paziente di sonde, cateteri o di altre attrezzature utilizzate dalle diverse specializzazioni mediche. A titolo esemplificativo ma non limitativo appartengono a tale categoria di intervento: coronarografie, angioplastiche, gastroscopie, prelievi biotici, inserimenti di pace-maker.

Non sono invece considerati invasivi i seguenti atti medici: medicazioni, suture superficiali, posizionamento di cateteri vescicali, infiltrazioni peri e intra articolari e ogni altra prestazione assimilabile, secondo le evidenze scientifiche o le vigenti discipline di settore.