

SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI
Tabella 1.1

Ragione Sociale:	C.F.R. ISTITUTO DI RIABILITAZIONE SRL
Forma Giuridica:	SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA A SOGGERNO UNICO
P.IVA o Codice Fiscale:	P.IVA 016249615 - C.F. 05442680632
Anno di Costituzione:	1987
Indirizzo Sede Legale:	VIA DEL SEMINARIO NO 22, 24 80035 NOCI - NA.
Indirizzo Sede Operativa:	IDEM
Indirizzo Eventuali Sedi Secondarie:	
Sito Internet:	WWW.CFRRIABILITAZIONE.IT - WWW.CFRNOCI.IT

SEZIONE 2 – IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO
Tabella 2.1 - Selezionare l'identificazione corretta

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

☐	Ambulatorio di Radiologia e Diagnostica per Immagini
☐	Associazione di Volontariato
☐	Azienda Ospedaliera Privata
☐	Casa Albergo
☐	Casa di Cura privata – Clinica Privata
☐	Casa di Riposo
☐	Casa Famiglia
☐	Centri di professioni sanitarie non mediche
☒	Centri e presidi di riabilitazione funzionale di disabili psichici, fisici e sensoriali
☐	Centro di Recupero da Tossicodipendenze
☐	Centro Diurno
☒	Centro Fisioterapico
☐	Centro Odontoiatrico – Clinica Dentale – Studio Dentistico
☐	Clinica Veterinaria
☐	Comunità Alloggio
☐	Comunità Educativo Riabilitative
☐	Consultori famigliari e materno infantili (esclusa diagnostica prenatale)
☐	Hospice extra ospedalieri (malati terminali)
☐	Laboratorio di Analisi Cliniche (escluso analisi genetiche)
☐	Poliambulatorio (esclusa diagnostica per immagini, scintigrafia, PET)
☐	Residenza Assistenziale
☐	Residenza Assistenziale Flessibile – R.A.F.
☐	Residenza Sanitaria Assistenziale – R.S.A.
☐	Società o cooperativa di infermieri
☐	Società o cooperativa di operatori socio sanitari (o.s.s.)
☐	Stabilimenti di cure termali
☐	Struttura Residenziale Psichiatrica
☒	Altro (specificare) STRUTTURA SANITARIA PRIVATA ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATA CON IL SSN AUTORIZZATA ALLA EROGAZIONE EX ART. 26 L. 833/1978 (NELLE FORME DI ASSISTENZA RESIDENZIALE, SEMI-RESIDENZIALE, DOMICILIARE ED AMBULATORIALE) NONCHE' EX ART. 44 L. 833/1978 (PRESIDIO AMBULATORIALE DI FISIOCINESITERAPIA DI TIPO C)

SEZIONE 3 – NOTIZIE ASSICURATIVE

3.1 - Il rischio è attualmente assicurato?

☒ Si

☐ No

3.2 - Con quale Compagnia?

ITALIANA ASSICURAZIONI

3.3 - Data di decorrenza e scadenza della polizza:

decorrenza 23/01/2021 scadenza 22/01/2023

3.4 - Premio annuo comprensivo di imposte:

euro

3.5 - Motivo della cessazione della polizza:

☐ O Disdetta da parte del Richiedente

☐ O Disdetta da parte della Compagnia di cui al punto 3.2

☐ O Mancato rinnovo da parte della Compagnia di cui al punto 3.2

☒ Scadenza naturale

3.6 – Massimale RCT/O richiesto (selezionare anche più opzioni):

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?	☒ Si (compilare punto 3.8) ☐ 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?	☐ Si (compilare punto 3.8) ☒ 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?	☐ Si (compilare punto 3.8) ☒ No

3.8 - Indicare di seguito ulteriori dettagli sui sinistri o sulle richieste di risarcimento ricevute.

È possibile inoltre allegare altro materiale utile alla valutazione dell'accaduto avendo cura di eliminare i dati sensibili.

Data evento	Data richiesta di risarcimento	Fatto	Importo richiesta	Importo liquidato
9-10-2019	NESSUNA	CADUTA ACCIDENTALE A PAZIENTE IN TRATTAMENTO SERRAVALLE	NESSUNA RICHIESTA	NESSUNO

3.9 E' richiesta al personale medico dipendente e non dipendente l'esibizione di polizza di RC professionale stipulata individualmente?

☒ Si
☐ No

(N.B. GLI OPERATORI SANITARI ISCRITTI ALL'ALBO)

SEZIONE 4 – RISK MANAGEMENT E INFORMAZIONI GENERALI

4.1 – E' presente una funzione di 'risk management' dedicata all'attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario?		☒ Si O 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?		O Si ☒ No
Se sì, da che anno è disponibile la documentazione		
4.3 – E' presente un sistema di incident reporting e di relativa reportistica periodica (monitoraggio eventi sentinella)?		O Si, meno di sei mesi ☒ Si, più di sei mesi O No
4.4 – Sono state realizzate le azioni suggerite dalle raccomandazioni agli operatori elaborate dal Ministero della Salute?		☒ Si O No
Se sì, indicare per quali raccomandazioni		
NA 1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio NA 2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico NA 3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura NA 4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale NA 5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO NA 6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto NA 7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica NA 8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari NA 9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	NA 10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati NA 11. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) NA 12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Lookalike/sound-alike" NA 13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie NA 14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici NA 15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso NA 16. Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita NA 17. Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica NA 18. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	
4.5 – Sono previste campagne educative per il personale (es. sull'igiene delle mani)		☒ Si O No
4.6 – Esiste un regolamento per la gestione della documentazione clinica di ricovero ed ambulatoriale		O Si, da meno di 2 anni ☒ Si, da più di 2 anni O No
4.7 - Da che anno sono disponibili le cartelle cliniche relative agli interventi eseguiti		1991 (TRATTAMENTI RIABILITATIVI) DEGENZE
4.8 – I referti di tutte le prestazioni ambulatoriali vengono archiviati		☒ Si O No
4.9 – C'è un sistema di archiviazione delle immagini fotografiche e delle riprese video		O Si PROSSIMA ATTUAZIONE ☒ No INPIANTO TVCC PER VUE DI ESODO

4.10 – Esiste un piano annuale per la verifica di sicurezza e funzionalità delle apparecchiature ed attrezzature elettromedicali, basato su di un inventario dedicato ed aggiornato annualmente	☒ Si O No
4.11 - E' prevista una formazione obbligatoria per i neoassunti e di aggiornamento per il personale.	☒ Si O No
4.12 - 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 ☒ No
Se si, specificare quali: NOTA: LA SOCIETA' HA AVUTO L'APPLICAZIONE PRELIMINARE PER LA RICONVERSIONE DELLE ATTIVITA' RIABILITATIVE SANITARIE (SOCIO SANITARIE SENI RESIDENZIALI IN ATTIVITA' DI RSA - RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE R2+R3 (TEMPORALE PREVISTA AL R2+R3))	
4.13 – La struttura è in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla legge per l'esercizio delle attività svolte?	☒ Si O No
In caso di risposta negativa indicare i termini per l'attuazione NOTA: REQUISITI E CAPACITA' OPERATIVA DELLA STRUTTURA REGOLARMENTE VERIFICATI DALLA PREPOSTA COMMISSIONE REG. E DAI DIRIGENTI DEI SERVIZI DISTRETTOALI DELLA ASL NA03 SUD	
4.14 - 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)?	☒ Si O No
4.15 - In caso di intervento complesso che preveda successive e distinte fasi di attività sanitaria vengono acquisiti consensi informati differenziati?	O Si O No NA
4.16 - 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 O No
4.17 - Nel caso di minore è previsto il suo coinvolgimento nell' acquisizione del consenso informato	O Si O No NA - SOGG DIV ABIL
4.18 - 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?	
☒ Si O No O Solo in alcuni casi (quali ad esempio interventi chirurgici demolitivi o su espressa richiesta dei legali rappresentanti del minore)	
4.19 - Il consenso informato è sempre acquisito in forma scritta	☒ Si O No
4.20 - I documenti che attestano il consenso informato sono sempre registrati e custoditi	☒ Si O No
4.21 - Esiste una procedura per la gestione dei protocolli per l'acquisizione del consenso informato?	☒ Si O No
4.22 - Se si, ogni quanto tempo sono aggiornati?	O meno di 2 anni ☒ più di due anni

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

Fatturato al 31/12 dell'ultimo esercizio concluso (anno <u>2021</u>) :	€ <u>4'516'659,00</u>
Fatturato al 31/12 dell'anno precedente (anno <u>2020</u>) :	€ <u>4'300'484,00</u>
La fatturazione delle prestazioni eseguite avviene:	
☒ 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 %)	

Tabella 5.2 Parametri

Inserire dati riferiti al 31/12 2021
dell'ultimo esercizio concluso

	Dipendenti	Liberi professionisti
Retribuzioni/compensi personale medico	€ <u>124115,00</u>	€ <u>34490,00</u>
Numero medici	n. <u>2</u>	n. <u>4</u>
Retribuzioni/compensi personale infermieristico	€ <u>19926,00</u>	€ <u>103002,00</u>
Numero infermieri	n. <u>1</u>	n. <u>5</u>
Retribuzioni/compensi operatori socio sanitari	€ <u>230738,00</u>	€ <u>/</u>
Numero operatori socio sanitari	n. <u>11</u>	n. <u>/</u>
Retribuzioni/compensi fisioterapisti	€ <u>822.478,00</u>	€ <u>346469,00</u>
Numero fisioterapisti	n. <u>40</u>	n. <u>24</u>
Retribuzioni/compensi altro personale (personale amministrativo, addetti mense, addetti pulizie, ecc.)	€ <u>182'024,00</u>	€ <u>374377,00</u>
Retribuzioni/compensi totali	€ <u>1'379'281,00</u>	€ <u>858'338,00</u>
Numero posti letto (da compilare solo per strutture che effettuano il ricovero, anche diurno)	n. <u>20 TEMPO PIENO</u> <u>10 A CACCIO BURN</u>	
Numero animali per i quali si esegue ricovero (per Clinica veterinaria)	n. <u>NA</u>	

Tabella 5.3 Specializzazione dei medici operanti nella struttura

	Dipendenti	Liberi professionisti
Medici generici	n. <u>—</u>	n. <u>—</u>
Medici specialisti in ostetricia/ginecologia	n. <u>—</u>	n. <u>—</u>
Medici specialisti in ortopedia/traumatologia	n. <u>—</u>	n. <u>—</u>

Medici Dentisti che non eseguono implantologia	n. ~	n. -
Medici dentisti che eseguono implantologia	n. -	n. -
Medici specialisti in ..IGIENE E SANITA' PUBBLICA..	n. 1	n. -
Medici specialisti in ..MEDICINA FISICA E RIABILIT..	n. 1	n. 1
Medici specialisti in ..NEUROLOGIA	n. -	n. 1
Medici specialisti in ..NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	n. -	n. 1
Medici specialisti in ..FONIATRIA	n. -	n. 1
Medici specialisti in ..	n.	n.
Medici specialisti in ..	n.	n.
Medici specialisti in ..	n.	n.
Medici specialisti in ..	n.	n.
Medici specialisti in ..	n.	n.
Medici specialisti in ..	n.	n.
Medici specialisti in ..	n.	n.
Medici specialisti in ..	n.	n.
Medici specialisti in ..	n.	n.
Medici specialisti in ..	n.	n.
Medici specialisti in ..	n.	n.

Tabella 5.4 Direttore Sanitario

Estensione della garanzia alla responsabilità personale del Direttore Sanitario?	☒ Si O No
Se sì, indicare il nominativo e la specializzazione: DIREZIONE SANIT. DOT. ANNUNZIATA GUERRIERO SPEC. IGIENE E SANITA' PUBBLICA DIREZIONE IEL: DOT. FRANCESCO DI ERICO MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	

Tabella 5.5 Dipendenti

Estensione della garanzia alla 'Colpa grave – R.C. personale dei dipendenti'?	☒ Si O No
---	--

Tabella 5.6 Struttura

5.6.1 - La struttura è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale?	☒ Si O No
5.6.2 - La struttura è proprietaria dei fabbricati dove si svolge l'attività?	☐ Si GLI IMMOBILI SONO DI ☒ No PROP. NULLA DEL 6/6/10 (CONTROLLATO)
5.6.3 - 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?	☒ Si O No
5.6.4 - Nella struttura sono effettuate prestazioni mediche?	☒ Si O No
Se sì, di quale natura? (descrivere) PRESTAZIONI RIENTRANTE LIMITATE ALLA VALUTAZIONE FUNZIONALE DEI PAZIENTI PER LA DEFINIZIONE DEI PIANI DI TRATTAMENTO INDIVIDUALI E ALLA GESTIONE DELLE ESIGENZE ORDINARIE DEI REPAINTI IN DEGENZA	

5.6.5 - Nella struttura sono effettuati interventi di tipo invasivo (*) ? (*) Vedi definizione in ultima pagina	O Si ☒ No																					
Se sì, di quale natura? (descrivere)																						
5.6.6 - Nella struttura sono effettuati interventi chirurgici (*) ? (*) Vedi definizione in ultima pagina	O Si ☒ No																					
Se sì, di quale natura? (descrivere)																						
5.6.7 - Nella struttura sono effettuate prestazioni di medicina estetica ?	O Si ☒ No																					
Se sì, di quale natura? (descrivere)																						
5.6.8 - Nella struttura sono effettuati interventi di chirurgia estetica ?	O Si ☒ No																					
Se sì, di quale natura? (descrivere)																						
5.6.9 - Nella struttura viene svolta attività di diagnostica per immagini (RMN, Scintigrafia, PET, ecc.) ?	O Si ☒ No																					
5.6.10 - Nella struttura viene svolta attività di diagnostica senologica ?	O Si ☒ No																					
5.6.11 - Nella struttura viene svolta attività di diagnostica prenatale ?	O Si ☒ No																					
5.6.12 - Nella struttura sono effettuate fisioterapie?	☒ Si ☐ No																					
5.6.13 - Nella struttura sono svolti servizi trasfusionali (raccolta, analisi, preparazione, conservazione o trasfusione del sangue o dei suoi componenti)?	O Si ☒ No																					
5.6.14 - Viene svolta l'attività di sperimentazione clinica?	O Si ☒ No																					
5.6.15 - Vengono impiegate sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche?	O Si ☒ No																					
5.6.16 - Vengono effettuate attività connesse alla Procreazione Medicalmente Assistita ?	O Si ☒ No																					
5.6.17 - Nella struttura vengono effettuate indagini genetiche ?	O Si ☒ No																					
5.6.18 - Esiste un servizio di Day Hospital e/o Day - Surgery (*)? (*)Vedi definizione in ultima pagina	O Si ☒ No																					
5.6.19 - Esiste un servizio di Pronto Soccorso e Guardia Medica?	O Si ☒ No																					
5.6.20 - 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, e cc.?	☒ Si O No																					
<table border="0"> <tr> <td>Se si, indicare:</td> <td>Tipo di Attività</td> <td>nominativo del soggetto erogante il servizio</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ATTIVITÀ MANUTENTIVE ORDIN.</td> <td>SOR. COOP. TEMPO E LAVORO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PULIZIE, SANIFICAZIONE E IGIENE G.</td> <td>SOR. COOP. TEMPO E LAVORO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>LAVANDERIA E STIRERIA</td> <td>LAVANDERIA ITALIANA SRL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA</td> <td>MEDITEK SRL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PREPARAZIONE E TRASPORTO PASTI</td> <td>PARIBI CATERING SRL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>VERIFICHE ELETTRICHE DI LEGGE</td> <td>SADEL MED SRL</td> </tr> </table>		Se si, indicare:	Tipo di Attività	nominativo del soggetto erogante il servizio		ATTIVITÀ MANUTENTIVE ORDIN.	SOR. COOP. TEMPO E LAVORO		PULIZIE, SANIFICAZIONE E IGIENE G.	SOR. COOP. TEMPO E LAVORO		LAVANDERIA E STIRERIA	LAVANDERIA ITALIANA SRL		SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA	MEDITEK SRL		PREPARAZIONE E TRASPORTO PASTI	PARIBI CATERING SRL		VERIFICHE ELETTRICHE DI LEGGE	SADEL MED SRL
Se si, indicare:	Tipo di Attività	nominativo del soggetto erogante il servizio																				
	ATTIVITÀ MANUTENTIVE ORDIN.	SOR. COOP. TEMPO E LAVORO																				
	PULIZIE, SANIFICAZIONE E IGIENE G.	SOR. COOP. TEMPO E LAVORO																				
	LAVANDERIA E STIRERIA	LAVANDERIA ITALIANA SRL																				
	SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA	MEDITEK SRL																				
	PREPARAZIONE E TRASPORTO PASTI	PARIBI CATERING SRL																				
	VERIFICHE ELETTRICHE DI LEGGE	SADEL MED SRL																				

5.7 Assistiti

5.7.1 - Capienza massima di assistiti	AMB ART. 26 10 ore/DIE 6/7 RESID. 20 POST.; SEMI-RESID. 40 POST.; DOMICILIARI 60 POST. ART. 24 8 ore/DIE 6/7
5.7.2 - Percentuale di assistiti autosufficienti	%
5.7.3 - Nella struttura è presente un nucleo protetto per malati di Alzheimer p per persone affette da gravi decadimenti cognitivi?	☐ Sì ☒ No
5.7.4 - La sorveglianza sugli assistiti è svolta 24 ore su 24?	☒ Sì PRE-RESIDENZIALE ☐ No
5.7.5 - E' consentita la libera uscita degli assistiti dalla struttura?	☐ Sì ☒ No
5.7.6 - La struttura è dotata di un registro per la contenzione fisica e per il suo monitoraggio?	☐ Sì ☐ No NA

Tabella 5.8 - Apparecchiature e attrezzature elettromedicali

Tipologia	Numero
T.A.C.	—
R.M.N.	—
Camera Iperbarica	—
Defibrillatori	1
Altro, indicare	APPARECCHIATURE PER TERAPIA FISICA STAMP. V. ALLEGATO
Altro, indicare	
Altro, indicare	
Età media delle apparecchiature:	n° anni
5.8.1 - Ai fini del corretto utilizzo delle apparecchiature elettromedicali sono previste procedure scritte per il personale addetto?	☒ Sì ☐ No
5.8.2 - La manutenzione delle apparecchiature elettromedicali è:	☐ Incidentale ☒ Periodica
Se periodica ogni quanto tempo?	☒ 3-6 mesi ☐ 6-12 mesi ☐ 12-24 mesi ☐ O oltre

Tabella 5.9 Compilare esclusivamente per “Società o Cooperative di infermieri” o “Società o Cooperative di operatori socio sanitari (o.s.s.)”

5.9.1 - La Società o Cooperativa svolge l'attività esclusivamente su incarico di strutture sanitarie?	
5.9.2 - La Società o Cooperativa gestisce strutture sanitarie?	☐ Sì ☐ No
Se sì, ricompilare la Tabella 2.1 selezionando anche la tipologia di struttura e le ulteriori informazioni richieste dal Questionario.	

Tabella 5.10 Compilare esclusivamente per “Centro Odontoiatrico”, “Clinica Dentale” o “Studio Dentistico”

5.10.1 - Indicare il numero di ‘riuniti’(*) (poltrone) presenti nella struttura (*) Vedi definizione in ultima pagina	n.
--	----

SEZIONE 6 – INFORMAZIONI SPECIFICHE ‘MALATTIE INFETTIVE DA CONTAGIO’

N.B. Compilare obbligatoriamente tutti i campi

6.1 - La struttura ha messo in atto tutte le misure di prevenzione e protezione imposte dalle direttive nazionali e regionali o dalle Autorità competenti per l'emergenza Covid-19?		☒ Sì O No (Vedi nota 1)
Se sì, da quale data?		
6.2 - È stato predisposto un piano/procedura scritta di gestione del paziente affetto da malattie infettive da contagio?		☒ Sì O No
Se sì, da quale data?		MARZO 2020
6.3 - È possibile isolare i pazienti qualora sia confermata o sospetta l'infezione?		☒ Sì (stanza singola) ☒ Sì (stanza con raggruppamento pazienti con stessa patologia) ☐ Sì (trasferimento in strutture dedicate già individuate) ☒ Sì (altro specificare) USCA ASL NAPOLI 3 SUB 118 ☐ No
6.4 - È stato eseguito un programma di formazione specifico del personale sanitario e di assistenza?		☒ Sì O No
6.5 - Nella struttura sono presenti reparti specificamente dedicati a pazienti positivi al Covid-19?		O Sì ☒ No
Se sì, quanti posti letto sono disponibili?		
Se sì, il personale presente in tali reparti presta la sua opera anche in altri reparti?		O Sì O No
6.6 - La struttura ospita o ha ospitato pazienti positivi al Covid-19?		☒ Sì O No
Se sì, quanti?		13 NEL 2020
6.7 - La struttura ha o ha avuto prestatori di lavoro positivi al Covid-19?		☒ Sì O No
Se sì, quanti?		
6.8 - Ci sono stati casi di pazienti o prestatori di lavoro deceduti per Covid-19?		O Sì ☒ No (Vedi nota 2)
Se sì, quanti pazienti?		n.
Se sì, quanti prestatori di lavoro?		n.
6.9 Indicare il numero di pazienti deceduti in totale (indipendentemente dalla causa)	Anno in corso	n. 2022 NO
	Anno precedente	n. 2021 NO

6.10 - La struttura è stata sottoposta ad ispezione da parte delle Autorità giudiziarie e/o sanitaria negli ultimi 12 mesi?	O Si ☒ No
Se sì, sono state accertate violazioni in materia di prevenzione/sicurezza?	O Si ☒ No (Vedi nota 2)
6.11 - La struttura ha aderito ad accordi di collaborazione con Regione o Comuni per accogliere pazienti positivi al Covid-19 trasferiti da altre strutture sanitarie o assistenziali?	O Si ☒ No
Se sì, quanti pazienti sono stati trasferiti nella struttura?	—

Nota 1. In caso di risposta negativa Italiana Assicurazioni non fornisce quotazione del rischio.

Nota 2. In caso di risposta positiva Italiana Assicurazioni non fornisce quotazione del rischio.

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 sottaciuto 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 Italiana Assicurazioni, che avrà diritto di ritirare, modificare o confermare la propria proposta.

Luogo e data di compilazione

NOLA 19.01.2023

C. F. R. s.r.l.
ISTITUTO DI RIABILITAZIONE
Via del Seminario, 22/24
Timbro e Firma del Richiedente
60053 NOLA (NA)
Partita IVA 01424961215
Cod. Fisc. 015742680632

Nome e Cognome

BRUNO PIZZA

Carica ricoperta

LEGALE RAPPRESENTANTE

DEFINIZIONI

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 pacemaker.

RIUNITO

Il riunito è una apparecchiatura complessa con componenti meccaniche, elettriche, elettroniche e pneumatiche. Il circuito idrico che alimenta gli strumenti è un punto critico per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

