

## SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI

Tabella 1.1

Ragione Sociale:	SALERNO SOLIDALE SPA
Forma Giuridica:	SOCIETA' PER AZIONI IN CONTROLLO PUBBLICO
P.IVA o Codice Fiscale:	03309030652
Anno di Costituzione:	1997
Indirizzo Sede Legale:	VIA GUIDO VESTUTI S.N.C. - SALERNO
Indirizzo Sede Operativa:	u u u u u
Indirizzo Eventuali Sedi Secondarie:	LARGO LUCIANI, 24 - SALERNO
Sito Internet:	www.salernosolidale.it

## 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	Compilare anche l'Allegato 5
<input type="checkbox"/>	Associazione di Volontariato	Compilare anche l'Allegato 4 punto 1
<input type="checkbox"/>	Azienda Ospedaliera Privata	Compilare anche l'Allegato 3 e l'Allegato Covid 19
<input checked="" type="checkbox"/>	Casa Albergo	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Casa di Cura privata – Clinica Privata	Compilare anche l'Allegato 3 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Casa di Riposo	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Casa Famiglia	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Centro di Recupero da Tossicodipendenze	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input checked="" type="checkbox"/>	Centro Diurno	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Centro Fisioterapico	Compilare anche l'Allegato 4 punto 2
<input type="checkbox"/>	Centro Odontoiatrico – Clinica Dentale	Compilare anche l'Allegato 4 punto 4
<input type="checkbox"/>	Comunità Alloggio	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Comunità Educativo Riabilitative	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Consultorio Familiare - Consultorio Materno infantile	Compilare anche l'Allegato 4 punto 3
<input type="checkbox"/>	Laboratorio di Analisi Cliniche	Compilare anche l'Allegato 2
<input type="checkbox"/>	Poliambulatorio	Compilare anche l'Allegato 2
<input type="checkbox"/>	Residenza Assistenziale	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Residenza Assistenziale Flessibile – R.A.F.	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Residenza Sanitaria Assistenziale – R.S.A.	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Società o cooperativa di infermieri	Compilare anche l'Allegato 4 punto 5 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Società o cooperativa di operatori socio sanitario (o.s.s.)	Compilare anche l'Allegato 4 punto 5 e l'Allegato Covid 19
<input type="checkbox"/>	Struttura Residenziale Psichiatrica	Compilare anche l'Allegato 1 e l'Allegato Covid 19
<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. in qualità di committente?	<input checked="" 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:  
 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  
 O Scadenza naturale

3.6 – Massimale RCT/O richiesto:

1 ML	1,5 ML	2 ML	2.5 ML	<del>3 ML</del>	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"

Nell'ultimo quinquennio si sono verificati sinistri o comunque vi sono state richieste di risarcimento da parte di terzi?	<input type="checkbox"/> Sì (compilare tabella) <input checked="" type="checkbox"/> No
---	---

**N.B:** In caso di risposta affermativa indicare di seguito i dettagli sulle richieste di risarcimento ricevute

Data evento	Data richiesta di risarcimento	Fatto	Importo richiesta	Importo liquidato

**3.8 – Circostanze**

**N.B:** col termine di "Circostanze" si intendono atti, fatti o situazioni che potrebbero determinare una richiesta di risarcimento da parte di terzi

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="checkbox"/> Sì (compilare tabella) <input checked="" type="checkbox"/> No
---	---

**N.B:** In caso di risposta affermativa indicare di seguito i dettagli sulle circostanze note. Allegare il materiale utile alla valutazione dell'evento avendo cura di eliminare i dati soggetti a trattamento speciale (ex dati sensibili).

Data evento	Fatto	Importo presunto del danno

### 3.9 - Procedimenti penali

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?		O Si (compilare punto 3.8) <input checked="" type="checkbox"/> No
<b>N.B:</b> In caso di risposta affermativa indicare di seguito i dettagli sui procedimenti Allegare il materiale utile alla valutazione dell'accaduto avendo cura di eliminare i dati soggetti a trattamento speciale (ex dati sensibili).		
Data evento	Fatto	

### SEZIONE 4 – RISK MANAGEMENT

4.1 - È presente una funzione di risk management dedicata all'attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario?	O Si <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> No
Se sì, indicare la periodicità della reportistica	
O meno di sei mesi O più di sei mesi	
4.4 - Sono state realizzate le azioni suggerite dalle raccomandazioni agli operatori elaborate dal Ministero della Salute?	O Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Se sì, 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 <input type="checkbox"/> 19. Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide.

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 2023):	€	8.882.769
Fatturato al 31/12 dell'anno precedente (anno 2022):	€	8.948.373

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

	Dipendenti	Non dipendenti
Retribuzioni/compensi personale medico	€	€
Numero medici	n.	n.
Retribuzioni/compensi personale infermieristico	€	€ 20.000,00 ANNUI
Numero infermieri	n.	n. 1
Retribuzioni/compensi operatori socio sanitari	€ 75.580,00	€
Numero operatori socio sanitari	n. 2	n.
Retribuzioni/compensi altro personale (personale amministrativo, addetti mense, addetti pulizie, ecc.)	€ 1.797.810,00	€
Retribuzioni/compensi totali	€ 1.873.390,00	€ 20.000,00
Numero posti letto (da compilare per strutture che effettuano il ricovero, anche diurno)	n.	
Estensione della garanzia alla responsabilità personale del Direttore Sanitario	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Incarico non presente	
Se sì, indicare il nominativo .....		
Estensione della garanzia alla "Colpa grave - RC personale dei dipendenti"?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	

La sottoscrizione del presente Questionario e dei relativi allegati 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 esso rese nel presente questionario risultano conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottocluso 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 Richiedente 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 FILomenA ARPIER

21 MARZO 2024

Carica ricoperta AMMINISTRATORE UN

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

1.1 - La struttura è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale?	O Si <input checked="" type="radio"/> No
1.2 - Capienza massima di assistiti	n. 54
1.3 - Percentuale di assistiti non-autosufficienti	20 %
1.3 - Nella struttura è presente un nucleo protetto per malati di Alzheimer o per persone affette da gravi decadimenti cognitivi?	O Si <input checked="" type="radio"/> No
Se sì, indicare il numero massimo di assistiti	n.
1.4 - Nella struttura sono effettuate prestazioni mediche?	<input checked="" type="radio"/> Si O No
Se sì, di quale natura? (descrivere)	ESSENZIAL MENTE INTERMEDIE ASSISTENZIE + SSN
1.5 - Nella struttura sono effettuate fisioterapie?	O Si <input checked="" type="radio"/> No
1.6 - La sorveglianza sugli assistiti è svolta 24 ore su 24?	<input checked="" type="radio"/> Si O No
1.7 - E' consentita la libera uscita degli assistiti dalla struttura?	<input checked="" type="radio"/> Si O No
1.8 - La struttura è proprietaria dei fabbricati dove si svolge l'attività?	<input checked="" type="radio"/> Si O No
1.9 - 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?	<input checked="" type="radio"/> Si O No
1.10 - 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 <input checked="" type="radio"/> No
Se sì, specificare quali:	
1.11 - La struttura è in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla legge per l'esercizio delle attività svolte?	<input checked="" type="radio"/> Si O No
In caso di risposta negativa indicare i termini per l'attuazione	
1.12 - Ai fini del corretto utilizzo delle apparecchiature elettromedicali sono previste procedure scritte per il personale addetto?	O Si <input checked="" type="radio"/> No
1.13 - 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 - Nella struttura sono svolti servizi trasfusionali? (raccolta, analisi, preparazione, conservazione o trasfusione del sangue o dei suoi componenti)</b>	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No																		
Se Si, specificare quali																			
<b>1.15 - 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.?</b>	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No																		
<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 15%;">Se si, indicare:</th> <th style="text-align: left; width: 45%;">Tipo di Attività</th> <th style="text-align: left; width: 40%;">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																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	
.....	.....	.....																	

**NOTA BENE: Si ricorda di compilare anche l'Allegato Covid 19**

Luogo e data di compilazione

SALERNO 2 MAGGIO 2024

Firma del Richiedente

.....

**ALLEGATO COVID-19**

Alla data di compilazione del questionario:

<b>1.</b> 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?		<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No (vedi Nota 1)
Se sì, da quale data?		
<b>2.</b> La struttura ha predisposto un piano/procedura scritta di gestione del paziente affetto da malattie infettive da contagio?		<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se sì, da quale data?		
<b>3.</b> La struttura può isolare i pazienti qualora sia confermata o sospetta l'infezione?	<input checked="" type="radio"/> Sì (stanza singola) <input type="radio"/> Sì (stanza con raggruppamento pazienti con stessa patologia) <input type="radio"/> Sì (trasferimento in strutture dedicate già individuate) <input type="radio"/> Sì (altro specificare) ..... ..... <input type="radio"/> No	
<b>4.</b> La struttura ha eseguito un programma di formazione specifico del personale sanitario e di assistenza?		<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>5.</b> Nella struttura sono presenti reparti specificamente dedicati a pazienti positivi al Covid-19?		<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No
Se sì, quanti posti letto sono disponibili?		
Se sì, il personale presente in tali reparti presta la sua opera anche in altri reparti?		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>6.</b> La struttura ospita o ha ospitato pazienti positivi al Covid-19?		<input checked="" type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No
Se sì, quanti?		10
<b>7.</b> La struttura ha o ha avuto prestatori di lavoro positivi al Covid-19?		<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se sì, quanti?		6
<b>8.</b> Nella struttura ci sono stati casi di pazienti o di prestatori di lavoro deceduti per Covid-19?		<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No (vedi Nota 2)
Se sì, quanti pazienti?		
Se sì, quanti prestatori di lavoro?		
<b>9.</b> Indicare il numero di pazienti deceduti in totale (indipendentemente dalla causa)	Anno 2021 fino alla data di compilazione	n..... /
	Anno 2020	n..... 3
	Anno 2019	n..... /
<b>10.</b> Negli ultimi 12 mesi la struttura è stata sottoposta ad ispezione da parte delle Autorità giudiziarie e/o sanitaria?		<input checked="" type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se sì, sono state accertate violazioni in materia di prevenzione/sicurezza?		<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No (vedi Nota 2)
<b>11.</b> 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?		<input type="radio"/> Sì <input checked="" type="radio"/> No
Se sì, quanti pazienti sono stati trasferiti nella struttura?		

**Nota 1.** In caso di risposta negativa **Reale Mutua non fornisce quotazione del rischio.**

**Nota 2.** In caso di risposta positiva **Reale Mutua non fornisce quotazione del rischio.**

Data di compilazione

Timbro e Firma del Richiedente

Nome e Cognome .....

.....

.....

Carica ricoperta .....

## 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 biotipici, 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.