

# ASSIMEDICI®

CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

## CORPORATE DEPARTMENT

# QUESTIONARIO COMPLIANCE

## Legge n. 24/2017 - "Legge Gelli" ed emanandi Decreti Attuativi



**ASSIMEDICI Srl**

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina, 20

Cell. 392.90.42.265 - Tel. **02.91.98.33.94** - Fax 02.91.39.02.54

R.U.I. B000401406

[www.corporate.assimediti.it](http://www.corporate.assimediti.it) - E-mail: [corporate@assimediti.it](mailto:corporate@assimediti.it)

**STEFFANO  
GROUP**

# Anagrafica struttura

**Ragione Sociale** \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Sito Internet: www. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Partita IVA |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Direttore Amministrativo** \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Direttore Sanitario** \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Risk Manager** \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Referente Coperture Assicurative** \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DI ATTIVITA' SVOLTA** \_\_\_\_\_ **CODICE ATECO** | \_\_\_\_\_ |

**LA STRUTTURA E' ACCREDITATA DAL SSN**  **SI**  **NO**

**REGIONE IN CUI VIENE SVOLTA L'ATTIVITA'** | \_\_\_\_\_ |

**Struttura Pubblica**  **SI**  **NO a partecipazione Pubblica**  **SI**  **NO**

Poliambulatorio

Studio Odontoiatrico

Laboratorio Analisi

Centro Diagnostica Strumentale

Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA)

Struttura Complessa

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Struttura di Medicina Estetica

Casa di Cura

Ospedale / IRCCS

Assistenza Infermieristica Residenziale e Domiciliare per Anziani

**Fatturato annuo €**

<b>stima esercizio in corso</b>	<b>esercizio anno precedente</b>	<b>penultimo esercizio finanziario</b>

All'interno della Struttura viene svolta attività chirurgica:  **SI**  **NO**  
Se **SI**: che tipologia di attività viene svolta:  
 Ortopedica  Ginecologica  Neurochirurgica  Altra chirurgia

All'interno della Struttura viene svolta attività Invasiva:  **SI**  **NO**

**Esistono all'interno della struttura una o più figure professionali dedicate alla prevenzione e gestione del rischio clinico?**  **SI**  **NO**

Se **SI**: con quale profilo professionale?  
 Risk Manager  Medico Legale  Legale

**Il personale sanitario operante presso la struttura è a contratto:**  
 Dipendente e/o di lavoro subordinato Nr. \_\_\_\_\_  Libero professionista Nr. \_\_\_\_\_

**In relazione all'art. 10 della Legge, la struttura è provvista di:**  
 Copertura assicurativa RCT  Altre analoghe misure

**Nel caso sia presente una copertura assicurativa indicare:**

- |                                       |   |         |
|---------------------------------------|---|---------|
| <b>1) Massimale per sinistro</b>      |   | € _____ |
| <b>2) Massimale per anno</b>          |   | € _____ |
| <b>3) Massimale sinistri in serie</b> |   | € _____ |
| <b>4) Garanzia RCO</b>                | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO se SI Massimale</b> | € _____ |
| <b>5) Retroattività</b>               | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO se SI Anni</b>      | _____   |
| <b>6) Postuma</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO se SI Anni</b>      | _____   |
| <b>7) Franchigia</b>                  | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO se SI</b>           | € _____ |
| <b>8) Scoperto</b>                    | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO se SI</b>           | % _____ |
| <b>9) SIR</b>                         | <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO se SI</b>           | € _____ |

**Il testo di polizza è pubblicato sul sito internet aziendale (art. 10, comma 4)?**  
 **SI**  **NO**

**Le eventuali coperture assicurative in essere sono gestite con:**  
 **AGENTE**  **BROKER**

**Anagrafica Intermediario**

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Nel caso la struttura abbia optato per l'adozione di "misure analoghe":**

**La scelta di operare mediante assunzione diretta del rischio risulta da apposita delibera approvata dai vertici della struttura?**  SI  NO

se **SI**: sono esplicitate le motivazioni sottese a tale scelta?  SI  NO

**Esiste un accantonamento economico per la gestione delle richieste di risarcimento già pervenute (Fondo Riserva Sinistri)?**

SI  NO

Se **SI**: con quale cadenza viene monitorato?  Non viene monitorato

Mensile  Trimestrale  Quadrimestrale  Semestrale  Annuale

Quale somma complessiva per anno è stata riservata?

2015	2016	2017	2018	2019

**E' prevista a bilancio una riserva economica specifica a copertura di potenziali richieste di risarcimento (Fondo Rischi)?**

SI  NO

Se **SI**: con quale cadenza viene monitorato?  Non viene monitorato

Mensile  Trimestrale  Quadrimestrale  Semestrale  Annuale

Quale somma complessiva per anno è stata riservata?

2015	2016	2017	2018	2019

**La congruità degli accantonamenti a bilancio di cui sopra è certificata da un Revisore che rilascia un giudizio di sufficienza (o attesta le ragioni per cui è impossibile esprimere un giudizio)?**

SI  NO

**La struttura ha mai ricevuto richieste di risarcimento danni?**

SI  NO

Se **SI**: quante richieste di risarcimento sono pervenute negli ultimi 5 anni?

2015	2016	2017	2018	2019

Se **SI**: quale somma complessiva per anno è stata richiesta?

2015	2016	2017	2018	2019

Se **SI**: quale somma complessiva per anno è stata riservata?

2015	2016	2017	2018	2019

Se **SI**: quale somma complessiva per anno è stata pagata?

2015	2016	2017	2018	2019

**Esiste un database aziendale delle Richieste di Risarcimento (art. 2, comma 4)?**  
 **SI**  **NO**

**Da chi è gestito il contenzioso sanitario Stragiudiziale (art. 8)?**

**Ufficio legale interno**       **Legale esterno**

Coordinato da:       Direzione Generale       Direzione Amministrativa  
                          Direzione Sanitaria       Risk Manager

**Da chi è gestito il contenzioso sanitario Giudiziale (art. 8)?**

**Ufficio legale interno**       **Legale esterno**

Coordinato da:       Direzione Generale       Direzione Amministrativa  
                          Direzione Sanitaria       Risk Manager

**La struttura gestisce e disciplina con criteri e modalità standardizzate l'attività di istruzione, valutazione e liquidazione delle richieste di risarcimento danni?**  
 **SI**  **NO**

**È previsto l'invio della comunicazione obbligatoria di cui all'art. 13 al personale sanitario coinvolto nel sinistro?**  
 **SI**  **NO**

**Chi provvede all'obbligo di comunicazione di cui sopra?**

Ufficio legale interno       Legale esterno  
 Direzione Generale       Direzione Amministrativa  
 Direzione Sanitaria       Risk Manager

**Si è a conoscenza della possibilità di agire nei confronti del personale sanitario che ha causato un danno liquidato al paziente? (azione di rivalsa Art. 9)**  
 **SI**  **NO**

Se **SI**: È mai stata esercitata?       **SI**  **NO**

Nel caso, a chi è affidata?

Ufficio legale interno       Legale esterno  
 Direzione Generale       Direzione Amministrativa  
 Direzione Sanitaria       Risk Manager

**Nel sito Internet aziendale sono disponibili i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, comma 3)?**       **SI**  **NO**

**Si è a conoscenza dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità presso AGENAS - Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (art. 3, comma 1)?**  
 **SI**  **NO**

**La struttura si è organizzata per consentire l'accesso alla documentazione sanitaria secondo le regole della Legge (art. 4, comma 2)?**  
 **SI**  **NO**

## **COMPLIANCE "RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI"**

**(art. 5, comma 1)**

**Esistono misure organizzative per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli?**

SI  NO

**Esistono misure organizzative per la prevenzione e la gestione della caduta dei pazienti?**

SI  NO

**Esistono misure organizzative per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci che si assomigliano per nome o sembrano simili?**

SI  NO

**Esistono misure organizzative per la prevenzione della morte o di gravi danni conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto dei pazienti?**

SI  NO

**Esistono misure organizzative per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti a malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali?**

SI  NO

**Esistono misure organizzative per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori?**

SI  NO

**Esistono misure organizzative per permettere la corretta identificazione del paziente?**

SI  NO

**Esistono misure organizzative per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico, in caso la struttura svolga questo tipo di attività?**

non pertinente  SI  NO

## **CONSENSO INFORMATO**

**Esistono procedure di verifica dei Modelli di Consenso Informato utilizzati all'interno della struttura?**

SI  NO

## **COPERTURE DEL PERSONALE SANITARIO OPERANTE**

**Esistono procedure di verifica delle coperture assicurative del personale operante presso la struttura?**

**Libero professionista**

SI  NO

**Dipendente e/o subordinato**

SI  NO

## **PER GLI STUDI ODONTOIATRICI**

**Esistono misure organizzative per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati?**

SI  NO

**Per le strutture che svolgono:**

**ASSISTENZA SOCIO SANITARIA RESIDENZIALE**

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA RESIDENZIALE E DOMICILIARE**

Esistono misure organizzative per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci neoplastici?  SI  NO

E per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica?  SI  NO

Esistono misure organizzative che permettono la riconciliazione farmacologica?  SI  NO

Esistono misure organizzative per la prevenzione del suicidio dei pazienti?  SI  NO

---

**Note e/o precisazioni:**

La compilazione è stata effettuata in data |\_\_| |\_\_| |\_\_\_\_\_|

Da \_\_\_\_\_

Funzione Aziendale \_\_\_\_\_

Si richiede relazione di adeguatezza alla "Legge Gelli" e agli emanandi decreti attuativi.

Assistiti da:

---

# ASSIMEDICI<sup>®</sup>

CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

## CORPORATE DEPARTMENT

**ASSIMEDICI Srl**

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina, 20

Cell. (+39) 392.90.42.265 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.94** - Fax

(+39) 02.91.39.02.54

R.U.I. B000401406

**[www.corporate.assimedici.it](http://www.corporate.assimedici.it)** - E-mail: [corporate@assimedici.it](mailto:corporate@assimedici.it)

