

QUESTIONARIO

STRUTTURE SANITARIE

(Nota per la redazione del Questionario: ad ogni quesito il Proponente dovrà dare un'esauriente risposta, pregando di scrivere in stampatello nelle apposite caselle. (Se lo spazio a disposizione dovesse essere insufficiente, per favore utilizzare separato foglio indicando per ciascuna risposta il relativo numero del punto del Questionario).

Dati identificativi della struttura

Ragione sociale e Nome della struttura **Azienda pubblica di servizi alla persona "OPERA PIA COIANIZ"** Sede sociale **via P. Coianiz, n. 8 – 33017 TARCENTO**

Partita IVA e/o Cod. Fiscale **0052130307**

Ubicazione della struttura **via P. Coianiz, n. 8 – 33017 TARCENTO**

Website **www.operapiacoianiz.it**

Dati del compilatore

Nome e cognome **Francesca RIOSA in qualità di Coordinatore di Direzione generale**

Informazioni sull'attività svolta

1. Indicare la tipologia di struttura

Casa albergo

Casa di riposo, casa soggiorno, casa vacanza per anziani, ricovero temporaneo di sollievo

Casa Famiglia

Casa Protetta

Centro diurno

Comunità alloggio

Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.)

Residenza sociale assistita

Struttura Residenziale Socio Riabilitativa (S.R.S.R.) di Assistenza Psichiatrica

Centro per deficit cognitivi e demenze (C.D.C.D.)

Centro malattia di Parkinson e disturbi del movimento

Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (S.P.R.A.R.)

Azienda PUBBLICA di servizi alla persona (A.S.P.)

Servizio di ambulanza e trasporto assimilabili (in questo caso non considerare i punti dal 3 al 7 e rispondere al punto 8)

Altro

2. data di costituzione

R.D. 20 dicembre 1894

3. numero posti letto (se esistenti)
24 posti letti di tipologia N1 e

residenza per anziani non autosufficienti di Terzo livello: n.

**n. 156 posti letti di tipologia N3; Residenza sanitaria assistenziale
n. 33 posti letto**

4. personale dipendente:

a. numero medici

.....

Dettagliare attività mediche svolte

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

b. numero infermieri **26**

c. numero fisioterapisti **6**

d. altri operatori sanitari **28**

5. personale non dipendente:

a. numero medici

5 diurni + 3

servizio guardia medica notturna

Dettagliare attività mediche svolte **(riferim. Allegato C Regolamento di Organizzazione)**

Effettuazione del processo diagnostico; prescrizione delle terapie; costante contatto con la struttura ospedaliera in caso di ricovero ospedaliero dell'ospite; vigilanza sullo stato di salute degli ospiti dell'Opera Pia Coianiz secondo le norme che regolano la professione medica; supervisione delle condizioni igienico-sanitarie dell'Azienda; vigilanza sull'archivio delle cartelle cliniche e cura della trasmissione alle Autorità competenti delle denunce delle malattie contagiose e di ogni altra denuncia prescritta dalle disposizioni di legge; rilascio agli aventi diritto di certificazioni mediche riguardanti i degenti; collaborazione alle iniziative di coordinamento con le altre istituzioni sanitarie locali; promozione di incontri periodici con il personale sanitario e di assistenza per istruire sulle metodologie generali (es. patologie infettive), per discutere su casi particolari e per verifiche di lavoro.

b. numero infermieri **2**

c. numero fisioterapisti

d. altri operatori sanitari

6. Turnazione del personale: specificare la turnazione del personale **3 turni (mattina-pomeriggio-notte)**

7. Indicare la percentuale di ospiti non autosufficienti sul totale degli ospiti **86,67%**

8. Limitatamente al servizio di ambulanze e trasporti assimilabili precisare, limitatamente all'anno precedente,

- Numero postazioni territoriali
 - Di primo livello
 - Di secondo livello
 - Di terzo livello
 - Di quarto livello
- Numero addetti/attività svolta
 - Autisti-soccorritori e autisti-barellieri
 - Infermieri
 - Medici
 - Soccorritori
- Interventi d'emergenza
 - Codice bianco numero

- Codice verde numero
- Codice giallo numero
- Codice rosso numero
- Trasporti assimilabili
 - Trasporto infermi numero
 - Trasporto disabili numero
 - Trasporto dializzati numero
 - Altri tipi di trasporto numero, precisando il tipo
-
- Altre attività
 - Attività c/o stadi o eventi/manifestazioni numero.....
 - Attività su piste da sci numero.....
 - Altre attività numero, precisando il tipo
-
- Turnazione
 - h24 con reperibilità h24 [SI] [NO]
 - altro tipo, precisandone il tipo
- Numero e tipo di ambulanze
 - Ambulanze di base e di trasporto
 - Ambulanze di soccorso avanzato di base
 - Ambulanze di soccorso avanzato
 - Centri mobili di rianimazione (o di terapia intensiva)
 - Auto e motomediche, compresi quelli per trasporto di plasma e organi
 - Autoveicoli per trasporto disabili
 - Eliambulanze

Fatturato e retribuzioni:

Fatturato

- fatturato esercizio **2020** **Euro 6.765.626,90**
- fatturato esercizio **2021** **Euro 6.755.510,41**
- fatturato stimato **esercizio 2022** **Euro 7.273.702,20**

Retribuzioni

- retribuzioni **esercizio 2020** **Euro 2.354.042,93**
- retribuzioni **esercizio 2021** **Euro 2.268.496,62**
- retribuzioni **preventivate esercizio 2022** **Euro 2.300.000,00**

Polizze in corso e precedenti assicurativi

Precedenti assicurativi (precisare l'esistenza o la cessazione di polizze assicurative contratte dall'Assicurato)

Polizza AMTRUST scadenza 30/06/2022

.....

Polizze personale sanitario (precisare se gli operatori sanitari dipendenti e non sono in possesso di coperture RCProfessionalì personali)

Solo per i medici non dipendenti, l'Azienda è in possesso di copia delle polizze personali di coperture RCProfessionalì

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Massimali richiesti
Euro 5.000.000,00

Sinistri e richieste di risarcimento degli ultimi 5 anni.

Per ciascun sinistro, se verificatosi, o richiesta di risarcimento ricevuta fornire le seguenti informazioni: importo, cause, informazioni precise all'accadimento

Nessuno.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Conoscenza di circostanze presenti o passate che possono generare sinistri o richieste di risarcimento

Nessuna

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il rischio non ha ricevuto richieste di risarcimento per malattie professionali negli ultimi 10 anni

No

.....

.....
.....
.....
.....
Negli ultimi 10 anni ha ricevuto da parte degli Enti competenti contestazioni o contravvenzioni di qualsiasi tipo?

No.....
.....
.....
.....
.....

Livello della conflittualità sindacale (rapporti con/tra dipendenti e addetti)

Barrare la casella che interessa

- Irrilevante
- Basso**
- Medio
- Alto

Informazioni relative alle caratteristiche costruttive dei fabbricati e misure antincendio:NO

- Area: mq.
- Strutture portanti: Reazione al fuoco ¹
- Soffittature, coibentazioni, rivestimenti: Reazione al fuoco
- Impianti termici di riscaldamento: Stato d'uso
- Impianti di condizionamento/ventilazione: Stato d'uso
- Impianti d'illuminazione/acustici: Stato d'uso
- Altri impianti Tipi e stato d'uso

- Estintori: Numero
- Impianti di segnalazione incendio: SI NO
- Impianti di rilevazione incendio SI NO
- Evacuatori di fumo SI NO
- Vigili del fuoco: distanza Km
- Tempo prevedibile d'intervento: minuti
- Esistono procedure codificate d'emergenza? SI NO
- Esistono strutture di pronto soccorso nella zona? distanza Km

¹ Indicare NC per non combustibile, C per combustibile e, se nota e certificata, la classe di reazione al fuoco

– Tempo prevedibile d'intervento: minuti

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della polizza di assicurazione. Tuttavia, qualora la stessa sia emessa, le dichiarazioni rese nella proposta - questionario saranno prese a fondamento del contratto e formeranno parte integrante del medesimo.

Il Proponente riconosce che le dichiarazioni contenute nella presente proposta - questionario sono veritiere e dichiara altresì di non avere sottaciuto alcun elemento che possa influire sulla valutazione del rischio.

Data della compilazione Questionario **19 aprile 2022**

Timbro e firma del Proponente

IL COORDINATORE DI DIREZIONE GENERALE
Francesca Riosa

*Documento informatico firmato digitalmente
che sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa,
ai sensi del D. Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate*