Assicurazione della Responsabilità Civile di Aziende Sanitarie

Proposta/Questionario

AVVISI IMPORTANTI

I È nel Vostro interesse dichiarare nella presente Proposta/Questionario qualsiasi fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio che le proponete di assumere, in quanto, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'indennizzo da parte Vostra. In caso di dubbio su che cosa costituisca fatto o circostanza rilevante, Vi preghiamo di consultare il Vostro broker.

II L'accettazione della presente Proposta/Questionario non impegna in alcun modo a stipulare la polizza.

III La polizza che verrà emessa, in caso di accettazione della presente Proposta/Questionario, sarà soggetta al principio del cosiddetto *claims made*, in base al quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento di cui il proponente sia venuto a conoscenza e che vengano comunicate nel periodo di polizza, nei limiti ed alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

* * *

I. Informazioni sul Proponente e sulla sua struttura

Information on the Proposer and its structure

1.1. Ragione Sociale ed Indirizzo/*Full Name and address of the Authority*:

ASL 8 Cagliari – via Piero della Francesca n° 1 – 09047 Selargius

1.2. Comuni e territorio di competenza/*Municipalities and regions managed*:

TUTTI I COMUNI DELLA PROVINCIA DI CAGLIARI

1.3. Vi siete accorpati o scorporati negli ultimi 5 anni da preesistenti USL/ASL? Se Sì, si prega di fornire informazioni / *Have you been merged or demerged in the last 5 years with/from a pre-existing Local Health Authority? If so please provide full details.*

No

1.4. Vi preghiamo di indicare il Costo del Personale (voce B.7 del conto economico del bilancio di esercizio) come segue:
Please state your employed staff gross wages as follows:

	Anno 2013 *previsione*	Anno 2012	Anno 2011
B.7	270.198.475	270.291.330	268.209.046

1.5. Ci sono stati cambiamenti strutturali nella Vostra attività o ci sono nuovi sviluppi possibili nei prossimi 12 mesi? Se Sì, si prega di fornire dettagli/ *Have there been any structural changes in your business or any important new developments likely to occur over the next 12 months? If Yes, please provide details*

No

1.6. Siete specializzati o siete un centro di riferimento per qualche disciplina? / *Do you specialise in any area or are you a centre of excellence for any discipline?*
P.O. Microcitemico: patologie correlate alla thalassemia, diagnosi e cura; patologie e malattie genetiche.

1.7. Vi preghiamo di fornire informazioni sugli ospedali di competenza come segue: *Please provide full details of hospitals managed as follows:*

Numero di ospedali/*Nr of hospitals*: **N° 7**

Numero di letti /*Nr of beds*: **Regine ordinario: N° 784 – DH/DS: N° 168**
Numero di sale operatorie/*Nr of operating theatres*: **N° 25**

Numero di reparti/*Nr of wards*: **N° 50**

Numero totale di pazienti ammessi lo scorso anno/ *Total number of patients admitted in the last year:*
Regime ordinario: N° 33.475 – DH/DS: N° 17.240

Di questi, quale percentuale proveniva da Stati Uniti d'America e Canada? /*Of these what percentage were from the USA and Canada?* **Dagli USA: N° 0 – Dal Canadà: N° 0**

1.8. Vi preghiamo di fornire dettagli su: *Please provide full details of:*

Specializzazione/Reparto *Specialisation/Ward*	**N. Chirurghi** *Nr. of Surgeons*	**N. altri Medici** *Nr. of other Doctors*	**N. Paramedici** *Nr. of Para-medics*	**N. di letti** *Nr. of beds*	**N. di operazioni chirurgiche** *Nr. of Surgical Operations*
Pronto soccorso ed Emergenza *Accident & Emergency*	--	27	59	--	--
Cardiologia *Cardiology*	--	40	60	18	--
Chirurgia plastica *Cosmetic surgery*	--	--	--	--	--
Cure dentarie *Dentistry*	--	--	--	--	--
Dermatologia *Dermatology*	--	6	14	6	--
Geriatria *Geriatrics*	--	16	20	23	--
Ematologia *Haematology*	--	28	80	41	--
Terapia intensiva *Intensive Care*	--	78	121	27	--
Neurologia *Neurology*	--	4	6	4	--
Ostetricia e Ginecologia *Obstetrics & Gynecology*	24	--	76	31	2.786
Oftalmologia *Ophthalmology*	--	4	14	6	2.087
Ortopedia *Orthopaedics*	46	--	94	116	3.184
Pediatria *Paediatrics*	--	24	53	13	
Psichiatria *Psychiatry*	--	20		27	
Altro *Other*					
Chirurgia e neurochirurgia	83	--	184	152	4.744
Urologia	8	--	34	26	1.634(urologia)
Totale *Total*	161	247	815	490	14.435

Tasso di occupazione dei posti letto: 70,5%

1.9 Informazioni riguardanti il reparto di Ostetricia e Ginecologia:

1.9.1 Quanti sono i parti in un anno?/*Number of deliveries per annum:*
P.O. SS. Trinità – Cagliari: N. 1.448

1.9.2 Numero di/*Nr. of:*
parti gemellari/*multiple births:* **N° 0 (da diagnosi principale)**
bambini nati morti/*stillborn infants:* **N° 1**
parti cesarei: P.O. SS. Trinità – Cagliari: N° 495

1.9.3 Esiste un'ostetrica reperibile 24 ore al giorno? / *Is an obstetrician on call 24 hours per day?*
Sì

1.9.4 Esiste anche una seconda ostetrica reperibile 24 ore al giorno in grado di essere presente in 30 minuti? / *Is a second obstetrician on call 24 hours a day who is able to attend within 30 minutes?*
No

1.9.5 Nella struttura esiste un pediatra per 24 ore al giorno? / *Is a pediatrician available in-house 24 hours per day?* **Sì**

1.9.6 I parti cesarei di emergenza possono essere effettuati entro 30 minuti per 24 ore al giorno? / *Can emergency caesarians be performed within 30 minutes 24 hours per day?* **Sì**

1.9.7 Le levatrici possono assistere al parto senza la presenza di un medico? / *Can midwives attend birth without an attending doctor?* **Sì**

1.9.8 Fornite servizi di terapia/assistenza per genitori in seguito ad aborto, morte perinatale o nascita di bambini handicappati? / *Do you offer counselling services for parents following miscarriage or perinatal death or the birth of handicapped children?* **Sì**

1.10 Servizi di terapia/assistenza prestati: / *Counselling Services Provided*

Tipo di terapia/assistenza *Type of Counselling*	**Personale utilizzato (Numero)** *Nr. of staff employed*	**N. di pazienti** *Nr. of patients*
Fecondazione assistita *Assisted conception*	14	1.249
Alcolismo/tossicodipendenza *Drug/Alcohol dependency*	Alcolismo: N° 13 SERD: N° 76	Alcolismo: N° 700 SERD: N° 2.150
Chirurgia plastica volontaria *Elective Cosmetic surgery*	0	0
Interruzione di gravidanza volontaria *Elective abortion*	3	155
Adeguamento tra identità fisica ed identità psichica *Gender reassignment*	0	0
HIV, epatite, malattie sessualmente trasmissibili *HIV/Hepatitis/ STD*	115	HIV: N° 928 Epatiti varie: N° 261 M.S.T.: N° 4
Sterilizzazione *Sterilisation*	0	N° da diagnosi principale
Altro (specificare) *Other (please specify)* **Consultori familiari**	81	Nuovi utenti anno 2013: N° 17.442
Totale / *Total*	302	22.889

1.11 Prestate servizi di day hospital?/ *Do you have Day hospital facilities?* **Sì**

Se Sì, Vi preghiamo di specificare il numero di visite di pazienti e discipline di specializzazione: / *If yes, please provide No of patient visits and areas of specialisation:*

Disciplina	N° pazienti	N° visite
2° Clinica pediatrica	1.206	1.882
2° Divisione Pneumologica	27	89
3° Divisione Pneumologica	1	1
Centro Trapianti midollo osseo	598	5.391
Cardiologia UTIC	487	656
Centro sclerosi multipla	849	4.594
Chirurgia d'urgenza	82	82
Chirurgia Generale	339	443
Chirurgia maxillo facciale	38	38
Chirurgia pediatrica	209	210
Chirurgia sperimentale	270	270
Clinica ortopedica	221	221
Dermatologia	4	6
DH età evolutiva	545	7.208
DH ginecologico	625	2.035
Ematologia DH adulti	238	2.498
Ematologia	1.255	9.1321
Endocrinologia pediatrica	184	194
Geriatria	125	246
Malattie infettive	1.354	5.083
Medicina	250	1.727
Medicina 1	181	754
Oftalmologia	1.594	1.628
Oncoematologia pediatrica	358	1.896
Oncologia chirurgica	343	344
Oncologia ginecologica	247	247
Oncologia medica	2.323	17.150
Ortopedia	352	352
Ortopedia e microchirurgia ricostruttiva	264	264
Ostetricia ginecologia	629	629
Otorinolaringoiatria	262	262
Psichiatria 1	10	48
Terapia antalgica	447	902
Traumatologia e ortopedia	37	104
Unità spinale	26	185
Urologia	746	746
Totale	16.726	149.706

1.12 Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze?/ *Do you own and utilise your own ambulances?*

Sì

Se Sì, specificare: - Nr di ambulanze: / *If Yes, please provide nr. of ambulances*: **N° 24 per i PP.OO.**

- Nr di unità mobili di rianimazione: /*Nr. of intensive care mobile units*: **N° 13 per 118**

Se No, specificare come si è organizzati / *If no, please specify arrangements made:*

1.13 Avete un'emoteca ? / *Do you have a blood bank?* **No**

Se Sì, specificare il numero di unità di sangue utilizzate annualmente: / *If so please advise number of blood units consumed annually:* **N° 27.703**

1.13.1 Il sangue è analizzato secondo specifiche procedure? / *Is the blood analysed in accordance with relevant guidelines?* **Sì**

II. Consenso informato
Informed Consent

Se una qualsiasi delle risposte che seguono è No, si prega di fornire informazioni/motivazioni complete. / *If any answer is No, please provide information/reasons.*

2.1 Il consenso informato è richiesto al paziente prima della cura?
Is informed consent required from patients prior to treatment?

In tutti i casi? **Sì**
In all cases?

Per iscritto? **Sì**
In writing?

2.2 In caso di trattamenti complessi, il consenso informato è richiesto per ogni trattamento successivo o differente? *In the case of complex treatments are consent forms required for each subsequent and/or different treatment?* **Sì**

2.3 Chi controfirma i documenti del consenso informato? / *Who countersigns the informed consent documents?*
Paziente e medico

2.4 Come sono archiviati e per quanto tempo sono conservati? / *How are they filed and how long are they kept?* **Nella cartella clinica; per sempre.**

2.5 La non conformità con le procedure di consenso informato costituisce una questione di tipo disciplinare? / *Is non compliance with informed consent procedures a disciplinary matter?*
Sì

2.6 I moduli e/o i controlli sono oggetto di revisione periodica? / *Are the forms and/or controls periodically audited?* **Sì**

Se Sì, ogni quanto tempo? / *If so how often?*
Ogni qual volta si renda necessario.

III. Cartelle cliniche
Case Notes

3.1 I protocolli standard delle cartelle cliniche richiedono una registrazione completa di tutte le procedure mediche intraprese e le decisioni prese aggiornate giornalmente? / *Do standard case note protocols demand a complete record of all medical procedures undertaken and decisions made updated on a daily basis?*
Sì

3.2 Ogni quanto tempo queste sono riviste e chi è responsabile della controfirma? / *How often are these reviewed and who is responsible for countersigning them?* **Giornalmente per i pazienti ricoverati; dal Direttore del Reparto.**

3.3 Ogni quanto tempo le cartelle cliniche vengono controllate? / *How often are case notes audited?* **Giornalmente nell'arco del periodo di ricovero.**

IV. Gestione dei Reclami e delle Richieste di risarcimento
Management of Complaints and Claims

Si prega di fornire informazioni sulle procedure esistenti per trattare i seguenti reclami/richieste di risarcimento /*Please provide details of the procedures in place for dealing with the following complaint/claims.*

4.1 Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo verbale di presunta lesione e/o negligenza: / *The procedure for dealing with a patient who makes a verbal complaint of an alleged injury and/or negligent act:*
I reclami verbali vengono generalmente proposti nella struttura in cui è avvenuto il presunto danno ovvero all'URP aziendale. Quando i reclamanti si rivolgono direttamente all'Ufficio Legale si forniscono all'utente informazioni che confermano l'esistenza di una polizza assicurativa aziendale.

4.2 Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo scritto di presunta lesione e/o negligenza: / *The procedure for dealing with a patient who makes a written complaint of an alleged injury and/or negligent act:*
Attivazione della polizza assicurativa entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza mediante invio della stessa via fax o con raccomandata A/R al Broker;
riscontro nei confronti dell'utente o dello studio legale, mediante invio di nota raccomandata A/R o fax, con la quale si comunica la presa visione dell'istanza, l'apertura del relativo sinistro, i dati della compagnia assicurativa nonché del Broker. Si chiede, inoltre, eventuale documentazione non reperibile mediante i nostri presidi, unitamente all'autorizzazione alla trasmissione dei dati sensibili in base alla legge sulla privacy, per la quale l'ufficio invia il modulo prestampato che viene restituito debitamente firmato e compilato dall'utente;
richiesta alla <direzione Sanitaria della struttura interessata (Presidio, Poliambulatorio, ecc.) di tutta la documentazione medica agli atti, copia conforme delle cartelle cliniche, relazione particolareggiata da parte dei sanitari e del Responsabile della struttura sull'accaduto, generalità dei sanitari che a qualsiasi titolo abbiano avuto in cura il paziente/reclamante, estremi delle polizze assicurative personali eventualmente sottoscritte dagli stessi (ulteriore rispetto a quella aziendale per colpa grave).

4.3 Procedura per gestire la corrispondenza scritta da parte di un avvocato che presuma una lesione e/o un atto negligente: / *The procedure for dealing with the written correspondence from a Lawyer alleging an injury and/or a negligent act:*

Attivazione della polizza assicurativa entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza mediante invio della stessa via fax o con raccomandata A/R al Broker;
riscontro nei confronti dell'utente o dello studio legale, mediante invio di nota raccomandata A/R o fax, con la quale si comunica la presa visione dell'istanza, l'apertura del relativo sinistro, i dati della compagnia assicurativa nonché del Broker. Si chiede, inoltre, eventuale documentazione non reperibile mediante i nostri presidi, unitamente all'autorizzazione alla trasmissione dei dati sensibili in base alla legge sulla privacy, per la quale l'ufficio invia il modulo prestampato che viene restituito debitamente firmato e compilato dall'utente;
richiesta alla <direzione Sanitaria della struttura interessata (Presidio, Poliambulatorio, ecc.) di tutta la documentazione medica agli atti, copia conforme delle cartelle cliniche, relazione particolareggiata da parte dei sanitari e del Responsabile della struttura sull'accaduto, generalità dei sanitari che a qualsiasi titolo abbiano avuto in cura il paziente/reclamante, estremi delle polizze assicurative personali eventualmente sottoscritte dagli stessi (ulteriore rispetto a quella aziendale per colpa grave).

4.4 Procedura per gestire un evento avverso che ha portato danni fisici ad un paziente:
The procedure for dealing with an adverse event that caused an injury to a patient:
Attivazione della polizza assicurativa entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza mediante invio della stessa via fax o con raccomandata A/R al Broker;
riscontro nei confronti dell'utente o dello studio legale, mediante invio di nota raccomandata A/R o fax, con la quale si comunica la presa visione dell'istanza, l'apertura del relativo sinistro, i dati della compagnia assicurativa nonché del Broker. Si chiede, inoltre, eventuale documentazione non reperibile mediante i nostri presidi, unitamente all'autorizzazione alla trasmissione dei dati sensibili in base alla legge sulla privacy, per la quale l'ufficio invia il modulo prestampato che viene restituito debitamente firmato e compilato dall'utente;
richiesta alla <direzione Sanitaria della struttura interessata (Presidio, Poliambulatorio, ecc.) di tutta la documentazione medica agli atti, copia conforme delle cartelle cliniche, relazione particolareggiata da parte dei sanitari e del Responsabile della struttura sull'accaduto, generalità dei sanitari che a qualsiasi titolo abbiano avuto in cura il paziente/reclamante, estremi delle polizze assicurative personali eventualmente sottoscritte dagli stessi (ulteriore rispetto a quella aziendale per colpa grave).

4.5 Procedura per gestire un evento avverso che avrebbe potuto portare - ma ciò non è avvenuto - a danni fisici ad un paziente: / *The procedure for dealing with an adverse event that may have, but did not, cause an injury to a patient:*
Procedura "Gestione errori ed eventi avversi" in fase di revisione. La procedura definisce il percorso per la segnalazione, analisi ed introduzione di meccanismi correttivi nel caso di eventi avversi o quasi eventi.

4.6 In caso di sinistro implicante errore professionale del personale viene richiesta l'esibizione della polizza di RC professionale stipulata individualmente dal dipendente e dai collaboratori?
In case of loss implying professional error of staff, is the exhibition of an individual professional indemnity insurance bound by the employee and by the collaborating professionals required?

Sì

V. Precedenti assicurativi
Previous Insurance

5.1 Vi preghiamo di fornire informazioni sui Vostri assicuratori per i 3 (tre) anni passati
Please provide details of your insurers for the past 3 years:

Assicuratore *Insurer*	**Periodo di Assicurazione** *Period of Insurance*	**Massimale** *Limit of Indemnity*	**Franchigia** *Deductible*	**Forma** *Type* L= Losses occurring, C= Claims made	**Data di retroattività** *Retrodate*	**Maggior termine per le comunicazioni** *Extended Reporting Period*
1. City Insurance	**31.07.2011 31.10.2014**	**€ 10.000.000 per sinistro ed ogni serie di sinistri € 30.000.000 in aggregato**	**NO**	Claims made	**31.07.2001**	**30 giorni**

6 Il Proponente è a conoscenza di procedimenti penali instaurati nei confronti dei propri collaboratori/dipendenti per morte o lesioni subite dai pazienti? / *Does the Proposer know about criminal proceedings pending against its staff deriving from death or injury of patients?*

Sì

VII. Estensioni di copertura
Extensions to coverage

7.1 *Colpa Grave*

Se richiedete questo tipo di estensione di copertura, Vi preghiamo di specificare il numero delle persone da assicurare per rinuncia al diritto di rivalsa in caso di colpa grave, divise per qualifiche: / *If you require this extension, please provide information on the number of persons to be insured for waiving the right of subrogation in case of gross negligence, divided by category:*

Dirigenza n. 758

Comparto n. 533

* * * * *

Il/La sottoscritto/a, nella qualità specificata in calce,

DICHIARA

di essere autorizzato/a a compilare e sottoscrivere la presente Proposta/Questionario in nome e per conto dell'Ente / Società indicato al punto 1.1;

che tutte le risposte che precedono sono rilevanti ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, e che sono state date a seguito e sulla base di una accurata indagine interna e che pertanto esse sono veritiere, corrette ed esaustive;

di aver preso atto che la presente Proposta/Questionario sarà posta alla base delle determinazioni circa l'assunzione del rischio e costituirà pertanto parte integrante della polizza;

SI OBBLIGA

personalmente e in nome e per conto dell' Ente / Società indicata al punto 1.1 ad informare prontamente qualora, tra la data della presente Proposta/Questionario e la data di emissione della polizza, dovessero intervenire variazioni rispetto alle informazioni fornite con essa, restando inteso che, in tal caso, sara` possibile recedere liberamente da qualsiasi trattativa, revocare proposte, modificare preventivi, ecc.

Ente (timbro)

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA - AZIENDA U.S.L. N.° 8 CAGLIARI

IL RESPONSABILE DEI SERVIZI GENERALI ALBERGHIERI E LOGISTICA
Ing. Raffaele Peralta

Firma e carica

Data 09 SET. 2014