Questionario per l'Assicurazione della Responsabilità Civile verso terzi e Prestatori d'Opera

Proposal Form for Third Party and Employers Liability Insurance

AON

1 INFORMAZIONI GENERALI (GENERAL INFORMATION)
conosciute al tempo della compilazione del presente questionario *(known at the time of filling in this questionnaire)*

1.1 Composizione delle Strutture (Hospital Structures):

Esistono sedi separate (do you have more than one unit?) **Si / Yes** ☐ **No** ☐

in caso affermativo indicare il nominativo e l'indirizzo completo (if "YES" please specify):

1 - DENOMINAZIONE (NAME): ASL BT

CITTA' (CITY): **PROV.** (County)

2 - DENOMINAZIONE (NAME):

CITTA' (CITY): **PROV.** (County)

1.2 Vi sono servizi nell'area sanitaria affidati a società/cooperative esterne? Quali? Indicare se occasionalmente o continuativamente

Do you outsource healthcare services to external companies? which services? Indicate whether occasionally or continuously

1.3 Vi siete accorpati/scorporati negli ultimi 5 anni con/da altre strutture, o intendete farlo nei prossimi 2 anni? / *Have you merged/demerged with/from other structures in the last 5 years, or intend to in the forthcoming 2 years?*

☐ **Sì** / *Yes*
☒ **No** / *No*

Se sì, si prega di fornire informazioni / *If yes, please provide full details.*

1.4 Indicare le Retribuzioni lorde annue nei vari anni:

ANNO (Year)	Retribuzioni lorde annue €
Prossimo Anno (*The coming year*)	38.178.000,00
Anno in corso (*Current year*)	38.178.000,00
I° Anno Precedente (*I° previous year*)	38.064.880,00
II° Anno Precedente (*II° previous year*)	38.153.348,00
III° Anno Precedente (*III° previous year*)	37.267.776,00

Retribuzioni lorde annue : Importo al lordo delle ritenute previdenziali, ove previste, che i Prestatori di lavoro effettivamente ricevono a compenso delle loro prestazioni

2 Informazioni sull'attività/ *Business Information*

2.1 Indicare il numero di accessi giornalieri medi per le aree funzionali omogenee di seguito indicate *(Indicate the number of average daily visitors for the homogeneous functional areas mentioned below)*

N.	*Tipologia di assistenza (Type of assistance)*
	Day Hospital
	Day surgery
23	**Materno infantile**
27	**Reparti medici**
21	**Reparti chirurgici**
1	**Reparti psichiatrici**
	Riabilitazione (*Rehabilitation*)
323	**Pronto Soccorso (*Emergency*)/DEA I e II Livello**
	.....

2.2 Gestione dell'emergenza / urgenza: esiste
Emergency management

☒ *Pronto Soccorso N° Prestazioni/anno* 121.847
☒ *DEA I° Livello N° Prestazioni/anno* 417.785
☐ *DEA II° Livello N° Prestazioni/anno* _____

2.3 Indicare la media giornaliera di tutti i pazienti assistiti (*Please indicate the daily average number of patients assisted)* **N.** 385

2.4 Numero di sale operatorie/ *Number of operating theatres* 18

2.5 Tasso di utilizzazione medio delle sale operatorie/ *Average usage of operating ooms* 70%

AON

Presidio ANDRIA

2.6 In presenza di un reparto di ostetricia/ maternità */ In case of maternity or obstetrician ward*

Indicare il numero annuo di (Please indicate the annual average number of)

Nascite (*Births*)..766.. **di cui** (*of which*)

Tramite parto cesareo *(Caesarean section)*	n. 273
Nati con handicap *(born with disabilities)*	n. 0
Con tasso "Apgar" minore di 6 *(with an "Apgar" code less than 6)*	n. 0
Nati morti *(Stillborn)*	n. 2
Indirizzati a unità di terapia infantile o terapia intensive neonatale (SCBU – NNICU) *(Send to infantile units or neonatal critical care)*	n. 4
Parti multipli *(Multiple Birth)*	n. 10
Prematuri (meno di 30 settimane di gestazione) *Prematurely (less than 30 weeks gestation)*	n. 0

2.7 Avete un reparto di malattia intensiva neonatale? *Do you have a neonatal intensive disease department?*

☐ **Sì** */ Yes*
☒ **No** */ No*

2.8 In presenza di erogazioni di Chirurgia Ortopedica indicare la percentuale di chirurgia */ in case of provision of orthopaedic surgery indicate the percentage of surgery:*

- **Protesica/Elettiva** *(posthetics/elective)* **.....%**
- **Traumatologica** *(traumatologic)* **.....%**
- **Spinale** *(spinal)* **.....%**

2.9 Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze? *(do you own and utilize your own ambulances?)*

Se sì, specificare: *(yes, please provide)*

- **Nr di ambulanze** *(if nr. of ambulances)*:.....
- **Nr di unità mobili di rianimazione***(nr. of intensive care mobile units)*:.....
- **Se No, specificare come si è organizzati** *(if no, please specify arrangements made)*:.....

2.10 Fate sperimentazioni cliniche*/do you conduct clinical trial?*

☐ **Sì** */ Yes*
☒ **No** */ No*

2.6 In presenza di un reparto di ostetricia/ maternità */ In case of maternity or obstetrician ward*

Indicare il numero annuo di (Please indicate the annual average number of)

Nascite (*Births*)..288..... **di cui** (*of which*) (PRESIDIO BARLETTA)

Tramite parto cesareo *(Caesarean section)*	n. 217
Nati con handicap *(born with disabilities)*	n. 1
Con tasso "Apgar" minore di 6 *(with an "Apgar" code less than 6)*	n. 0
Nati morti *(Stillborn)*	n. 1
Indirizzati a unità di terapia infantile o terapia intensive neonatale (SCBU – NNICU) *(Send to infantile units or neonatal critical care)*	n. 0
Parti multipli *(Multiple Birth)*	n. 1
Prematuri (meno di 30 settimane di gestazione) *Prematurely (less than 30 weeks gestation)*	n. 0

2.7 Avete un reparto di malattia intensiva neonatale? *Do you have a neonatal intensive disease department?*

☐ **Sì** */ Yes*
☒ **No** */ No*

2.8 In presenza di erogazioni di Chirurgia Ortopedica indicare la percentuale di chirurgia */ in case of provision of orthopaedic surgery indicate the percentage of surgery:*

- **Protesica/Elettiva** *(posthetics/elective)* **.....%**
- **Traumatologica** *(traumatologic)* **.....%**
- **Spinale** *(spinal)* **.....%**

2.9 Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze? *(do you own and utilize your own ambulances?)*

Se sì, specificare: *(yes, please provide)*

- **Nr di ambulanze** *(if nr. of ambulances)*:.....11.....
- **Nr di unità mobili di rianimazione***(nr. of intensive care mobile units)*:.....1.....
- **Se No, specificare come si è organizzati** *(if no, please specify arrangements made)*:...../.....

2.10 Fate sperimentazioni cliniche/*do you conduct clinical trial***?**

☐ **Sì** */ Yes*
☒ **No** */ No*

Presidio BISCEGLIE

AON

2.6 **In presenza di un reparto di ostetricia/ maternità** / *In case of maternity or obstetrician ward*

Indicare il numero annuo di (Please indicate the annual average number of)

Nascite (*Births*)556 **di cui** (*of which*)

Tramite parto cesareo *(Caesarean section)*	n. 202
Nati con handicap *(born with disabilities)*	n. 0
Con tasso "Apgar" minore di 6 *(with an "Apgar" code less than 6)*	n. 1
Nati morti *(Stillborn)*	n. 3
Indirizzati a unità di terapia infantile o terapia intensive neonatale (SCBU – NNICU) *(Send to infantile units or neonatal critical care)*	n. 5
Parti multipli *(Multiple Birth)*	n. 4
Prematuri (meno di 30 settimane di gestazione) *Prematurely (less than 30 weeks gestation)*	n. 0

2.7 **Avete un reparto di malattia intensiva neonatale?** *Do you have a neonatal intensive disease department?*

☐ **Sì** / *Yes*
☑ **No** / *No*

2.8 **In presenza di erogazioni di Chirurgia Ortopedica indicare la percentuale di chirurgia** / *in case of provision of orthopaedic surgery indicate the percentage of surgery:*

- **Protesica/Elettiva** *(posthetics/elective)* **.....%**
- **Traumatologica** *(traumatologic)* **.....%**
- **Spinale** *(spinal)* **.....%**

2.9 **Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze?** *(do you own and utilize your own ambulances?)*

Se sì, specificare: *(yes, please provide)*

- **Nr di ambulanze** *(if nr. of ambulances)*:.....
- **Nr di unità mobili di rianimazione***(nr. of intensive care mobile units)*:.....
- **Se No, specificare come si è organizzati** *(if no, please specify arrangements made)*:.....

2.10 **Fate sperimentazioni cliniche***/do you conduct clinical trial*?

☐ **Sì** / *Yes*
☑ **No** / *No*

Se SI indicare le sperimentazioni effettuate:

.....

.....

3 Informazioni sul Personale e sui Posti letto / *Personnel and number of beds Information*

3.1 Vi preghiamo di indicare i seguenti dati:

Please provide the following data:

1) ***PRESIDIO OSPEDALIERO*** ANDRIA

Specializzazione/Reparto *Specialisation/Ward*	**Nr. Chirurghi** *Nr. of Surgeons*	**Nr. altri Medici** *Nr. of other Doctors*	**Nr. Paramedici** *Nr. of Para-medics*	**Nr. di letti utilizzati Ordinari** *Nr. of utilised beds*	***Tasso Di Occupazione dei letti*** *Occupancy rate ordinary beds only*	**Nr. di operazioni chirurgiche esclusi i cesarei** *Nr. of inpatient only Surgical Operations ex C-Sections*	***Nr. di letti utilizzati DAY HOSPITAL*** *Nr. of utilised Day Hospital beds*
Pronto soccorso ed Emergenza *Accident & Emergency*	~~12~~	12	20				
Cardiologia *Cardiology*		15	22	22	91%	636	
Chirurgia plastica *Cosmetic surgery*	3		3				
Cure dentarie *Dentistry*							
Dermatologia *Dermatology*							
Geriatria *Geriatrics*							
Ematologia *Haematology*							
Terapia intensiva *Intensive Care*		10	30	8	52%	81	
Neurologia *Neurology*		9	12	8	99%	10	
Ostetricia e Ginecologia *Obstetrics & Gynecology* * **(Addendum 2)/** *Maternity-Obstetrics*	12	*	15	22	67%	285	
Oftalmologia *Ophthalmology*							
Ortopedia *Orthopaedics*	9		15	24	71%	479	
Pediatria *Paediatrics*		11	15	16	71%		
Psichiatria *Psychiatry*							
Sperimentazione Clinica * (Addendum 1)/ *Clinical Trials*							
Chirurgia Estetica/ *Elective cosmetic*							
Cambiamento Sesso/ *Gender Reassignment*							

Anestesia **Orl** **Urologia** **Chirurgia * (Addendum 3)/** *Surgical Procedures* **Altro /** *Other*	43	0	65	58	96%	1.499	
Totale *Total*							

2) *PRESIDIO OSPEDALIERO* BARLETTA

Specializzazione/Reparto *Specialisation/Ward*	**Nr. Chirurghi** *Nr. of Surgeons*	**Nr. altri Medici** *Nr. of other Doctors*	**Nr. Paramedici** *Nr. of Para-medics*	**Nr. di letti utilizzati Ordinari** *Nr. of utilised beds*	***Tasso Di Occupazione dei letti*** *Occupancy rate ordinary beds only*	**Nr. di operazioni chirurgiche esclusi i cesarei** *Nr. of inpatient only Surgical Operations ex C-Sections*	***Nr. di letti utilizzati DAY HOSPITAL*** *Nr. of utilised Day Hospital beds*
Pronto soccorso ed Emergenza *Accident & Emergency*	13	/	23				
Cardiologia *Cardiology*	~~10~~	~~10~~	17	16	95%	108	
Chirurgia plastica *Cosmetic surgery*							
Cure dentarie *Dentistry*							
Dermatologia *Dermatology*							
Geriatria *Geriatrics*							
Ematologia *Haematology*	~~7~~	~~7~~	12	9	104%	27	2
Terapia intensiva *Intensive Care*	~~11~~	11	24	6	68%	37	
Neurologia *Neurology*	~~11~~	~~11~~	18	15	96%	5	
Ostetricia e Ginecologia *Obstetrics & Gynecology* *** (Addendum 2)/** *Maternity-Obstetrics*	12		18	22	64%	108	2
Oftalmologia *Ophthalmology*	9		10	4	67%	116	1
Ortopedia *Orthopaedics*	10	/	17	22	80%	690	2
Pediatria *Paediatrics*	/	10	18	15	57%	/	1
Psichiatria *Psychiatry*	/	7	13	11	108%	2	
Sperimentazione Clinica * (Addendum 1)/ *Clinical Trials*							
Chirurgia Estetica/ *Elective cosmetic*							
Cambiamento Sesso/ *Gender Reassignment*							

Anestesia **Orl** **Urologia** **Chirurgia * (Addendum 3)/** *Surgical Procedures* **Altro /** *Other*	33	/	61	/	95%	1201	4
Totale *Total*							

3) ***PRESIDIO OSPEDALIERO*** BISCEGLIE

Specializzazione/Reparto *Specialisation/Ward*	**Nr. Chirurghi** *Nr. of Surgeons*	**Nr. altri Medici** *Nr. of other Doctors*	**Nr. Paramedici** *Nr. of Para-medics*	**Nr. di letti utilizzati Ordinari** *Nr. of utilised beds*	***Tasso Di Occupazione dei letti*** *Occupancy rate ordinary beds only*	**Nr. di operazioni chirurgiche esclusi i cesarei** *Nr. of inpatient only Surgical Operations ex C-Sections*	***Nr. di letti utilizzati DAY HOSPITAL*** *Nr. of utilised Day Hospital beds*
Pronto soccorso ed Emergenza *Accident & Emergency*	12	/	16				
Cardiologia *Cardiology*	/	7	12	12	75%	149	
Chirurgia plastica *Cosmetic surgery*							
Cure dentarie *Dentistry*							
Dermatologia *Dermatology*							
Geriatria *Geriatrics*							
Ematologia *Haematology*							
Terapia intensiva *Intensive Care*		9	14	6	57%	17	
Neurologia *Neurology*							
Ostetricia e Ginecologia *Obstetrics & Gynecology* *** (Addendum 2)/** *Maternity-Obstetrics*	11	/	12	12	72%	103	2
Oftalmologia *Ophthalmology*							
Ortopedia *Orthopaedics*	8	/	14	12	85%	416	1
Pediatria *Paediatrics*	/	8	15	10	65%	/	1
Psichiatria *Psychiatry*							
Sperimentazione Clinica * (Addendum 1)/ *Clinical Trials*							
Chirurgia Estetica/ *Elective cosmetic*							
Cambiamento Sesso/ *Gender Reassignment*							

Anestesia **Orl** **Urologia** **Chirurgia * (Addendum 3)/** *Surgical Procedures* **Altro /** *Other*	19	/	29	16	87%	553	1
Totale *Total*							

4 Banca del sangue

4.1 Possedete una Banca del Sangue che procura, distribuisce sangue e prodotti emoderivati?

☐ **Sì /** *Yes*
☐ **No /** *No*

4.2 I prodotti sdono testi per la rilevazione di malattie infetive o trasmissibili in conformiotà con le leggi \direttive vigenti?

☐ **Sì / Yes**
☐ **No / No**

5 Precedenti assicurativi / *Previous Insurance*

5.1 Vi preghiamo di fornire informazioni sulle Vostre assicurazioni per i 5 anni passati

Please provide details of your insurances for the past 3 years:

	1	2	3	4	5
Assicuratore / *Insurer*					
Periodo di Assicurazione / *Period of Insurance*					
Massimale per sinistro / *Limit per claim*					
Massimale aggregato annuo / *Aggregate Limit per year*					
Franchigia aggregata / per sinistro *Aggregate / Each & every Deductible*					
Forma dell'assicurazione / *Form of insurance* (Losses occurring / Claims made)					
Data di retroattività / *Retrodate*					
Garanzia Postuma / *Discovery Period*					
Premio annuo lordo / *Annual premium gross of tax*					

5.2 Nel caso di esistenza di una polizza in corso, indicare */in case of an ongoing policy please indicate*

- La data di scadenza *(Expiry Date)* .....
- La data di effetto dell'eventuale disdetta ricevuta *(Date of any cancellation received)* .....

6 Consenso Informato / *informed consent*

Esistono procedure che prevedano che:

6.1 **Il consenso informato venga richiesto per iscritto ai pazienti prima della procedura medica?** / *Is the informed consent requested in writing to patients prior to treatment?*

☐ **Sì, per tutte le prestazioni** / *Yes, for all procedures*
☒ **Sì, ma solo per le prestazioni di Chirurgia** / *Yes, but only for General Surgery* e Medicine Transfusione
☐ **No** / *No*

6.2 **Siano ottenuti consensi separati e addizionali in caso di interventi complessi che richiedono distinte fasi di attività clinica?**/ *Are separate and additional informed consents obtained in the case of complex interventions which require further and distinct phases of clinical activity?*

☒ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

6.3 Il personale medico venga formato sulla policy aziendale in tema di informazione al paziente e di acquisizione del consenso alle prestazioni? *Are The medical staff trained by the clinic on internal patient information policy?*

☒ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

6.4 **Concedono ai pazienti o ai suoi legali rappresentati un lasso di tempo idoneo (in ragione della gravità della patologia) per valutare la situazione ed esprimere il consenso?** *Could you confirm to accord to patient a period of time fit to illness, to think about the therapy, before collecting the agreement?)*

☒ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

6.5 Nel caso di minore, lo stesso venga coinvolto nell'acquisizione del consenso informato? In case of under-aged patient, could you confirm his involvement in collecting-agreement process?

☐ **Sì** / *Yes*
☒ **No** / *No*

7 Firma grafometrica / *graphometric signature*

7.1 **Siete dotati di Firma Grafometrica** / *Do you use graphometric signature?*

☐ **Sì** / *Yes*
☒ **No** / *No*

7.2 Prevedete di dotarvi della firma grafomentrica nei prossimi 6/12 mesi? / *Do you Plan to acquire the graphometric signature in the next 6/12 months?*

☐ **Sì** / *Yes*
☒ **No** / *No*

8 Apparecchiature Elettromedicali/ *Electro – medical Equipment*

8.1 Vi sono procedure scritte che limitano l'utilizzo di apparecchiature complesse esclusivamente al personale autorizzato? *(Do written procedures exist which limit the use of complex equipment to authorized personnel only?)*

☒ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

8.2 É stato nominato un responsabile che sovraintenda l'utilizzo delle apparecchiature? Avete un servizio di Ingegneria clinica interno o esterno?
(Has a manager been appointed to govern the use of the equipment?)

☒ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

8.3 Con quale frequenza le apparecchiature vengono revisionate e sottoposte a manutenzione? Ogni 4mesi/6mesi/1anno/2 anno/più di due anni? *How often is equipment serviced and maintained? Every quarter/6 months/year/2 years/ > 2 years?* 6 mesi app. area critica, 1 anno app. elettromedicali, 2 anni per le restanti apparecchiature

8.4 Questa manutenzione viene effettuata: dal personale interno/dal fornitore/da terzi?
Is this maintenance carried out by: Internal Personnel/supplier/third Parties?

Fornitori Terzi

8.5 Se il servizio è svolto da terzi, è richiesto il possesso di una polizza assicurativa?
If carried out by Third Parties is an insurance policy requested?

SI

9 Cartelle Cliniche / *Medical Records*

9.1 Esistono procedure formalizzate per la compilazione della cartella clinica dei pazienti ?
Do formal procedures exist for the compilation of patient medical records which include any of the following

☒ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

9.2 Esistono procedure formalizzate per l'aggiornamento giornaliero?
Daily update?

☒ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

9.3 **Nelle procedure formalizzate è previsto che tutti i professionisti sanitari, che direttamente assistono il paziente, compilino e fimino la cartella clinica?** *In the formal procedures is expected that all health professionals, who directly assist the patient, complete and sign the medical record?*

☒ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

9.4 **Sono previsti dalle procedure controlli periodici sulla corretta compilazione della cartella clinica?** *Are periodic checks on the correct compilation of medical records provided by procedures ?*

☒ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

9.5 È in uso un foglio unico di terapia (FUT)?
Do you retain any records of the activities of the nurses?

☒ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

9.6 È in uso la cartella elettronica?
Are you using the electronic folder ?

☐ **Sì** / *Yes*
☒ **No** / *No*

10 Governo dei rischi / *Risk Management*

Indicare se (Please indicate if):

10.1 **Esiste una funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico**
There is a corporate function which is dedicated only to the management of the clinical risk

☒ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

10.2 Da quali figure è composta e da quando è operativa?
Who are the main component and when it has been formed?

2 Medici - 1 Infermiere - 2 amministrativi

10.3 Esiste un protocollo specifico per la raccolta, distribuzione e/o utilizzazione del sangue, di emocomponenti e di emoderivati

there is a protocol for the collection, distribution and/or utilization of blood, bloods components and bloods products)

☑ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

10.4 Indicare eventuali casi di MRSA/ *Please indicate any MRSA's cases*

Allegare le eventuali procedure di Rischio clinico

11 Richieste di risarcimento / *Claims Record*

11.1 **Effettuate al vostro interno i Comitati di valutazione sinistri?** *Do you have an internal claims assessment committee?*

☑ **Sì** / *Yes*
☐ **No** / *No*

Se si con quale frequenza? *If so, how often?*

Mensile

Elenco richieste in allegato excel separato

Si prega di fornire, se esistenti, informazioni sulle procedure per la gestione dei seguenti reclami e/o richieste di Risarcimento: *(please provide details of the procedures in place for dealing with the following complaint/claims*

Reclamo verbale di un Paziente per una 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*

Reclamo scritto di un paziente per 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*

SI

Un evento avverso che possa portare danni fisici ad un paziente: *an adverse event that may have lead to the injury of a patient*

SI, secondo il Regolamento del Comitato Valutazione Sinistri -

Dichiarazioni del Proponente (Proposer Declaration)

1. Il Proponente riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità (*The proposer acknowledges that the statements issued are true*)
2. Il Proponente prende atto che la compilazione del presente Modulo di Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza di Assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante. (*The proposer acknowledges that the filling of this proposal doesn't mean the stipulation of the insurance contract, moreover if it is settled the declaration made would be integral part of the contract itself*)

Timbro dell'Ente / *Stamp of the Entity*

ASL BT Azienda Sanitaria Direzione Sanitaria

Firma e carica / *Signature and Role*

DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

IL DIRETTORE SANITARIO ASL BT
Dr. Vito Campanile

Data / *Date*