

Assicurazione della Responsabilità Civile RCT/ RCO

# Medical Malpractice

**Avviso Importante**  
*Important Warning*

01. La presente proposta deve essere compilata a penna da un rappresentante del proponente. È necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere in maniera esaustiva e veritiera. Il modulo deve essere sottoscritto e datato.  
*This proposal form should be completed in ink by a person duly authorised by the Proposer. All questions must be answered in order for a quotation to be given and proposers are asked to reply to the best of their knowledge. The proposal form must be signed and dated.*
02. Tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo è disciplinato dagli articoli 1892 e 1893 del codice civile. *All material facts must be declared. Failure to do so is regulated by articles 1892 and 1893 of the Italian civil code.*
03. Polizza Di Responsabilit  Civile Nella Forma Claims Made *Third Party Liability Insurance – Claims Made Basis*.  
La presente proposta   relativa ad una polizza di responsabilit  nella forma "claims made". Ci  significa che la polizza copre i reclami avanzati per la prima volta nei confronti delle Persone Assicurate durante il periodo di validit  della polizza.  
Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potr  essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si fosse verificato durante il periodo di validit  della polizza.  
*This proposal form is in respect of a Third Party Liability Policy - Claims Made basis. This means that the Policy covers claims first made to the insured during the period of insurance. The Policy does not cover claims made after the expiry of the period of insurance, even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance.*

**01. Dati generali riguardanti il Proponente / General Information on the Proposer**

- a. Nome completo e indirizzo della Ragione Sociale:  
*Full name and address of the Authority/ Clinic:*  
AZIENDA SANITARIA LOCALI BR - VIA NAPOLI, 8 - BRINDISI
- b. Sede Legale:  
*Registered Address:*  
VIA NAPOLI, 8 - 72100 BRINDISI
- c. Sito Internet:  
*Website address:*  
www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi
- d. Data di Costituzione:  
*Date established:*
- e. Ci sono mai stati cambiamenti significativi negli ultimi 10 anni, per esempio l'aggiunta o la eliminazione di un ospedale o di un reparto, la cessazione o l'avvio di particolari servizi? Se s , fornire dettagli:  
*Have there been any significant exposure changes in the past 10 years, for example the addition or deletion of a hospital or ward, cessation or commencement of particular services? If yes please provide details:*

- f. Vi siete fusi con o scissi da alcuna struttura sanitaria negli ultimi 5 anni?  
*Have you been merged / de-merged from an existing health centre/entity in the last 5 years?*

sì

~~no~~

Se sì, precisare / *If yes, please specify:*

.....

- g. 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?*

sì

~~no~~

Se sì, precisare / *If yes, please specify:*

.....

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

i) Data Di Costituzione/ *Establishment Date* : .....01/2004.....

ii) Numero di ospedali/ *Nr of hospitals*: .....3.....

iii) Nome/ *Name*:

1).. OSPEDALE PERRINO - BRINDISI (MESAGNE-SAN PIETRO V.CO).....

2) .. OSPEDALE FRANCAVILLA FONTANA.....

3) .. OSPEDALE OSTUNI (FASANO).....

4) .....

iv) Indirizzo (via, città, provincia, regione)/ *Address (Include street, city, province, region):*

1) S.S.7 per MESAGNE, BRINDISI, BR, PUGLIA.....

2) VIA SIGNOR ARMANDO FRANCO, FRANCAVILLA FONTANA, BR, PUGLIA.....

3) VIA VILLAFRANCA, OSTUNI, BR, PUGLIA .....

4) .....

v) Servizi forniti/ *Services Provided*:

1) PRONTO SOCCORSO, RICOVERI, PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....

2) PRONTO SOCCORSO, RICOVERI, PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....

3) PRONTO SOCCORSO, RICOVERI, PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....

4) .....

f. Fonti di reddito:/ Source of Income:

Pubblico/ S.S.N %: / Public/ NHS %	91,56%	Pazienti Paganti/ %: / Private Paying Patients %	0,61%	Donazioni %: / Donations %	/	Liberi Professionisti che fatturano al Proponente % / Free-Lance Doctors who invoice the Centre %	0,43%	Altro (si prega di precisare) %: / Other (If so - Please Specify)	4,71% 0,70% 0,02% 1,01% <u>7,34%</u>	Problemi Proven di altri Proven di altri Altro
---	--------	--	-------	----------------------------------	---	--	-------	--	--	---

g. Importo delle retribuzioni (libro paga) e fatturato degli ultimi 5 anni e presumibile importo del libro paga e fatturato dell'anno prossimo? / Last 5 years' wage roll and Turnover & prospective years' estimated wage roll and Turnover?

Anno/ Year	Totale retribuzioni (in euro) inclusi personale sanitario, medico e liberi professionisti/ Total Wageroll (in Euro's) Including sanitary medical and freelance staff	Fatturato (in euro) / Turnover (in Euro's)
Anno solare (stima) / Next calander year Start date 2017	198.579.418,80	739.509.027,21
Anno solare corrente / Current calander year Start date 2016	197.934.016,30	750.370.206,69
Anno corrente: - 1 2015	197.227.773,23	748.163.099,89
Anno corrente: - 2 2014	197.640.221,82	728.967.116,30
Anno corrente: - 3 2013	196.305.747,08	718.773.093,92
Anno corrente: - 4 2012	NON DISPONIBILE	NON DISPONIBILE

h. È vostra intenzione realizzare nuovi piani di sviluppo / crescita nei prossimi 3 anni?  
Are you intending to implement any new developments or growth in the next three years?

si



Se si descrivere/ If so please describe:

## 02. Attività Mediche / Medical Activities

- a. Indicare il numero totale di posti letto per ognuno degli ultimi 5 anni incluso l'anno corrente:  
Please provide total number of beds for the last 5 years including the current year:

Anno/ Year	Nr. posti letto autorizzati/ Number of Authorized Beds *	Nr. di letti utilizzati ordinari / Nr. of utilised ordinary beds **	Nr. di letti utilizzati day hospital/ Nr. of utilised day beds **
Anno solare (stima) / Next calander year Start date			
Anno solare corrente/ Current calander year Start date 2016	1.005	768	76
Anno corrente: - 1 - 2015	1.005	795	76
Anno corrente: - 2 - 2014	1.005	835	81
Anno corrente: - 3 - 2013	1.005	829	82
Anno corrente: - 4 - 2012	1.005	889	92

\*fonte: Regolamento Regionale n. 36/2012 (escluso Neuromotulesi Ceglie M.CA)

\*\*fonte: Modello HSP22bis NSIS-UNES : posti letto medi (escluso Neuromotulesi Ceglie M.CA)

- b. Per ogni anno solare corrente, vi preghiamo di fornire dettagli su:  
For the current year - 1 , please provide full details of:

SE CI SONO PIU' PRESIDII OSPEDALIERI , FORNIRE UNA TABELLA COME LA SEGUENTE PER OGNI PRESIDIO:  
If more than one Hospital, please provide a tab like the one below for each hospital:

## 1) PRESIDIO OSPEDALIERO ... OSPEDALE PERRINO - BRINDISI (MESAGNE-SAN PIETRO V.CO)\* – ANNO 2016

Specializzazione/Reparto Specialisation/Ward	Nr. Chirurghi Nr. of Surgeons	Nr. altri Medici Nr. of other Doctors	Nr. Paramedici Nr. of Paramedics PSICOLOGI FARMACISTI BIOLOGI	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	Nr. Chirurghi - Medici Liberi Professionisti/ Number of Freelance/ Self-Employed Surgeons - Doctors
Pronto soccorso ed Emergenza Accident & Emergency		28	53					
Cardiologia Cardiology		23	32	25	121%	766	2	
Chirurgia plastica Cosmetic surgery	17	1	22	18	68%	844	2	
Cure dentarie Dentistry								
Dermatologia Dermatology		5	18	3	119%	96	1	
Geriatria Geriatrics		13	35	44	108%	8	1	
Ematologia Haematology		12	37	15	82%	36	5	
Terapia intensiva Intensive Care (UTIC+UTIN+TERAPIA INTENSIVA)		40	29	32	56%	166	0	
Neurologia Neurology		15	38	32	99%	10	0	
Ostetricia e Ginecologia Obstetrics & Gynecology * (Addendum 2)/ Maternity-Obstetrics	15		52	46	84%	838	5	
Oftalmologia Ophthalmology		8	21	8	93%	185	2	
Ortopedia Orthopaedics	12		38	34	88%	728	0	
Pediatria Paediatrics		22	60	18	72%	43	2	
Psichiatria Psychiatry		9	4	21	88%	2	3	
Sperimentazione Clinica * (Addendum 1)/ Clinical Trials								
Chirurgia Estetica/ Elective cosmetic								
Cambiamento Sesso/ Gender Reassignment								
Anestesia Orl Urologia Chirurgia * (Addendum 3)/ Surgical Procedures Altro / Other	49	123	666	228	104%	2.414	32	
Totale Total	93	299	1105	524	95%	6.136	55	

\*FONTE: POSTI LETTO HSP 22 BIS (ESCLUSO NEUROMOTULESI) – RICOVERI:SDO EDOTTO

2) PRESIDIO OSPEDALIERO ... OSPEDALE FRANCAVILLA FONTANA – ANNO 2016

Specializzazione/Reparto Specialisation/Ward	Nr. Chirurghi Nr. of Surgeons	Nr. altri Medici Nr. of other Doctors	Nr. Paramedici Nr. of Para- medics <del>PSICOLOGI</del> <del>FARMACISTI</del> <del>BIOLOGI</del>	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	Nr. Chirurghi - Medici Liberi Professionisti/ Number of Freelance/ Self- Employed Surgeons - Doctors
Pronto soccorso ed Emergenza Accident & Emergency		8	24					
Cardiologia Cardiology		13	15	12	109%	125	0	
Chirurgia plastica Cosmetic surgery								
Cure dentarie Dentistry								
Dermatologia Dermatology								
Geriatria Geriatrics								
Ematologia Haematology								
Terapia intensiva Intensive Care (utic)		11	18	4	27%	3	0	
Neurologia Neurology								
Ostetricia e Ginecologia Obstetrics & Gynecology * (Addendum 2)/ Maternity- Obstetrics	11		27	18	86%	398	2	
Oftalmologia Ophthalmology								
Ortopedia Orthopaedics	7		20	19	69%	762	1	
Pediatria Paediatrics		10	<del>34</del>	14	89%	3	0	
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	11	30	132	54	97%	752	3	
Totale Total	29	72	273	121	91%	2.043	8	

\*FONTE: POSTI LETTO HSP 22 BIS – RICOVERI:SDO EDOTTO

## 3) PRESIDIO OSPEDALIERO ... OSPEDALE OSTUNI (FASANO) – ANNO 2016

Specializzazione/Reparto Specialisation/Ward	Nr. Chirurghi Nr. of Surgeons	Nr. altri Medici Nr. of other Doctors	Nr. Paramedici Nr. of Para- medics PSICOLOGI FARMACISTI BIOLOGI	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	Nr. Chirurghi - Medici Liberi Professionisti/ Number of Freelance/ Self- Employed Surgeons - Doctors
Pronto soccorso ed Emergenza Accident & Emergency		10	21					
Cardiologia Cardiology		9	12	4	134%	71	0	
Chirurgia plastica Cosmetic surgery								
Cure dentarie Dentistry								
Dermatologia Dermatology								
Geriatria Geriatrics								
Ematologia Haematology								
Terapia Intensiva Intensive Care		9						
Neurologia Neurology								
Ostetricia e Ginecologia Obstetrics & Gynecology * (Addendum 2)/ Maternity- Obstetrics	2		2					
Oftalmologia Ophthalmology								
Ortopedia Orthopaedics	7		22	23	68%	787	2	
Pediatria Paediatrics		2	3	20	56%	0	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	8	34	157	98	65%	372	10	
Totale Total	17	64	217	145	73%	1.230	13	

\*FONTE: POSTI LETTO HSP 22 BIS – RICOVERI:SDO EDOTTO

## 4) PRESIDIO OSPEDALIERO .....

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	Nr. Chirurghi - Medici Liberi Professionisti/ Number of Freelance/ Self-Employed Surgeons - Doctors
Pronto soccorso ed Emergenza Accident & Emergency								
Cardiologia Cardiology								
Chirurgia plastica Cosmetic surgery								
Cure dentarie Dentistry								
Dermatologia Dermatology								
Geriatria Geriatrics								
Ematologia Haematology								
Terapia Intensiva Intensive Care								
Neurologia Neurology								
Ostetricia e Ginecologia Obstetrics & Gynecology * (Addendum 2)/ Maternity-Obstetrics								
Oftalmologia Ophthalmology								
Ortopedia Orthopaedics								
Pediatria Paediatrics								
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								
Totale Total								

c. Numero totale dei pazienti ricoverati nel corso degli ultimi 12 mesi:  
*Total number of in-patients admitted during the last 12 months:* nr.  
**Anno 2016 – Dimessi** **35.668** (esclusi dimessi Neuromotulesi)

d. Numero totale di prestazioni ambulatoriali erogate negli ultimi 12 mesi:  
*Total number of outpatients during the last 12 months:* nr.  
**Anno 2016** **2.440.844** (ospedaliere e territoriali)

e. Operazioni chirurgiche/ *Surgical Operations:*

Per favore fornire il numero annuale di operazioni eseguite su pazienti ricoverati esclusi i cesarei e il numero annuale di day hospital (incluse tutte le operazioni minori come la rimozione di suture senza riguardo all'entità dell'anestesia o senza anestesia).

*Please provide the annual number of inpatient surgeries performed excluding 'c' sections and annual number of 'day surgeries' (include all minor surgeries such as removal of sutures regardless of extent of anesthesia or if no anesthesia).*

Anno/ Year	Nr. di operazioni su pazienti ricoverati esclusi i cesarei/ Nr inpatient surgeries ex C-Sections	Nr. di day hospital/ Nr of day surgeries
Anno solare (stima) / Next calander year Start date		
Anno solare corrente/ Current calander year Start date 2016	9.409	791
Anno corrente: - 1 – 2015	9.596	1.486
Anno corrente: - 2 – 2014	8.820	3.317
Anno corrente: - 3 – 2013	8.825	3.680
Anno corrente: - 4 – 2012	9.259	4.941

f. Quale % sia dei paziente ricoverati che di quelli curati senza ricovero è di provenienza Statunitense o Canadese?  
*Of both in and out-patients what percentage were admitted from the USA or Canada?* %

0,0047%

g. Dove indicato da \* compilare il relativo Addendum/ Where an \* is indicated please complete the relevant addendum

- Indicare il numero delle sale operatorie/ Please state the number of Operating Theatres:

nr. 3

- indicare il numero di reparti / Please state the number of wards

nr. 2

### 03. Pronto Soccorso / Accident and Emergency First Aid

Specializzazioni previste/ foreseen specialization

nr. /

Nr. di Guardie Mediche/ First Aid Station Doctors No.:

nr. 23

Ospedale/ Hospital	Medici interni nelle 24 ore/ During the 24 hours	Medici reperibili extra moenia/ Available on call self-employed	Medici non direttamente dipendenti/ Not direct employees
P.O. PERILLO-BO	24	4	7
P.O. FRANCAVILLA	7	1	8
P.O. OSTUNI	9	1	8

Nr. di prestazioni complessivamente eseguite nell'anno/ Total accesses number during the year:

Anno/ Year	Nr. di prestazioni/ Nr of accesses
Anno solare (stima) / Next calander year Start date	
Anno solare corrente/ Current calander year Start date 2016	739.391
Anno corrente: - 1 - 2015	634.174
Anno corrente: - 2 - 2014	633.042
Anno corrente: - 3 - 2013	613.171
Anno corrente: - 4 - 2012	608.989

Fonte HSP 24 (2013-2016 edotto, 2012 NSIS)

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



no

Se Si, specificare nr. di ambulanze: / If yes, please provide nr. of amubulances:

N. 21



no

#### 04. Banca del Sangue / Blood Bank

- a. Possedete una Banca del Sangue che procura, analizza e distribuisce sangue o prodotti emoderivati?  
*Do you have a Blood Bank that procures, tests and distributes blood or blood products?* ☒ no
- b. Il 100% del sangue di cui disponete è fornito dal Servizio Nazionale Trasfusionale o dalla Croce Rossa Nazionale?  
*Is 100% of your blood obtained from your country's National Blood Transfusion Service or the National Red Cross?* ☒ no  
Se no, fornire dettagli: *If no please provide full details:*
- c. Testate tutti i prodotti derivati dal sangue per rivelare malattie infettive o trasmissibili in conformità alle vigenti direttive provenienti dal Servizio Trasfusionale Nazionale, dalla Croce Rossa Nazionale o da altro organismo di controllo prima del loro utilizzo?  
*Do you test all blood products for transmittable or infectious diseases according to the current guidelines from your country's National Blood Transfusion Service, National Red Cross or other regulatory body prior to use?* ☒ no

#### 05. Apparecchiature Elettro-Mediche / Electro-Medical Equipment

- a. I contratti per la fornitura delle vostre apparecchiature elettromediche richiedono espressamente dal fornitore il possesso di certificazioni IMQ / ISO o emesse da altro equivalente organo di controllo?  
*Do contracts for the supply of your electro-medical equipment expressly require IMQ / ISO or other equivalent body quality guarantees from the supplier?* ☒ no
- b. Vi sono procedure scritte che limitano l'utilizzo di apparecchiature complesse solo al personale autorizzato?  
*Do written procedures exist which limit the use of complex equipment to authorised personnel only?* ☒ no
- c. È stato nominato un amministratore per sovrintendere l'uso delle apparecchiature?  
*Has a manager been appointed to govern the use of the equipment?* ☒ no
- d. I manuali o il manuale del fornitore sono disponibili per tutti gli utenti?  
*Are manuals or supplier manuals available to all users?* ☒ no
- e. Con quale frequenza le apparecchiature vengono revisionate e sottoposte a manutenzione?  
*How often is equipment serviced and maintained? Ogni/ Every (indicare con una X):*

☐ 4 mesi 4 months ☐ 6 mesi 6 months ☒ 1 anno 1 year ☐ 2 anni 2 years ☐ +di 2 anni + 2 years

- f. Questa manutenzione è svolta: dal personale interno / dal fornitore / da terzi?  
*Is this maintenance carried out by: Internal Personnel / Supplier / Third Parties?*  
 DA TERZI - DAL FORNITORE ☒ si ☐ no
- g. Se è svolto da terzi è richiesto il possesso di una polizza assicurativa?  
*If carried out by Third Parties is an insurance policy requested?* ☒ si ☐ no
- h. Se vengono effettuate MRI scanner(s) sono operative delle procedure attraverso le quali si eviti che vengano introdotti elementi ferro-magnetici nell'area delle risonanze  
*If you have MRI scanner(s) do you have guidelines or procedures in place to ensure that ferro-magnetic items are not taken into the scanning room or contained in or about a patient's person?* ☒ si ☐ no

## 06. Consenso informato / Informed consent

- a. ESistono protocolli per ottenere un consenso informato per ogni tipo di operazione e/o terapia svolte in ognuna delle strutture assicurate – quali per esempio operazioni chirurgiche, trasfusioni, anestesia, esami invasive, trattamenti non chirurgici ad alto rischio, rischi specifici come l'HIV?  
*Do protocols exist to obtain an informed consent for each type of operation and/or therapy carried out in all insured locations – e.g. surgical operations, transfusions, anaesthesia, invasive tests, high risk non-surgical treatments, specific risks such as HIV?* ☒ si ☐ no
- b. Sono ottenuti consensi separati e addizionali in caso di interventi complessi che richiedano ulteriori e 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?* ☒ si ☐ no
- c. Il consenso informato è sempre ottenuto in forma scritta? *Is informed consent always obtained in a written format?* ☒ si ☐ no
- d. Il modulo di consenso informato è sempre allegato alla cartella clinica del paziente?  
*Is the informed consent form always attached to the patient's medical record?* ☒ si ☐ no

- e. i) Vengono svolte revisioni periodiche al fine di assicurarsi che i moduli di consenso informato siano sempre aggiornati?  
*Are periodic reviews carried out to ensure the informed consent forms are up to date?* ☒ no
- ii) Con quale frequenza e da chi? *How often and by whom?*  
TRIENNALE - U.O.C. GESTIONE RISCHIO CLINICO
- f. La documentazione di consenso viene firmata sia dal paziente sia dal medico?  
*Are informed consent forms countersigned by both the patient and consultant?* ☒ no
- g. Le violazioni delle procedure di consenso informato sono sottoposte a procedimenti disciplinari?  
*Is non-compliance with informed consent procedures a disciplinary matter?* si ☒ no  
VIBRE RICHIAMATO L'INADEMPLIMENTO

## 07. Documentazione Medica / Medical Records

- a. Conservate e continuerete a conservare la documentazione medica dei pazienti relativa a tutti i trattamenti, decisioni e attrezzature mediche utilizzate per almeno 10 anni a partire dalla data del trattamento, o, in caso di minore, 10 anni dalla data della maggiore età?  
*Do you retain and will you continue to retain patient medical records displaying accurate descriptive records of all treatments, decisions and medical equipment used for at least 10 years from the date of treatment, or in the case of a minor, 10 years from the date of majority?* ☒ no
- b. Se la catalogazione della documentazione medica è elettronica viene mantenuta una copia back-up? *If storage of medical records is electronic is an off-site back up copy maintained?* IN PARTE ☒ no
- c. La documentazione medica sopra menzionata sarebbe messa a disposizione degli assicuratori o dei rappresentanti da loro nominati, senza alcun costo, nel corso dell'indagine o della difesa di una richiesta di indennizzo? *Would all medical records referred to above be made available to Underwriters or their appointed representatives, without charge, in the investigation or defence of any claim?* ☒ no
- d. Esistono procedure formali per la compilazione della documentazione medica dei pazienti che includano alcuni dei seguenti dati? *Do formal procedures exist for the compilation of patient medical records which include any of the following:*
- (i) Aggiornamento giornaliero? *Daily update?* ☒ no
- (ii) Firma della documentazione medica da parte di tutti i professionisti sanitari che direttamente assistono il paziente, incluso il medico che dirige il reparto? *Signing of medical records by all those healthcare professional who directly assist the patient including the doctor in charge of the ward?* IN PARTE ☒ no
- (iii) Leggibilità del contenuto? *Legibility of content?* SUFFICIENTE ☒ no
- (iv) Controlli periodici degli standard di qualità? *Periodic checks on quality standards?* ☒ no

## 08. Gestione Dei Rischi / Risk Management

### A. Personale / Personnel

- (i). C'è un addetto full time alla gestione dei rischi nel Vostro Clinica? In che anno è stato nominato? *Is a dedicated full time Risk Manager employed in your Clinic(s)? What year was s/he appointed?* Anno 2007 ☒ no
- (ii). Se no, vi è un dipendente o un team nominato per svolgere attività di gestione dei rischi in relazione alle altre attività? *If no, is an employee or team appointed to carry out risk management activities in conjunction with their other activities* sì no
- Se sì, specificare la loro posizione: *If yes please state their positions:*

### B. Revisione Clinica / Clinical Audit

- (i). Svolgete una revisione clinica in riferimento ad alcuna delle attività della Clinica che amministrate? *Do you conduct clinical audits in respect of any of the activities of the Clinic(s) you manage?* ☒ no

Se sì, precisare quali attività: *If yes please state which activities.*

GLI AUDIT FANNO PARTE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET DEI DIRETTORI DI U.O.

- (ii). Con quale frequenza è svolta la revisione clinica? *How often are clinical audits conducted?*  
ALL'INDO 2 VOLTE ALL'ANNO O QUANDO VI È EVENTO SENTINELLA
- (iii). Con quale frequenza sono svolte le revisioni cliniche?  
*Do you follow up / re-audit to ensure that audit recommendations have been effectively implemented?* 15% SOPRA
- (iv). Chi è responsabile per condurre le revisioni cliniche? *Who is responsible for conducting the clinical audit(s)?* DIRETTORE U.O.C.

### C. Relazioni Sugli Eventi Critici / Critical Incident Reporting

- (i). Gestite un sistema formale per relazionare sugli eventi critici? *Do you operate a formal system for reporting critical incidents?* ☒ no
- (ii). Questo sistema è non-punitivo (con le eccezioni della colpa grave o del dolo)? *Is this system non-punitive (with the exception of gross misconduct or criminal behaviour)?* ☒ no
- (iii). Il sistema è obbligatorio? *Is the system mandatory?* ☒ no
- (iv). C'è a disposizione dello staff una chiara e definitiva lista degli eventi su cui occorre svolgere una relazione? *Is a clear definitive list of reportable incidents provided to staff?* ☒ no
- (v). Le raccomandazioni e le strategie correttive per ridurre futuri eventi negativi sono implementate e condivise dal (col) personale? *Are recommendations and corrective strategies for reducing future adverse events implemented and fed back to staff?* ☒ no

### D. Farmaci e Amministrazione Generale / Drug and General Administration

- (i). I farmaci sono somministrati e consegnati da farmacisti al reparto piuttosto che da un magazzino da parte di non-farmacisti? *Are drugs dispensed and delivered by pharmacists to wards rather than from a ward stock by non-pharmacists?* ☒ no

- |        |  |               |               |
|--------|--|---------------|---------------|
| (ii).  | Utilizzate un sistema di ordini computerizzato per ordinare farmaci? <i>Do you operate computerised physician order entry (CPOE) system for the ordering of drugs?</i> | <del>si</del> | no            |
| (iii). | Utilizzate tecnologia di lettura dei codici a barre per erogare medicinali? <i>Do you operate bar code technology for the dispensation of medication?</i>              | <del>si</del> | no            |
| (iv).  | Utilizzate un sistema computerizzato per la documentazione medica? <i>Do you operate a computerised system for medical records?</i>                                    | si            | <del>no</del> |

#### E. Credenziali / Credentialling

- |        |  |               |    |
|--------|--|---------------|----|
| (i).   | Esaminate tutti i candidati, specialmente chirurghi e anestesisti, per assicurarvi che non abbiano una storia di droga e/o abuso di alcol? <i>Do you screen all applicants, especially surgeons and anaesthetists, to ensure that they do not have a history of drug and/or alcohol abuse?</i>   | si            | no |
| (ii).  | Esaminate tutti i candidati, specialmente chirurghi, ostetrici e anestesisti, per assicurarvi che non abbiano un pregresso inaccettabile di precedenti richieste di risarcimento per negligenza? <i>Do you screen all applicants, especially surgeons, obstetricians and anaesthetists, to ensure that they do not have an unacceptable history of claims for negligence?</i>  | si            | no |
| (iii). | Verificate che le qualificazioni e l'esperienza del candidato siano veritiere? <i>Do you verify that applicants' qualifications and experience are genuine?</i>  | si            | no |
| (iv).  | Quanto dura il periodo di prova per i medici prima di avere permesso completo di lavorare nella Clinica? <i>How long is the probationary period for doctors prior to granting of Clinic privileges?</i>  | si            | no |
| (v).   | Verificate se le persone addette alla cura dei pazienti sono affette da forme di disabilità e/o da malattie trasmissibili (Infettive), come Epatite, HIV, o altri impedimenti che possano pregiudicare lo svolgimento delle proprie attività? <i>Does the Proposer have in place a system of control in order to verify if any person involved in the treatment or care of any patient suffers from any disability and/or transmittable diseases, i.e. Hepatitis, HIV, or any other disease which may affect their performance or professional duties or put a patient's health at risk?</i> | <del>si</del> | no |
| (vi).  | Conservate accurate documentazione e vi assicurate che tutti i professionisti siano in possesso di valide licenze / abilitazioni per esercitare nelle rispettive aree di specializzazione? <i>Do you maintain accurate records of and ensure that all professional practitioners hold valid licences to practise in their respective areas of specialisation?</i>  | si            | no |
| (vii). | Quanti dei professionisti sopra elencati sono stati sottoposti a procedimenti penali disciplinari per la loro condotta in ambito professionale, inclusi casi di abuso di droghe e alcol? <i>How many of the above listed professional practitioners have been subject to disciplinary proceedings for misconduct in professional matters, including drugs and alcohol abuse?</i>   | nr.           |    |

DATO NON DISPONIBILE

- |         |  |     |  |
|---------|--|-----|--|
| (viii). | Quanti dei professionisti o dei membri del personale sopra elencati sono stati sottoposti a procedimenti penali per reati quali incendio, truffa, danneggiamento volontario, furto o lesioni personali? <i>How many of the above professional practitioners or staff members have been charged with criminal matters such as arson, fraud, malicious damage theft or injury to the person?</i> | nr. |  |
|---------|--|-----|--|

DATO NON DISPONIBILE

#### F. Procedure di Reclamo / Complaints Procedure

- |       |  |               |    |
|-------|--|---------------|----|
| (i).  | La Clinica da Voi amministrata dispone di una chiara e completa procedura scritta per la gestione dei reclami? <i>Do the Clinic(s) under your management have a clear and comprehensive written policy for the handling of complaints?</i> | <del>si</del> | no |
| (ii). | La procedura di reclamo è resa nota sia allo staff sia ai pazienti? <i>Is the complaints procedure publicised to both staff and patients?</i>  | <del>si</del> | no |

- (iii). È un requisito dei reclami verbali che essi vengano verbalizzati? *Is it a requirement for verbal complaints to be recorded?* ☒ si ☐ no
- (iv). La riservatezza del reclamante e dello staff coinvolto è protetta? *Is the confidentiality of complainant and the staff involved protected?* ☒ si ☐ no
- (v). I soggetti incaricati di investigare i reclami sono sufficientemente esperti e distaccati dallo staff che potrebbe essere coinvolto? *Are those responsible for investigating complaints sufficiently senior and separate to staff that may be involved?* ☒ si ☐ no
- (vi). Lo staff viene addestrato circa la procedura di gestione dei reclami? *Do staff receive training in the handling of complaints?* ☒ si ☐ no
- (vii). I reclami identificati come validi sono usati per modificare le prassi di lavoro e migliorare il livello del servizio? *Are valid complaints used to change working practices and improve the level of service?* ☒ si ☐ no

#### G. MRSA

- (i). Applicate coattivamente una procedura di lavaggio delle mani / disinfezione del personale prima e dopo il contatto con i pazienti? *Do you enforce a policy of hand washing / cleansing for staff before and after contact with patients?* ☒ si ☐ no
- (ii). Le attrezzature di lavaggio e disinfezione sono disponibili presso i posti letto di tutti i pazienti? *Are washing / cleansing facilities available at all patient's bedsides?* ☒ si ☐ no
- (iii). Svolgete esami per MRSA sui pazienti prima di ammetterli in corsia? *Do you screen patients for MRSA before admittance to wards?* ☐ si ☒ no
- (iv). Disponete di un'unità di isolamento per ospitare i pazienti di cui è accertato essere affetti da MRSA? *Do you have isolation units for housing patients known to have MRSA?* ☒ si ☐ no

#### H. Altro / Other

- (i). Avete dei protocolli per l'utilizzo di un team di pronto intervento per fare fronte a eventuali emergenze cliniche? *Do you have in place arrangements for the deployment of "rapid response teams" in the event of a clinical emergency?* ☒ si ☐ no
- (ii). Avete un protocollo di condivisione delle informazioni tra gli ospedali da voi amministrati o con le vicine autorità sanitarie locali? *Do you have an information sharing arrangement amongst the Clinics under your management or with neighbouring health authorities?* ☒ si ☐ no
- (iii). Utilizzate un sistema di relazione relativo al grado di soddisfazione dei pazienti? *Do you operate a system of patient feedback / satisfaction reporting?* ☒ si ☐ no
- (iv). Avete una politica di continua formazione professionale, educazione e aggiornamento dello staff? *Do you have a policy of continuing professional development, education and/or training for staff?* ☒ si ☐ no
- (v). Le vostre procedure di dimissione si integrano con i servizi sociali per fare fronte alle esigenze dei pazienti dopo le dimissioni? *Do your discharge procedures integrate community carers (e.g. GP's, community nurses) for patients' post discharge needs?* ☒ si ☐ no
- (vi). Analizzate i dati autopsici per verificare la rispondenza degli accertamenti patologici con la diagnosi clinica dei deceduti? *Do you analyse autopsy data to verify consistency of pathological findings with clinical diagnosis of the deceased?* ☒ si ☐ no
- (vii). Avete degli accordi in essere tra gli ospedali da voi amministrati e altri ospedali per la ridisposizione dei letti in caso di chiusura dei reparti emergenza? *Do you have agreements in place between the Clinics under your management or with other Clinics for the redeployment of beds in the event of emergency ward closure?* ☐ si ☒ no

09. Sostiene Dettagli / Claims Details

VEDI ALLEGATO

- a. Vi preghiamo di fornire informazioni sui Vostri assicuratori per i 10 anni passati con copia della polizza per i 5 anni passati:

*Please provide details of your insurers for the past 10 years with copy policy wording for the past 5 years:*

Assicuratore <i>Insurer</i>	Periodo di Assicurazione <i>Period of Insurance</i>	Massimale i) Per ciascun sinistro ii) In aggregato <i>Limit of Indemnity</i> i) Any One Claim ii) In the Aggregate	Importo della Franchigia aggregata e/o per ogni e ciascun sinistro <i>Amount of Deductible</i> Aggregate and/or each and every claim	Forma (L= Losses occurring, C= Claims made) <i>Type</i> (L= Losses occurring, C= Claims made)	Data di retroattività <i>Retrodate</i>	GARANZIA POSTUMA <i>Extended Reporting Period</i>
1.						
2.						
3.						

- b. Confermare la copertura se diversa da responsabilità medica, RCT e RCO per ogni periodo di assicurazione e dettagli della copertura fornita.

*Confirm coverage if different from medical malpractice, third party liability and employers liability for any period of insurance and detailing what actual cover was.*

NO

- c. Per favore avvisare se in ogni precedente periodo assicurativo il numero di ospedali assicurati era diverso da quello stabilito a pagina 2 del presente questionario

*Please advise if in any prior insurance period if the number of hospitals covered was different to those stated on page 2 of this proposal form.*

NO

- d. Confermare se in ogni precedente periodo assicurativo un soggetto diverso dall'assicuratore gestiva alcuni/tutti i sinistri

*Confirm if in any prior period of insurance an entity other than the insurer at the time handled any claim / claims.*

BROKER

- e. Quando é terminata l'ultima polizza da Voi contratta in loss occurrence (data di scadenza)?  
*When was the last policy in loss occurrence?*

- f. Quando scade la vostra polizza attuale?  
*When does your current policy expire?*

ULTIMA POLIZZA RCT SCADUTA IL 31.12.2016

- g. Quali sono le vostre richieste per il rinnovo della copertura (se tramite un'offerta formale fornire un documento con i requisiti dell'offerta):

*What are your coverage requirements for renewal (if via a tender please provide tender requirements document):*

POLIZZA CON FRANCHIGIA ADEGUATA AL RISCHIO ABITAZIONE

- h. Vi è mai stata rifiutata o annullata una richiesta di copertura per questo genere di rischi?  
*Have you ever had a request for cover refused or cancelled for these types of risks?*

Se sì, spiegare perchè? *If yes please explain why?*

sì

~~no~~

- i. Siete a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali sono derivate azioni o procedimenti deontologici del proponente e/o di una o più persone delle quali il Proponente debba rispondere?

*Are you aware of any acts, omissions or facts from which a disciplinary procedure has been commenced towards the proposer or any other person he is responsible for?*

Se sì, spiegare perchè? *If yes please explain why?*

sì

~~no~~

## 10. Informazioni Aggiuntive / *Additional Information*

Utilizzare lo spazio fornito qui sotto (*eventualmente produrre un allegato*) per elaborare o commentare le risposte che avete dato in questo modulo di proposta indicando il numero della domanda.

*Please use the space provided to elaborate or comment upon any of the answers you have given in this proposal form noting the relevant question number.*

**Dichiarazione  
Declaration**

Il sottoscritto, come persona autorizzata dal proponente, come dichiarato nel punto 1 del presente Modulo di Proposta dichiara quanto segue. *The undersigned, as a person authorised to do so by the proposer, as indicated in point 1 of the Proposal Form, declares that:*

01. di essere autorizzato a compilare la presente proposta per conto del Proponente di cui al punto 01. della presente proposta *He/she is duly authorised to complete this Proposal Form on behalf of the Proposer as specified in point 01;*
02. che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, DOPO ACCURATA INDAGINE, sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni *AFTER HAVING MADE CAREFUL ENQUIRIES, the answers contained in this Proposal Form and the attached Claims Declaration Form are, to the best of his/her knowledge, accurate and truthful*
03. di aver letto e pienamente compreso il significato e le implicazioni delle informazioni riportate nella sezione "Avviso Importante"- prima pagina di questo Modulo di Proposta - e che quindi accetta senza riserve che la base di un'eventuale contratto assicurativo stipulato con gli Sottoscrittori sarà nella forma "claims made". *He/she has read and fully understood the meaning and implications of the information contained in the "Important Warning" section at the beginning of the Proposal Form and furthermore unreservedly agrees that the basis of any contract insurance that may conclude with Underwriters will be "claims made".*
04. che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che la Proposta medesima venga presa come base per la stipula del contratto. In tale cosa la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa. *Should the parties agree to the drawing up of the insurance contract the Proposer agrees that this Proposal Form will form the basis of the contract and will form a part of the Policy itself*
05. che, in ogni caso, se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime nonché il diritto degli assicuratori di ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura. *If, between the date of the Proposal and the date of issuance of the Policy, any circumstances alter the information contained in the Proposal Form, the Proposer agrees notify the same immediately to Insurers who shall have the right to withdraw or modify their quotation or confirmation of cover.*

Data/ Date:

Firma/ Signature:

Nome (in maiuscolo)/  
Name (in block capitals):

**Azienda Sanitaria Locale BR  
BRINDISI**

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dr. Giuseppe PASQUALONE**

Qualifica/ Position:

- \* È importante che il Proponente ed il Rappresentante dello stesso che ha provveduto -debitamente autorizzato- a compilare la presente Dichiarazione siano pienamente consapevoli della finalità della presente assicurazione, di modo che si risponda correttamente alle domande - *It is vital that both the Proposer and any person authorised on their behalf to complete this declaration, are aware of the scope of this insurance in order to properly answer these questions*

**Addendum 1 - Sperimentazione Clinica / Clinical Trials**  
Da Compilare solamente se applicabile / Complete Only if Applicable

- a. Indicare il numero di sperimentazioni cliniche a cui partecipate annualmente:  
*Please state the number of clinical trials you participate in per annum:* nr.
- b. Ricevete sempre l'intero compenso dai vostri committenti / preponenti?  
*Do you always receive full indemnity from your principals?* sì      no
- c. Indicare le entrate annuali derivanti dalla sperimentazioni clinica:  
*Please state the annual income derived from clinical trials:* euro

Data/ Date:

**Azienda Sanitaria Locale BR  
BRINDISI**

Firma/ Signature:

**IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Giuseppe PASQUALONE**

Nome (in maiuscolo)/  
Name (in block capitals):

Qualifica/ Position:

**Addendum 2 - Ostetricia / Maternita' - Obstetrics / Maternity**  
**Da Compilare solamente se applicabile - Complete only if Applicable**

a.

**1) PRESIDIO OSPEDALIERO PRESIDIO OSPEDALIERO ... OSPEDALE PERRINO - BRINDISI (MESAGNE-SAN PIETRO V.CO)**

	Anno solare corrente/ 2016 <i>Current calendar year Start date</i>	Anno corrente: - 1 - 2015	Anno corrente: - 2 - 2014	Anno corrente: - 3 - 2013	Anno corrente: - 4 - 2012
indicare per ciascun ospedale il numero totale di nascite all'anno: <i>Please state the total number of deliveries per annum. Please provide this for each hospital:</i>	1.358	1.419	1.396	1.416	1.272
Numero di neonati vivi/Number of single deliveries alive	1.351	1.412	1.393	1.415	1.272
Numero di neonati morti/Number of single deliveries stillborn	7	7	3	1	0
Numero di parti gemellari di neonati vivi/Number of multiple deliveries alive	37	44	42	50	23
Numero di parti gemellari di neonati morti/Number of multiple deliveries stillborn	0	0	0	0	0
Numero o % di totali nati con cesareo/Number or % of total via C- section	57,46%	50,98%	52,51%	47,43%	49,16%

**2) PRESIDIO OSPEDALIERO OSPEDALE FRANCAVILLA FONTANA**

	Anno solare corrente/ 2016 <i>Current calendar year Start date</i>	Anno corrente: - 1 - 2015	Anno corrente: - 2 - 2014	Anno corrente: - 3 - 2013	Anno corrente: - 4 - 2012
indicare per ciascun ospedale il numero totale di nascite all'anno: <i>Please state the total number of deliveries per annum. Please provide this for each hospital:</i>	771	710	687	678	500
Numero di neonati vivi/Number of single deliveries alive	770	707	686	675	500
Numero di neonati morti/Number of single deliveries stillborn	1	3	1	3	0
Numero di parti gemellari di neonati vivi/Number of multiple deliveries alive	5	8	5	6	4
Numero di parti gemellari di neonati morti/Number of multiple deliveries stillborn	0	1	0	0	0
Numero o % di totali nati con cesareo/Number or % of total via C- section	66,58%	72,75%	67,74%	61,10%	62,30%

3) PRESIDIO OSPEDALIERO ... OSPEDALE OSTUNI (FASANO)

	Anno solare corrente/ 2016 <i>Current calendar year Start date</i>	Anno corrente: - 1 - 2015	Anno corrente: - 2 - 2014	Anno corrente: - 3 - 2013	Anno corrente: - 4 - 2012
Indicare per ciascun ospedale il numero totale di nascite all'anno: <i>Please state the total number of deliveries per annum. Please provide this for each hospital:</i>	Chiuso	Chiuso	151	439	378
<i>Numero di neonati vivi/Number of single deliveries alive</i>	Chiuso	Chiuso	151	439	378
<i>Numero di neonati morti/Number of single deliveries stillborn</i>	Chiuso	Chiuso	0	0	0
<i>Numero di parti gemellari di neonati vivi/Number of multiple deliveries alive</i>	Chiuso	Chiuso	3	6	2
<i>Numero di parti gemellari di neonati morti/Number of multiple deliveries stillborn</i>	Chiuso	Chiuso	0	0	0
<i>Numero o % di totali nati con cesareo/Number or % of total via C- section</i>	Chiuso	Chiuso	72,30%	66,74%	67,55%

4) PRESIDIO OSPEDALIERO .....

	Anno solare corrente/ <i>Current calendar year Start date</i>	Anno corrente: - 1	Anno corrente: - 2	Anno corrente: - 3	Anno corrente: - 4
Indicare per ciascun ospedale il numero totale di nascite all'anno: <i>Please state the total number of deliveries per annum. Please provide this for each hospital:</i>					
<i>Numero di neonati vivi/Number of single deliveries alive</i>					
<i>Numero di neonati morti/Number of single deliveries stillborn</i>					
<i>Numero di parti gemellari di neonati vivi/Number of multiple deliveries alive</i>					
<i>Numero di parti gemellari di neonati morti/Number of multiple deliveries stillborn</i>					
<i>Numero o % di totali nati con cesareo/Number or % of total via C- section</i>					

- b. E' il vostro reparto o gli altri ospedali da voi amministrati un centro di riferimento specialistico? *Is your Labour Ward or any of the Clinics under your management a specialist referral centre?* ☒ si ☐ no
- c. Avete una procedura che proibisca la VBAC (parto vaginale dopo taglio cesareo)? *Do you have a policy of prohibiting VBAC?* ☒ si ☐ no
- d. Se no, il vostro modulo di consenso informato avverte dei rischi che la VBAC comporta? *If no does your maternity Informed Consent form warn of the dangers posed by VBAC?* ☐ si ☒ no
- e. Quanti neonati sono stati indirizzati a una unità SCBU (unità di terapia infantile) o NNICU (unità di terapia intensiva neonatale) internamente o esternamente? *How many infants have been referred to a SCBU or NNICU unit either internally or externally?* nr. 350/ANNO
- f. Esiste un inventario delle apparecchiature di monitoraggio con un programma di sostituzione? *Is an inventory of monitoring equipment maintained with planned programmes of replacement?* ☒ si ☐ no
- g. Le vostre sale parto utilizzano il monitoraggio elettronico del feto? *Do your Labour Wards utilise Electronic Foetal Monitoring?* ☒ si ☐ no
- h. Le vostre sale parto possiedono attrezzature per il prelievo di campioni di sangue del feto? *Do your Labour Wards possess foetal blood sampling equipment?* ☒ si ☐ no
- i. Il personale è addestrato con continuità alla lettura dei tracciati cardiografici? *Is continuous training provided for staff on the interpretation of cardiograph traces?* ☒ si ☐ no
- j. Le levatrici senior hanno diretto accesso alla consulenza su chiamata? *Do senior midwives have direct access to the consultant on call?* ☒ si ☐ no
- k. Vi sono dei forum sulla maternità in età avanzata per rivedere periodicamente gli aborti, etc. al fine di migliorare il servizio? *Do forums of senior maternity staff periodically review still births, near misses etc. with a view to improving service?* ☒ si ☒ no
- l. Un consulente ostetrico è disponibile nell'edificio 24 ore su 24? *Is a consultant obstetrician available "in-house" 24 hours per day?* ☒ si ☐ no
- m. C'è un secondo consulente ostetrico disponibile su chiamata in grado di intervenire entro 30 minuti? *Is a second consultant obstetrician on call 24 hours per day who is able to attend within 30 minutes?* ☒ si ☐ no
- n. C'è un pediatra neonatale disponibile nella struttura 24 ore al giorno? *Is a neo-natal paediatrician available in house 24 hours a day?* ☒ si ☐ no
- o. C'è un'anestesista a disposizione solo del reparto di ostetricia 24 ore al giorno? *Is an anaesthetist available solely to the obstetrical department 24 hours a day?* ☒ si ☐ no
- p. Possono essere eseguiti tagli cesarei di emergenza entro 30 minuti 24 ore al giorno? *Can emergency caesarean sections be performed within 30 minutes 24 hours a day?* ☒ si ☐ no

Data/ Date:

Azienda Sanitaria Locale BR  
BRINDISI

Firma/ Signature:

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Giuseppe PASQUALONE

Nome (in maiuscolo)/Name (in block capitals):

Qualifica/ Position:

**Addendum 3 - Chirurgia / Surgery**  
Da Compilare solamente se applicabile - Complete only if Applicable

- a. Indicare se le procedure chirurgiche sono: minori (senza anestesia) o maggiori (con anestesia)  
*Please specify if the surgical procedures are either minor (without an anaesthetic) or major (under anaesthetic).*
- MINORI E MAGGIORI
- b. Per la chirurgia volontaria di pazienti è richiesto di seguire un pre-ricovero 2-4 settimane prima dell'ammissione? *For elective surgery are patients required to attend a pre-assessment clinic 2-4 weeks prior to admission?* ☒ sì ☐ no
- c. Per la chirurgia di emergenza avete una procedura che preveda che ai pazienti venga fatta riprendere conoscenza prima dell'intervento? *For emergency surgery do you have a policy of resuscitating patients prior to surgery?* ☐ sì ☒ no
- d. In media per quante ore al giorno i chirurghi di livello "senior" sono disponibili nella Clinica? *On average how many hours a day are consultant grade surgeons available in the Clinic?* ore 24
- e. Il chirurgo "senior" è colui a cui spetta la decisione finale se l'operazione chirurgica sia necessaria o no? *Is the consultant surgeon the final arbiter or decision maker on whether surgery is required or not?* ☒ sì ☐ no
- f. Esistono delle direttive per tutte le procedure chirurgiche? *Do clinical guidelines exist for all surgical procedures?* ☒ sì ☐ no
- In caso contrario, indicare per quali procedure chirurgiche non esistono direttive cliniche?  
*If not, please state which surgical procedures these clinical guidelines do not exist for:*
- g. Quante sale operatorie avete? *How many operating theatres do you have?* nr. 26
- h. Avete uno specifico soggetto nelle sale operatorie incaricato di stabilire la priorità dei casi? *Do you have a nominated arbitrator in theatres to allocate the priority of cases?* sì ☒ no
- i. Gli ospedali da voi gestiti fanno uso di stanze post-operatorie o unità di terapia intensiva per la cura e supervisione dei pazienti post-operatori? *Do the Clinic(s) under your management use "recovery rooms" or high dependency units for the care and supervision of post-operative patients?* ☒ sì ☐ no

Data/ Date:

**Azienda Sanitaria Locale BR  
BRINDISI**

Firma/ Signature:

**IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Giuseppe PASQUALONE**

Nome (in maiuscolo)/

Name (in block capitals):

Qualifica/ Position:

சென்னை, 15 செப்டம்பர் 2021 - தமிழக அரசு  
தமிழக அரசு  
தமிழக அரசு  
தமிழக அரசு

## 09. Sostiene Dettagli / Claims Details

- a. Vi preghiamo di fornire informazioni sui Vostri assicuratori per i 10 anni passati con copia della polizza per i 5 anni passati:

*Please provide details of your insurers for the past 10 years with copy policy wording for the past 5 years:*

POLIZZE	ANNO	PERIODO	PREMIO+ REGOLAZIONE	FRANCHIGIE AGGREGATE	FRANCHIGIA A PER SINISTRO	FRANCHIGIA LIQUIDATA	Importo che erode l'Aggregato	FRANCHIGIE RESIDUA	FORMA	Data Di Retroattività
QBE	2003-2004	31/03/2003- 31/03/2005	3.586.143,82	1.400.000,00		927.945,67		472.054,33	Claims made	31/03/2003
QBE	2005-2006	31/03/2005 - 31/12/2006	2.506.125,00	950.000,00		946.302,27		3.697,73	Claims made	31/03/2003
LLOYD'S	2007	31/12/2006- 31/12/2007	1.950.000,00	587.000,00		587.000,00		-	Claims made	31/12/2000
LLOYD'S	2008	31/12/2007- 31/12/2008	1.950.000,00	587.000,00		587.000,00		-	Claims made	31/12/2000
CATTOLICA	2009	31/12/2008- 31/12/2009	2.175.378,55	550.000,00		550.000,00		-	Claims made	31/12/2000
CATTOLICA	2010	01/01/2010- 28/02/2010	374.788,09	91.667,00		91.667,00		-	Claims made	31/12/2000
AM TRUST	2010	01/03/2010- 31/12/2010	2.151.081,19	833.334,00	20.000,00	491.530,06	377.000,00	456.334,00	Claims made	28/02/2008
AM TRUST	2011	31/12/2010- 31/12/2011	2.325.987,07	1.000.000,00	20.000,00	1.052.283,25	815.061,00	184.939,00	Claims made	28/02/2008
AM TRUST	2012	31/12/2012- 31/03/2012	775.329,02	250.000,00	20.000,00	273.420,00	250.000,00	-	Claims made	28/02/2008
AM TRUST	2012	31/03/2012- 31/12/2012	1.851.170,25	900.000,00		476.619,64		423.380,36	Claims made	30/06/2003
AM TRUST	2013	31/12/2013- 31/12/2014	2.468.227,00	1.200.000,00		399.338,20		800.661,80	Claims made	30/06/2003
AM TRUST	2014	31/12/2014- 30/06/2014	1.234.113,50	600.000,00		15.886,94		584.113,06	Claims made	30/06/2003
AM TRUST	2014-2016	30/06/2014- 31/12/2016	2.514.682,50	500.000,00€ SIR				#VALOREI	Claims made	30/06/2004
TOTALE			19.762.199,67	8.949.001,00		6.398.993,03		2.925.180,28		

- b. Confermare la copertura se diversa da responsabilità medica, RCT e RCO per ogni periodo di assicurazione e dettagli della copertura fornita.

*Confirm coverage if different from medical malpractice, third party liability and employers liability for any period of insurance and detailing what actual cover was.*

**NO**

- c. Per favore avvisare se in ogni precedente periodo assicurativo il numero di ospedali assicurati era diverso da quello stabilito a pagina 2 del presente questionario  
*Please advise if in any prior insurance period if the number of hospitals covered was different to those stated on page 2 of this proposal form.*

**NO**

- d. Confermare se in ogni precedente periodo assicurativo un soggetto diverso dall'assicuratore gestiva alcuni/tutti i sinistri  
*Confirm if in any prior period of insurance an entity other than the insurer at the time handled any claim / claims.*

**Broker**

- e. Quando è terminata l'ultima polizza da Voi contratta in loss occurrence (data di scadenza)?  
*When was the last policy in loss occurrence?*

- f. Quando scade la vostra polizza attuale?  
*When does your current policy expire?*

**Ultima polizza RCT scaduta il 31 dicembre 2016**

---

- g. Quali sono le vostre richieste per il rinnovo della copertura (se tramite un'offerta formale fornire un documento con i requisiti dell'offerta):

*What are your coverage requirements for renewal (if via a tender please provide tender requirements document):*

**Polizza con Franchigia adeguata al rischio aziendale**

---

- h. Vi è mai stata rifiutata o annullata una richiesta di copertura per questo genere di rischi?  
*Have you ever had a request for cover refused or cancelled for these types of risks?*

si      no

**NO**

*Se sì, spiegare perchè? If yes please explain why?*

---

- i. Siete a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali sono derivate azioni o procedimenti deontologici del proponente e/o di una o più persone delle quali il Proponente debba rispondere?

*Are you aware of any acts, omissions or facts from which a disciplinary procedure as been commenced towards the proposer or any other person he is responsible for?*

**NO**

si      no

*Se sì, spiegare perchè? If yes please explain why?*

---