

**PROPOSTA – QUESTIONARIO**  
Proposal Form

**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE**  
*Medical Malpractice Insurance*

per le

**STRUTTURE SANITARIE**

**PROPOSTA – QUESTIONARIO PER L’ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ  
CIVILE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE**  
*Medical Malpractice Insurance Proposal Form*

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**  
*Instruction*

Per cortesia/Please

- Scrivere chiaramente in stampatello o a macchina  
*Print clearly or Type*
- Rispondere esaurientemente a tutte le domande  
*Answer all question clearly*
- Se lo spazio per rispondere ad una domanda non fosse sufficiente, continuate su un foglio separato su carta intestata della Vostra Azienda, indicando il numero della domanda corrispondente  
*If there is insufficient space to completely answer a question, continue in a separate sheet of your firm’s letterhead indicating the number of the question*
- Il questionario deve essere firmato e datato da un Responsabile dell’Azienda  
*The form must be signed and dated by a Partner or Principal of the firm*

**IMPORTANTE**  
*Important Notice*

E’ Vostro dovere comunicare tutti i fatti che possono influenzare il giudizio e l’accettazione della proposta da parte degli Assicuratori. Se si tratta di un rinnovo, occorre inserire qualsiasi cambiamento rispetto a quanto comunicato in precedenza. Se si è in dubbio che un fatto possa essere o meno di interesse, è meglio riportarlo nel questionario. Errori nella comunicazione potrebbero compromettere il diritto al risarcimento in caso di sinistro o permettere agli Assicuratori di disdire la Polizza.

*It is your duty to disclose all material facts to Underwriters. A material fact is one that is likely to influence an Underwriter’s judgement and acceptance of your proposal. If your proposal in a renewal, it should also include any change in facts previously advised to underwriters. If you are in any doubt about facts considered material, disclose them. Failure to disclose could prejudice your rights to recover in the event of a claim or allow Underwriters to void the policy.*

## SEZIONE A – INFORMAZIONI GENERALI

### Section A – General Information

1. Nome e sede principale dell’Azienda da assicurare  
*Name and principal address of the establishment(s) to be insured*

**AZIENDA USL n° 6 – SANLURI**  
**Via Ungaretti, 9 – SANLURI**

2. Indicate nello spazio sottostante l’esistenza di altre eventuali ubicazioni da includere nell’assicurazione, indicando il loro uso e la loro destinazione  
*If other locations are to be covered by the proposed insurance, please list them hereunder together with details of the use to which they are put.*

**Le informazioni relative alle strutture della ASL 6 di Sanluri, alla loro ubicazione e destinazione possono essere tratte dal sito [www.asl6sanluri.it](http://www.asl6sanluri.it)**

3. Si tratta di una struttura pubblica o privata?  
*Establishment(s) is(are) owned by:*

**Struttura pubblica**

4. Da quanto tempo la struttura opera sotto l’attuale proprietà? Se ci sono stati cambiamenti, quando si sono verificati?  
*How long had the Establishment(s) been operated by the present owners? If change, when?*

**Da sempre struttura Servizio Sanitario Nazionale**

5. La struttura è registrata come istituzione benefica?    SI                          NO   
*Is the establishment registered as a charity?*                      YES                          NO

Se sì, qual è la percentuale dei relativi pazienti  
*If it is, what is the approximate percentage of charity patients?*

- 
6. Qual è la indicativamente la percentuale di pazienti relativi a:  
*What is the approximate percentage of patients from:*

SSN                                      100% *Government/Public*

Privati  
*Private/funding*

Istituzioni benefiche  
*Charitable*

7. Che tipologia di struttura(e) è(sono) registrata(e) nelle ubicazioni indicate precedentemente?

*What kind of Establishment is registered at the specified locations listed above?*

**Le informazioni relative alle strutture della ASL 6 di Sanluri, alla loro ubicazione e destinazione possono essere tratte dal sito [www.asl6sanluri.it](http://www.asl6sanluri.it)**

8. La(e) struttura(e) è autorizzata ad operare agli indirizzi dichiarati ai punti 1 e 2?

*Is (are) the Establishment(s) licences to operate at hte addresses declared under 1 and 2 above?*

SI  NO   
 YES  NO

## SEZIONE B – INFORMAZIONI RELATIVE AL PERSONALE

### *Section B – Personnel Information*

1. Specificate il numero di dipendenti in ognuna delle seguenti specializzazioni (indicate le informazioni riguardanti eventuali altri dipartimenti e qualifiche su un foglio separato)

*State the number of employees in each of the following classifications*

*(Please state details regarding other departments and qualifications on a separate sheet)*

Specializzazione Speciality	N° di Medici N° of physicians	Qualifiche Qualifications	Laurea ed esperienze Graduate from, when, experience?
Chirurgia Generale <i>General Surgery</i>	<b>10</b>	<b>1 direttore UOC 2 Endoscopia Chirurgica</b>	
Chirurgia Cardiaca <i>Cardiac Surgery</i>	<b>0</b>		
Chirurgia Dentaria <i>Dental Surgery</i>	<b>0</b>		
Chirurgia Plastica <i>Plastic Surgery</i>	<b>0</b>		
Chirurgia Toracica <i>Thoracic Surgery</i>	<b>0</b>		
Chirurgia Vascolare <i>Vascular Surgery</i>	<b>0</b>		

Anestesiologia <i>Anaesthesiology</i>	12	1 direttore UOC	
Cardiologia <i>Cardiology</i>	7	1 direttore UOC	
Odontoiatria/Ortodonzia <i>Dentist/Orthodontist</i>	0		
Dermatologia <i>Dermatology</i>	0		
ENT <i>ENT</i>	0		
Medicina Generale <i>General Practitioner</i>	11	1 direttore UOC	

Ginecologia <i>Gynaecology</i>	<b>Vedi Ostetricia</b>		
Medicina Interna <i>Internal Medicine</i>	0		
Neonatologia <i>Neonatology</i>	1		
Neurologia <i>Neurology</i>	2		
Medicina Nucleare <i>Nuclear Medicine</i>	0		
Ostetricia e Ginecologia <i>Obstetrics</i>	9	1 Direttore UOC	
Oftalmologia <i>Ophthalmology</i>	0		
Ortopedia e Traumatologia <i>Orthopaedics</i>	8	1 Direttore UOC	
Pediatria <i>Paediatrics</i>	5	1 Direttore UOC	
Psichiatria <i>Psychiatry</i>	0		
Radiologia <i>Radiology</i>	5	1 Direttore UOC	
Radioterapia <i>Radiotherapy</i>	0		
Ematologia <i>Transfusion Medicine</i>	4	1 Direttore UOC	
Traumatologia <i>Traumatology</i>	<b>Vedi Ortopedia</b>		
Urologia <i>Urology</i>	3		
Direzione Sanitaria	2	1 Direttore UOC	
Fisiatria	1		

Pneumologia	<b>1</b>		
Diabetologia	<b>4</b>	<b>1 Direttore UOC</b>	
Laboratorio	<b>6</b>	<b>1 Direttore UOC</b>	
Nefrologia Dialisi	<b>6</b>	<b>1 Direttore UOC</b>	
Med Accettazione Urgenza (P.S.)	<b>5</b>	<b>1 Direttore UOC</b>	
Altri			
<i>Other</i>			

2. Indicate il numero, la qualifica e il livello di istruzione superiore dello staff infermieristico  
*State the number, qualifications and further education of the nursing staff*

<b>Infermieri professionali</b>	<b>n. 125</b>
<b>Infermieri Generici</b>	<b>n. 17</b>
<b>Caposala</b>	<b>n. 9</b>
<b>Vigilatrici d'infanzia</b>	<b>n. 6</b>
<b>Puericultrici</b>	<b>n. 5</b>
<b>Ostetriche</b>	<b>n. 8</b>

3. La struttura impiega:  
*Does the Establishment employ:*

a) studenti/*students*?

**NO**

b) tirocinanti/*trainees*?

**SI (in numero molto limitato)**

c) tecnici radiologi/*X-ray technicians*?

**SI**

d) tecnici di laboratorio/*Laboratory technicians*?

**SI**

e) altro staff medico (indicare il numero e le qualifiche)  
*other medical staff (please give details about number and qualification)*

**nessuno oltre quanto già indicato al punto 1.**

4. La struttura ha:  
 un pronto soccorso aperto 24 ore con personale medico ed infermieristico?  
*24h-readiness with physician and nursing service?*

SI  NO   
 YES  NO

Un pronto soccorso aperto 24 ore con personale specialistico?  
*24h-readiness with specialist service?*

SI  NO   
 YES  NO

Indicate la disponibilità di personale nei week-end e di notte  
*State the personnel availability at weekend and night*

Servizio	Medici	Infermieri	Tecnici	OSS
<b>Pronto soccorso</b>	<b>1</b>	<b>1 + R</b>	<b>X</b>	<b>1</b>
<b>Rianimazione</b>	<b>2 + R</b>	<b>2 + R</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Chirurgia</b>	<b>1 + R</b>	<b>3</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Medicina</b>	<b>1 + R</b>	<b>2</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Cardiologia</b>		<b>2 + R</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Ortopedia</b>	<b>1 + R</b>	<b>2</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Sala Gessi</b>	<b>X</b>	<b>R</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Ostetricia</b>	<b>1 + R</b>	<b>2+ 1 ost</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Radiologia</b>	<b>R</b>	<b>X</b>	<b>R</b>	<b>X</b>
<b>Laboratorio</b>	<b>R</b>	<b>X</b>	<b>R</b>	<b>X</b>
<b>Farmacia</b>	<b>R</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Sale Operatorie</b>	<b>-</b>	<b>2R</b>	<b>X</b>	<b>R</b>
<b>Direzione Sanitaria</b>	<b>R</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

R = Reperibile; X = nessuno

## SEZIONE C – INFORMAZIONI RELATIVE AI REPARTI ED AI POSTI LETTO

*Section C – Information about departments and patient capacity*

1. Compilate in tutte le sue parti la tabella seguente

*Please give further information in the following table:*

Specializzazione <i>Speciality</i>	N° di posti letto <i>N° of Beds</i>	N° di ricoveri all'anno <i>N° of in - patients p.a.</i>	N° di dimissioni all'anno <i>N° of out - patients p.a.</i>	Durata media dei ricoveri <i>Average duration of treatment</i>	Tasso medio di occupazione dei posti letto <i>Average degree of occupancy</i>
Medicina interna 1(DO) 2(DH) <i>Internal Medicine</i>	(1): 33 (2): 3	2313 1000 1020 CT	2110 526 63 CT	5.9 1.9 16.2 CT	111.2% 124.7%
Reparti speciali <i>Special Departments</i>					
Ad esempio e.g.					
• Cardiologia <i>Cardiology</i>	18	877	740	4.8	63.6%
• Gastroenterologia <i>Gastroenterology</i>					
• Oncologia (DH) <i>Oncology</i>	6	3234	365	8.9	99.8%
• Altri <i>Other</i>					
Chirurgia 1(DO) 2(DH) <i>Surgery</i>	(1): 41 (2): 2	1304 368	1208 342	8.2 1.1	69.9% 34.1%
Reparti speciali <i>Special Departments</i>					
Ad esempio e.g.					
• Chirurgia cardiaca <i>Cardiac Surgery</i>					
• Neurochirurgia <i>Neurosurgery</i>					
• Chirurgia pediatrica <i>Pediatric Surgery</i>					
• Traumatologia <i>Traumatology</i>					

• Chirurgia vascolare <i>Vascular Surgery</i>					
• Altro <i>Other</i>					
Odontoiatria <i>Dental medicine</i>					
Dermatologia <i>Dermatology</i>					
ENT <i>ENT</i>					
Ginecologia <i>Gynaecology</i>					
Terapia Intensiva <i>Intensive care unit</i>	<b>4</b>	<b>112</b>	<b>71</b>	<b>12.8</b>	<b>93.9%</b>
Neurologia <i>Neurology</i>					
Medicina nucleare <i>Nuclear medicine</i>					
Ostetricia e Ginecologia 1(DO) 2(DH) <i>Obstetrics</i>	<b>(1): 25</b> <b>(2): 3</b>	<b>1175</b> <b>475</b>	<b>1151</b> <b>299</b>	<b>5.0</b> <b>1.6</b>	<b>63.8%</b> <b>29.3%</b>
Oftalmologia <i>Ophthalmology</i>					
Ortopedia e Traumatologia 1(DO) 2(DH) <i>Orthopaedics</i>	<b>(1): 30</b> <b>(2): 2</b>	<b>894</b> <b>105</b>	<b>850</b> <b>103</b>	<b>9.7</b> <b>1</b>	<b>77.7%</b> <b>9.7%</b>
Pediatria <i>Paediatrics</i>					
Neonatologia (NIDO) <i>Neonatology</i>	<b>10</b>	<b>566</b>	<b>558</b>	<b>3.3</b>	<b>51.8%</b>
Psichiatria <i>Psychiatry</i>					
Radiologia <i>Radiotherapy</i>					
Urologia <i>Urology</i>	<b>7</b>	<b>381</b>	<b>356</b>	<b>9.8</b>	<b>144.7%</b>
Pronto Soccorso <i>Emergency Dep.</i>					
Altro <i>Other</i>					

2. Percentuali di ricoveri  $\leq 3$  giorni: **40.7%** (2.866 ricoveri in DO)  
*Percentage of cases  $\leq 3$  days duration of treatment*

3. Percentuale di ricoveri  $> 30$  giorni: **1.75%** (123 ricoveri in DO)  
*Percentage of cases  $> 30$  days duration of treatment*

4. Numero di posti letto disponibili **158 in DO e 18 in DH**  
*State the number of beds available*

5. Attrezzature medico-tecniche  
*Medical-technical equipment*

a)	Raggi X <i>X Ray</i>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N° 21
b)	CT	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	N° 02
c)	MRI	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	N° _____
d)	Radioterapia <i>Radiotherapy</i>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	N° _____
e)	Laboratorio di cateterizzazione cardiaca <i>Cardiac Catheterisation laboratory</i>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	N° _____
f)	Altro (descrivere) <i>Other (please describe)</i>	_____				

---

6. Altre Attrezzature  
*(Other Equipment)*

1. Farmacia  
*Pharmacy*

2. Banca del sangue  
*Blood Bank*

3. Banca dello sperma  
*Sperm Bank*

4. Scuola Infermieri  
*Nursing School*

5. Laboratori di ricerca medica  
*Medical Research Laboratory*

## SEZIONE D – STATISTICHE

### Section D – Treatment Statistics

#### 1. Riportate alcune informazioni statistiche sul reparto di ostetricia

*Give some statistics about the department obstetrics*

Numero medio di parti all'anno: **604 nel triennio 2008-2010 (2008: 607; 2009: 646; 2010: 558)**

*Average deliveries p.a.*

di cui

*thereof:*

- parti cesarei (%) 37.1% \_\_\_\_\_  
*caesarean sections*
- parti prematuri (%) 5% \_\_\_\_\_  
*premature deliveries*
- parti gemellari (%) 0,4% \_\_\_\_\_  
*multiple births*
- bambini nati morti (%) 0,2% \_\_\_\_\_  
*stillborn infants*

Monitoraggi della gravidanza e del feto (ad es. CTG): **2.050**

*Monitoring for gravidaes and foetuses (e.g. CTG)*

Esiste un'ostetrica reperibile 24 ore al giorno?

*Is an obstetrician on call 24 hours per day?*

SI  NO

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?*

SI  NO

Nella struttura esiste un pediatra per 24 ore al giorno?

*Is a pediatrician available in-house 24 hours per day?*

SI  NO

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?*

SI  NO

Le levatrici possono assistere al parto senza la presenza di un medico?

*Can midwives attend birth without an attending doctor?* SI  NO

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?* SI  NO

2. Completare la tabella seguente

*Please fill in the following table*

Procedure maggiori di sala operatoria

Specializzazione <i>Speciality</i>	Numero di procedure operative per ogni reparto <i>Number of operative procedures per department</i>
Chirurga <i>Surgery</i>	<b>545</b>
Reparti Speciali <i>Special Departments</i>	
Ad Esempio <i>e.g.</i>	
• Chirurgia cardiaca <i>Cardiac Surgery</i>	<b>0</b>
• Neurochirurgia <i>Neurosurgery</i>	<b>0</b>
• Chirurgia pediatrica <i>Paediatric Surgery</i>	<b>0</b>
• Chirurgia plastica <i>Plastic surgery</i>	<b>0</b>
• Traumatologia <i>Traumatology</i>	<b>Vedi Ortopedia</b>
• Chirurgia vascolare <i>Vascular surgery</i>	<b>0</b>
• Altro <i>Other</i>	<b>0</b>
Odontoiatria <i>Dental medicine</i>	<b>0</b>
ENT <i>ENT</i>	<b>0</b>
Ginecologia <i>Gynaecology</i>	<b>729</b>
Oftalmologia <i>Ophthalmology</i>	<b>0 (non sono conteggiati gli interventi di cataratta)</b>
Ortopedia <i>Orthopaedics</i>	<b>646 (escluso interventi Tunnel carpale)</b>

Urologia <i>Urology</i>	166
Endoscopia Chirurgica	140

3. Specificate le principali procedure chirurgiche  
*State the main surgical procedures (e.g. Endoprothetics)*

**Aborto con dilatazione e raschiamento**  
**Parto cesareo**  
**Interventi per ernia inguinale**  
**Interventi sul ginocchio e altre articolazione maggiori**  
**Interventi su ano e stoma**  
**Colecistectomia**  
**Interventi endoscopici alle vie biliari**  
**Interventi per via transuretrale**  
**Interventi su colon e altro intestino**

4. Specificate le principali procedure non chirurgiche (ad es. medicina geriatrica, cardiologia invasiva)  
*State the main non.surgical procedures (e.g. geriatric medicine, invasive cardiology)*

**Assistenza al neonato normale**  
**Diagnosi e terapia delle Esofagite, Gastroenterite**  
**Diagnostica radiologica tradizionale, ecografia e TC**  
**Parto vaginale spontaneo**  
**Terapia anche trasfusionale delle anemie**  
**Terapie mediche delle Aritmie e alterazioni della conduzione cardiaca**  
**Diagnosi e terapia non invasiva dell'Ischemia miocardica**  
**Chemioterapia per neoplasie maligne**  
**Terapia della Minaccia di aborto**  
**Terapia medica dell'Insufficienza cardiaca e shock**

5. Indicate la percentuale di pazienti che hanno avuto complicazioni in seguito a ricoveri, rispetto alla totalità dei pazienti trattati  
*State complications following treatment as a percentage of all patients treated)*

**Non esiste un flusso sistematico per la rilevazione statistica delle complicanze, ma dalle rilevazioni sporadiche si può affermare che non sono stati rilevati eccessi di complicazioni in valore relativo ai ricoveri effettuati.**

- a) Problemi di cicatrizzazione post-operatoria (%) \_\_\_\_\_  
*wound-healing impairment (operative specialities)*

b) Infezioni articolari ed ossee (%) \_\_\_\_\_  
*joint and boneinfections (operative specialities)*

c) infezioni generalizzate (%) \_\_\_\_\_  
*generalised infections*

d) embolia polmonare (%) \_\_\_\_\_  
*pulmonary embolism*

e) piaghe da decubito (%) \_\_\_\_\_  
*decubitus*

f) pazienti con disfunzioni neurologiche (ad es. paralisi) (%) \_\_\_\_\_  
*patients with nerval dysfunctions (e.g. paralysis)*

g) pazienti con disturbi allo stato di coscienza (%) \_\_\_\_\_  
*patients with impaired consciousness (e.g. apallic syndrome)*

6. a) Avete un'emoteca  
do you have a blood bank? SI  NO

Se si specificare il numero di unità di sangue utilizzate annualmente: **n. 3.804**  
If so please advise number of blood units consumed annually

b) Il sangue è analizzato secondo specifiche procedure?  
Is the blood analysed in accordance with relevant guidelines SI  NO

## SEZIONE E – CONSENSO INFORMATO

### *Section E – 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.*

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

**SI**

2. In tutti i casi?  
*In all cases?* SI  NO

3. Per iscritto?  
*In writing?* SI  NO

**Solo per terapia mediche e chirurgiche associate a maggiore rischio**

4. 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?* SI  NO
5. Chi controfirma i documenti del consenso informato?  
*Who countersigns the informed consent documents?* SI  NO

**Il medico**

6. Come sono archiviati e per quanto tempo sono conservati?  
*How are they filed and how long are they kept?*

**In cartella clinica, o negli archivi di servizio (Endoscopia chirurgica, TC)**

7. 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?* SI  NO

**E' valutata la conformità su campione di ricoveri e stilato report annuale di score medio di reparto, discusso con i direttori di struttura**

8. I moduli e/o i controlli sono oggetto di revisione periodica?  
*Are the forms and/or controls periodically audited?* SI  NO

Se Sì, ogni quanto tempo? / *If so how often?* **Annualmente**

**SEZIONE F – CARTELLE CLINICHE**

*Section F – Case Notes*

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?* SI  NO

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?*

**Annualmente un gruppo di lavoro verifica il livello di completezza della compilazione delle cartelle cliniche su un campione casuale di ricoveri pari ad almeno il 2,5% del totale. Tra gli items della scheda di verifica è compresa la effettiva controfirma da parte del responsabile della struttura.**

3. Ogni quanto tempo le cartelle cliniche vengono controllate? **Annualmente**  
*How often are case notes audited?*

**SEZIONE G – INFORMAZIONI SULLA QUALITÀ E SULLA GESTIONE DEI RISCHI**  
*Section E – Information about Quality and Risk Management*

**Indicate alcune informazioni sulla gestione della Qualità nella vostra struttura**  
*Give some information concerning your Quality Management*

1. Indicate tutti gli standards esistenti all'interno della struttura, ad es. linee guida, standards di assistenza infermieristica, piani di igiene e disinfezione:  
*State alla standards existing in the Establishment e.g. guidelines, standards as nursing standards, hygiene and disinfection plans*

**Percorso nascita**

**Protocollo per la gestione del trauma cranico**

**Procedure di disinfezione e sterilizzazione**

**Regolamentazione Day-surgery**

**Regolamentazione pre-ospedalizzazione**

**Regolamento dei sala operatoria (in via di revisione)**

**Procedure di accettazione e processazione campioni di laboratorio**

**Certificazione qualità patologia clinica**

**Procedure per la sicurezza trasfusionale**

**Procedure per la valutazione della completezza delle informazioni della cartella clinica e consenso informato**

**Procedure di utilizzo e sicurezza chemioterapici**

2. Studi di casi e di mortalità? SI  NO   
*Case and mortality conferences*

3. Statistiche di mortalità e complicazioni? Indicate il tasso di mortalità relativo ad ogni reparto in un foglio separato

*Mortality and complication statistics? Please give the mortality rate per department on a separate sheet*

Ricoveri	Reparto	Decessi	%
1548	Chirurgia	34	2,20
3485	Medicina	217	6,23
558	Nido		0,00
939	Ortopedia	7	0,75
1450	Ostetricia Ginecologia	1	0,07
448	Urologia	3	0,67
71	Rianimazione	34	47,89
365	Oncologia	1	0,27

4. Come sono organizzati il coordinamento e la cooperazione dei e tra i dipendenti ?  
Come viene effettuato lo scambio di informazioni? Indicatene i dettagli.

*How is the co-ordination/co-operation of and between the employees arranged) how is the exchange of information effected? Give some details.*

**Riunioni di equipe**

**Audit clinici su percorsi organizzativi**

**Comitati di dipartimento**

**Riunioni di coordinamento organizzativo direzione sanitaria**

5. Indicate il numero di personale coinvolto nella gestione della Qualità. C'è una persona interamente dedicata (full-time) a questo lavoro, oppure i responsabili gestiscono questo aspetto tra gli altri compiti loro assegnati?

*State the number of personnel involved in Quality Management. Is anybody employed full-time for this job or are several of the staff responsible among other things?*

**Non esiste una struttura dedicata. Le funzioni sono affidate ai responsabili di struttura complessa e dipartimentale**

### **Alcune domande relative alla Gestione del Rischio**

*Some question regarding your Risk Management*

1. Nella vostra struttura utilizzate:

*Do you act with*

- a) statistiche sinistri  
*incident reporting*

SI  NO

- b) confronto con strutture analoghe *peer reviews* SI  NO
- c) altri metodi (indicare quali) *other methods (please describe)* SI  NO

**Riunioni reattive tra direzione sanitaria e responsabile struttura per la discussione del sinistro;  
Richieste di parere al Broker.**

2. Fornite dettagli circa la cooperazione con strutture esterne (ad esempio assicuratori, organizzazioni mediche)  
*Give details about co-operation with external establishments (e.g. insurance, medical organisations)*

**Siamo assistiti per ogni problematica assicurativa dai servizi di consulenza erogati dal nostro Broker.**

3. Esiste un ufficio dedicato al Risk Management? Esiste del personale (interno od esterno) impiegato a tempo pieno nella gestione del rischio oppure i responsabili gestiscono questa attività unitamente agli altri compiti loro assegnati?  
*Do you employ Risk Management staff? Is anybody employed full-time for this job (internal or external) or are several of the staff responsible among other things?*

**No**

4. Come è organizzata la comunicazione tra medico e paziente? Come viene effettuato lo scambio di informazioni?  
*How is the communication between physician and patient arranged? How is the exchange of information effected?*

**Attraverso colloqui in uffici di reparto e con orario dedicato**

## **SEZIONE H – INFORMAZIONI SUI PRECEDENTI ASSICURATIVI E DI SINISTROSITÀ**

*Section H – Information about the previous insurance and claims history*

1. Indicate gli attuali assicuratori della Struttura  
*Identify the present Insurer(s) of the establishment*

**AXA ASSICURAZIONI S.p.A**

2. La copertura precedente è stata fatta su una base claims-made?  
*Has prior coverage been in a claims made basis?*

SI  NO

In caso affermativo, qual è il periodo di retroattività e quello di ultrattività della garanzia?  
*If YES, what is the retroactive period and the extended reported period?*

**Precedente assicurazione B.P.B. Ass.ni S.p.A.:** retroattività 24 mesi, ultrattività 3 (tre) mesi

**Attuale assicurazione: AXA Ass.ni S.p.A.:** retroattività 24 mesi, nessuna ultrattività

3. Quali sono gli attuali massimali dell'assicurazione di Responsabilità Civile?  
*Which are the present policy limits of liability insurance?*

- **R.C.T. € 1.500.000,00 per sinistro con i seguenti limiti:**
  - € 1.500.000,00 per persona
  - € 1.500.000,00 per danni a cose
- **R.C.O. € 755.000,00 massimale unico**

**Massimo risarcimento annuo pari a quattro volte i predetti massimali**

4. Esistono delle franchigie? Quali?  
*What is the deductible, if any?*

- Danni alle cose in consegna e custodia. Scoperto 10% - Minimo € 155,00 –Massimo risarcimento € 516.456,90.
- Danni ai mezzi di trasporto sotto carico e scarico: franchigia assoluta di € 155,00 per ogni mezzo danneggiato
- Danni a veicoli di terzi o dipendenti in ambienti nella disponibilità dell'Azienda: franchigia assoluta di € 155,00 per ogni mezzo danneggiato
- Danni da furto, sottrazione, smarrimento, deterioramento di cose consegnate e non: franchigia € 155,00 per sinistro – massimo risarcimento € 2.582,238 per danneggiato e € 7.746,85 per anno .
- Danni a condutture e impianti sotterranei: franchigia assoluta di € 258,23 per sinistro- massimo risarcimento € 258.228,45 per sinistro e per anno.
- Danni alle cose e/o opere dovuti a cedimento o franamento del terreno: franchigia assoluta di € 258,23, massimo risarcimento euro 516456,89 per sinistro e per anno.
- Danni da inquinamento provocati da un fatto improvviso e repentino: scoperto 10% del danno, con il minimo di € 2.582,28 e massimo € 25.82,85. Massimo risarcimento 516.456,90 per sinistro e per anno e per più danni anche se verificatisi in tempi diversi che traggano origine da una stessa causa di inquinamento.

- Danni derivanti da incendio, esplosione o scoppio di cose dall'Azienda o da questa detenute: massimo risarcimento € 1.032.913,80 per sinistro e per anno. In eccedenza rispetto ad eventuali polizze incendio operanti.
- Danni a terzi derivanti da interruzione o sospensione parziale o totale di attività : scoperto 10% - minimo € 2.582,28 – massimo risarcimento € 1.032.913,80.
- Danni derivati dal conferimento di rifiuti speciali, infetti,tossici o nocivi – Massimo risarcimento € 516.456,90 per sinistro e per anno.
- Danni derivati dalla raccolta, distribuzione, utilizzazione del sangue, suoi preparati o derivati- Massimo risarcimento € 500.000,00per sinistro e per anno.
- Per le malattie professionali - Massimo risarcimento € 775.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.
- Per il periodo biennale di retroattività- Massimo risarcimento per anno € 1.032.913,80, con il limite per ogni sinistro di € 516.456,90.
- Per danni a veicoli di terzi o dipendenti trovantisi negli ambienti di proprietà o in uso dell'assicurato : franchigia assoluta di € 155,00 per ogni mezzo danneggiato.

5. Qual è la data di scadenza della polizza in corso?

*What is the expiry date of the present policy?*

**31 dicembre 2011 ore 24.00**

6. Qualche richiesta di copertura dello stesso tipo è mai stata:

*Has any application for this type of insurance ever been*

- |   |    |                          |    |                                     |
|---|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| a) rifiutata<br><i>declined</i>   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b) annullata<br><i>cancelled</i>  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c) ha richiesto condizioni particolari<br><i>required special terms</i> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |

Se avete risposto affermativamente a qualcuna delle domande, indicatene i dettagli

*If the answer to any of the above is YES, please give details*

7. A quanto ammontano le entrate totali della Struttura, comprese quelle delle cliniche affiliate e delle unità operative?

*What is the total income of the Establishments and its affiliated clinics and units?*

Il totale delle entrate ammonta a € 131.270.388,28 di cui € 3.544.873,34 per entrate proprie e € 127.725.514,94 quali finanziamenti a vario titolo provenienti dal Fondo Sanitario Regionale

8. Esistono cliniche di proprietà/sostenute economicamente dalla Struttura dichiarante? In caso affermativo, indicatene la tipologia.

*Are clinics maintained? If so, please indicate the type*

No

9. Limiti di risarcimento richiesti

*Limit of indemnity required*

- € 2.500.000,00 unico
- € 15.000.000,00 in aggregato

10. Indicate tutti i sinistri che hanno coinvolto la Struttura o i suoi dipendenti negli ultimi 10 anni, in formato elettronico su un foglio di calcolo (Excel)

*List any claims made against the establishment or its staff during the last 10 years*

Per gli anni dal 2000 al 2003: vedi "Allegato A": certificazione sinistri UNIPOL (4 pagg.)

Per l'anno 2004: vedi "Allegato B": certificazione sinistri BPB (1 pagina)

Per gli anni dal 2005 al 2011: vedi prospetto stato sinistri AXA sotto riportato.

Prospetto sinistri RCT anni 2005 - 2011 AXA Assicurazioni					
n.	Data evento	Data richiesta risarcimento	Importo riservato	Importo liquidato	Descrizione evento
1	23/01/2003	24/04/2008	€ 0,00	€ 0,00	Danni conseguenti a errata diagnosi ginecologia
2	14/09/2003	15/09/2008	€ 0,00	€ 0,00	Lesioni riportate durante il parto dal bambino
3	18/12/2003	11/12/2008	€ 25.000,00	€ 0,00	Erronea diagnosi di esami di laboratorio
4	29/07/2004	23/05/2006	€ 0,00	€ 20.000,00	Danni in seguito a trattamento di frattura tibia
5	01/08/2004	03/01/2007	€ 0,00	€ 7.500,00	errata diagnosi lesione mano
6	13/10/2004	21/03/2007	€ 0,00	€ 95.000,00	Danni da esiti da intervento chirurgico di emorroidi
7	15/01/2005	16/02/2005	€ 0,00	€ 90,00	Rottura accidentale oculare dipendente causata da paziente
8	23/02/2005	28/02/2005	€ 0,00	€ 11.000,00	Frattura polso sx conseguenza malfunzionamento porta scorrevole ingresso Poliambulatorio
9	18/05/2005	23/03/2010	€ 50.000,00	€ 0,00	Chiamata in causa civile intentata contro altra ASL per danni derivanti da intervento chirurgico emorroidi
10	14/07/2005	16/09/2005	€ 0,00	€ 0,00	Lievi ustioni locali provocate da disinfettante ECG
11	12/08/2005	10/08/2010	€ 50.000,00	€ 0,00	Danni conseguiti al parto
12	17/08/2005	24/08/2005	€ 0,00	€ 522,91	Danni auto di terzo parcheggiata presso P.O. di San Gavino
13	30/09/2005	30/11/2006	€ 250.000,00	€ 0,00	Decesso paziente visitato a domicilio da Guardia Medica
14	05/12/2005	26/01/2006	€ 0,00	€ 5.560,00	Avulsione incisivi durante intervento chirurgico
15	25/01/2006	27/01/2006	€ 0,00	€ 145,00	Danni auto parcheggio interno P.O. San Gavino
16	04/05/2006	03/05/2011	€ 35.000,00	€ 0,00	Danno da intervento chirurgico per frattura omerale

n.	Data evento	Data richiesta risarcimento	Importo riservato	Importo liquidato	Descrizione evento
17	22/06/2006	23/06/2006	€ 0,00	€ 262,00	Danni motociclo parcheggiato Poliambulatorio
18	23/06/2006	31/07/2006	€ 0,00	€ 2.000,00	Trauma da schiacciamento subito da visitatore causato da un'asse staccatasi dal letto di degenza
19	19/07/2006	22/07/2011	€ 1.330,00	€ 0,00	Mancata diagnosi di patologia retina oculare in neonata
20	18/08/2006	15/09/2006	€ 0,00	€ 7.500,00	Ustione locale da malfunzionamento apparecchio elettrocoagulazione durante intervento chirurgico
21	23/08/2006	11/03/2011	€ 50.000,00	€ 0,00	Danni da intervento chirurgico in seguito ad errata diagnosi
22	25/09/2006	14/03/2007	€ 0,00	€ 9.000,00	Danni da mancata diagnosi frattura scafoide polso
23	26/10/2006	21/12/2006	€ 0,00	€ 7.500,00	Ferita lacero contusa zigomo in seguito a caduta accidentale dal letto paziente
24	13/11/2006	03/05/2007	€ 0,00	€ 500,00	Lesioni in seguito a caduta accidentale nel P.O. di San Gavino
25	15/12/2006	17/05/2010	€ 150.000,00	€ 0,00	Decesso in seguito a intervento chirurgico di colecistectomia
26	04/05/2007	07/08/2007	€ 0,00	€ 125,00	Rottura occhiale dipendente causato da paziente
27	16/05/2007	07/08/2007	€ 10.300,00	€ 0,00	Frattura del femore paziente per caduta accidentale locali degenza
28	21/05/2007	22/01/2008	€ 0,00	€ 5.500,00	Ustioni per malfunzionamento elettrobisturi durante intervento chirurgico
29	03/08/2007	24/09/2007	€ 0,00	€ 4.310,00	Danni conseguenti a investimento cane vagante
30	03/08/2007	22/11/2007	€ 0,00	€ 5.457,00	Danni a capi ovini per aggressione cani vaganti
31	31/08/2007	19/03/2008	€ 0,00	€ 1.200,00	Danni auto conseguenti a investimento cane vagante
32	14/10/2007	23/10/2007	€ 0,00	€ 0,00	Danni auto utente poliambulatorio
33	16/10/2007	30/06/2010	€ 150.000,00	€ 0,00	Lesione da parto
34	17/10/2007	04/02/2008	€ 0,00	€ 220,00	Danno per errata prescrizione lenti occhiale
35	31/10/2007	01/02/2008	€ 25.000,00	€ 0,00	Frattura femore neonato durante il parto
36	01/11/2007	04/03/2009	€ 0,00	€ 4.695,00	Danni per errato posizionamento gessatura.
37	23/11/2007	18/12/2007	€ 0,00	€ 0,00	Lesioni in seguito a caduta accidentale utente Poliambulatorio
38	18/12/2007	02/04/2009	€ 0,00	€ 1.500,00	Danni conseguenti a incompleta rimozione mezzi di sintesi dopo intervento chirurgico per frattura gamba
39	19/12/2007	15/04/2011	€ 50.000,00	€ 0,00	Allontanamento volontario paziente dal reparto e successivo decesso per cause naturali nelle aree esterne del Presidio Ospedaliero di San Gavino
40	04/02/2008	14/05/2008	€ 0,00	€ 0,00	Danni auto conseguenti a investimento cane vagante
41	10/02/2008	02/03/2009	€ 55.000,00	€ 0,00	Danni durante il parto
42	19/02/2008	17/09/2010	€ 30.000,00	€ 0,00	Complicanze in seguito a intervento in D.H. per posizionamento IUD
43	04/04/2008	09/04/2008	€ 0,00	€ 0,00	Frattura omero in seguito a caduta nei pressi del parcheggio del Presidio Ospedaliero di San Gavino
44	06/04/2008	21/01/2010	€ 0,00	€ 0,00	Frattura omero in seguito a caduta nei pressi del parcheggio del Presidio Ospedaliero di San Gavino
45	16/04/2008	29/03/2010	€ 40.000,00	€ 0,00	Danni conseguenti a ritardata diagnosi di dissezione dell'aorta addominale
46	30/04/2008	12/01/2009	€ 0,00	€ 2.340,00	Danni auto conseguenti a investimento cane vagante
47	23/08/2008	27/07/2009	€ 0,00	€ 0,00	Danni da intervento chirurgico di colecistectomia
48	09/09/2008	01/06/2009	€ 35.000,00	€ 0,00	Danni conseguenti a errata diagnosi frattura mano

n.	Data evento	Data richiesta risarcimento	Importo riservato	Importo liquidato	Descrizione evento
49	01/10/2008	30/12/2008	€ 0,00	€ 4.000,00	Danno smalto incisividurante intubazione per intervento chirurgico
50	08/10/2008	06/07/2009	€ 0,00	€ 1.300,00	Danni auto conseguentia investimento cane vagante
51	13/03/2009	20/03/2009	€ 0,00	€ 700,00	Danni auto conseguenti a investimento
52	23/03/2009	09/11/2009	€ 45.000,00	€ 0,00	Complicanze in seguib a intervento per frattura scomposta omero
53	09/04/2009	28/04/2009	€ 10.000,00	€ 0,00	Caduta accidentale paziente nell'andito del reparto degenza
54	20/04/2009	24/07/2009	€ 0,00	€ 2.300,00	Danni a capi ovini per aggressione cani vaganti
55	21/04/2009	01/06/2009	€ 0,00	€ 2.000,00	Lesioni da caduta all'ingresso dei locali casa della Salute di Villacidro
56	23/06/2009	31/07/2009	€ 0,00	€ 0,00	Danni auto da investimento cane vagante
57	13/07/2009	15/09/2009	€ 0,00	€ 1.280,00	Lesioni riportate in seguito a caduta accidentale presso ingresso P.O. San Gavino
58	31/07/2009	27/09/2010	€ 0,00	€ 0,00	Danni coltivazione orticola determinata da gregge aggredito da cani vaganti
59	31/07/2009	30/07/2010	€ 0,00	€ 0,00	Danni coltivazione orticola determinata da gregge aggredito da cani vaganti
60	11/08/2009	03/03/2010	€ 0,00	€ 0,00	Danni a capi ovini per aggressione cani vaganti
61	21/09/2009	22/09/2009	€ 0,00	€ 1.050,00	Danni a capi ovini per aggressione cani vaganti
62	30/09/2009	08/10/2009	€ 0,00	€ 0,00	Mancata diagnosi di frattura terzo metacarpale mano dx
63	18/10/2009	31/03/2010	€ 15.000,00	€ 0,00	Danni derivanti da errata diagnosi in seguito a frattura tibia
64	29/11/2009	05/01/2010	€ 0,00	€ 1.200,00	Smarrimento protesi dentaria in occasione di cure presso P.O.
65	13/01/2010	18/02/2010	€ 10.500,00	€ 0,00	Lesioni in seguito a caduta dalle scale esterne del Poliambulatorio di Sanluri
66	16/01/2010	15/02/2010	€ 5.000,00	€ 0,00	Caduta scale esterne Ospedale di San Gavino
67	19/01/2010	15/02/2010	€ 0,00	€ 421,00	Danni auto in seguito adurto con picchetto in ferro
68	21/01/2010	24/03/2010	€ 0,00	€ 2.300,00	Danni auto conseguentia investimento cane vagante
69	27/01/2010	28/01/2010	€ 0,00	€ 0,00	Caduta scale interne Poliambulatorio Guspini
70	31/01/2010	17/02/2010	€ 0,00	€ 254,00	Danni autoambulanza nello spazio antistante Pronto Soccorso P.O. San Gavino
71	06/03/2010	14/04/2010	€ 0,00	€ 633,00	Richiesta compartecipazione liquidazione danni auto conseguenti a investimento cane vagante.
72	01/06/2010	23/07/2010	€ 0,00	€ 2.000,00	Smarrimento protesi dentaria in occasione di cure presso P.O.
73	17/06/2010	23/07/2010	€ 50.000,00	€ 0,00	Decesso del nascituro
74	27/08/2010	24/03/2011	€ 1.000,00	€ 0,00	Danni auto conseguentia investimento cane vagante
75	19/09/2010	01/08/2011	€ 1.330,00	€ 0,00	Mancata diagnosi di lussazione gomito paziente del minore
76	12/10/2010	28/10/2010	€ 0,00	€ 0,00	Trauma da schiacciamento gamba sx in seguito al cedimento di una panca sala attesa Poliambulatorio di Guspini
77	20/10/2010	23/11/2010	€ 1.500,00	€ 0,00	Danni auto conseguentia investimento cane vagante
78	13/12/2010	23/12/2010	€ 0,00	€ 250,00	Danni auto conseguenti a investimento cane vagante

n.	Data evento	Data richiesta risarcimento	Importo riservato	Importo liquidato	Descrizione evento
79	18/12/2010	30/05/2011	€ 4.000,00	€ 0,00	Danni a capi ovini per aggressione cani vaganti
80	21/12/2010	18/04/2011	€ 1.500,00	€ 0,00	Danni auto conseguenti a investimento cane vagante
81	17/01/2011	25/02/2011	€ 0,00	€ 0,00	Danni auto conseguenti a investimento cane vagante
82	03/02/2011	10/02/2011	€ 0,00	€ 0,00	Danni auto conseguenti a investimento cane vagante
83	04/02/2011	23/03/2011	€ 4.000,00	€ 0,00	Caduta accidentale utente nelle scale esterne del Poliambulatorio di Sanluri
84	13/06/2011	28/06/2011	€ 0,00	€ 0,00	Danni auto conseguenti a investimento cane vagante
86	23/03/2011	30/09/2011	€ 0,00	€ 0,00	Avulsione dentaria durante le manovre di intubazione pre-intervento chirurgico
85	01/09/2011	02/09/2011	€ 0,00	€ 0,00	Rottura occhiale del dipendente durante attività di servizio

Richieste copertura assicurativa rifiutate per effetto della clausola “*Claims Made*”:

Compagnia	Tipologia pratica	Data evento	Data richiesta risarcimento	Descrizione evento
BPB	Procedimento civile	06/07/2001	11/03/2004	danno conseguente a intervento chirurgico per patologia emorroidaria
AXA	Stragiudiziaria	10/01/2002	28/02/2011	danno conseguente a intervento chirurgico per sindrome da tunnel carpale
AXA	Stragiudiziaria	13/02/2002	24/01/2011	danno conseguente a intervento chirurgico di asportazione cisti

11. Indicate tutti i fatti/denunce/querele che potrebbero causare una richiesta di risarcimento o una causa intentata contro la vostra Struttura

*List any circumstances/complaints which may give rise to a claim or suit being made against the establishment.*

Data evento	Data denuncia cautelativo/ precauzionale	Descrizione evento
19/05/2011	25/05/2011	Notifica avviso garanzia a personale dipendente per decesso in seguito a parto cesareo
16/12/2006	29/01/2009	Notifica avviso garanzia per lesioni derivate da errata diagnosi

Oltre ai fatti suindicati, in via cautelativa, per il periodo gennaio 2005 - ottobre 2011, si è provveduto a segnalare alla Compagnia Axa n. 80 casi di cadute accidentali, senza apprezzabili danni fisici, di pazienti nel Presidio Ospedaliero di San Gavino Monreale.

12. Tutto quanto sopra riportato è stato notificato ed accettato dal precedente assicuratore?  
*Have all of the above been notified to and accepted by your previous insurers?*

SI  NO

In caso negativo, fornite maggiori informazioni  
*If NO, please provide full details*

---

---

---

---

---

## **SEZIONE I – Gestione dei Reclami e delle Richieste di risarcimento**

*Section I – 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.*

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:*

**Il paziente è ricevuto dal Direttore sanitario dell'ospedale o suo delegato**

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:*

**Attraverso URP Aziendale**

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:*

**Il Servizio Affari Generali a cui perviene, direttamente o per il tramite di altre Unità Operative aziendali, tale corrispondenza, provvede a:**

- denunciare i fatti alla Compagnia di Assicurazione, allegando copia della nota ricevuta; la trasmissione dei documenti e/o della denuncia può avvenire anche tramite il broker, che esercita a riguardo attività di controllo.
- spedire al richiedente una comunicazione indicante gli estremi della Compagnia che assicura l'Azienda e contemporaneamente richiedere l'invio di formale rilascio del consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs.196/2003.

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:*

**La comunicazione di tale evento viene inviata dalle Unità Operative coinvolte al Servizio Affari Generali che ne informa la Compagnia di Assicurazione in via cautelativa.**

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:*

**Attraverso segnalazione al direttore del reparto e servizio**

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?*

SI  NO

## **DICHIARAZIONE**

### *Declaration*

Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni contenute nel presente questionario sono vere e di non aver fornito informazioni inesatte o taciuto alcun fatto rilevante. Dichiara di essere consapevole che la presente proposta, unitamente ad ogni altra informazione fornita dal sottoscritto, fornirà la base di qualsiasi contratto di assicurazione stipulato a questo riguardo. Il Sottoscritto si impegna a comunicare agli Assicuratori qualsiasi modifica inerente i fatti dichiarati, sia che avvenga antecedentemente, sia che avvenga posteriormente alla stipula del Contratto di Assicurazione stesso. La firma del presente questionario non impegna né il Proponente né gli Assicuratori a perfezionare il contratto di assicurazione.

*I/we declare that the statements and particulars in this proposal are true and that I/we have not misstated or suppressed any material fact. I/we agree that this proposal, together with any other information supplied by me/us shall form the basis of any Contract of Insurance affected thereon. I/we undertake to inform Insurers of any material alteration to these facts whether occurring before or after completion of the Contract of Insurance. Signing this Proposal Form does not bind the Proposer or the Insurers to complete this Insurance*

Lì \_\_\_\_\_

*Dated This*

Firma \_\_\_\_\_ per conto dell'Azienda \_\_\_\_\_  
*for and on behalf of*