

Assicurazione della Responsabilità Civile verso Terzi di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere

Proposta/Questionario

AVVISI IMPORTANTI

- I** E' nel Vostro interesse dichiarare nella presente Proposta/Questionario qualsiasi fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio che proponete di assumere, in quanto, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'indennizzo da parte Vostra. In caso di dubbio su che cosa costituisca fatto o circostanza rilevante, Vi preghiamo di consultare il Vostro broker.
- II** Il proponente prende nota che la polizza che verrà emessa in caso di accettazione della presente Proposta/Questionario, potrebbe essere soggetta al principio del *ed. claims made* in base al quale la **copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento** di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicate agli Assicuratori nel periodo di polizza, nei limiti ed alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

* * *

I. Informazioni sul Proponente e sulla sua struttura
Information on the Proposer and its structure

1.1. Ragione Sociale / Full Name of the Authority: Azienda Sanitaria Locale della provincia di Cremona

1.2. Comuni e territorio di competenza/ Municipalities and regions managed: l'intera provincia di Cremona (1.766 kmq) articolata in n. 115 Comuni.

1.3. Vi siete accorpate o scorporate negli ultimi 5 anni da preesistenti USL/ASL?

Se Sì, si prega di fornire informazioni / Have you been merged or demerged in the last 5 years with/from a pre-existing Local Health Authority? If so please provide full details.

No

1.4. Vi preghiamo di indicare le retribuzioni lorde del Vostro personale come segue:

Please state your employed staff gross wages as follows:

	Anno 2013	Anno 2012	Anno 2011	Anno 2010
Personale sanitario/Medical	17.865.503,90	18.004.401,14	17.948.646,54	18.550.569,61
Altro/Other	6.608.736,94	6.745.609,51	6.908.820,08	7.013.165,71

1.5. Ci sono stati cambiamenti strutturali nella Vostra attività o ci sono nuovi sviluppi possibili nei prossimi 12 mesi? / Have there been any structural changes in your business or any important new developments likely to occur over the next 12 months?

No

1.6. Siete specializzati o siete un centro di riferimento per qualche disciplina? / Do you specialise in any area or are you a centre of excellence for any discipline?

No

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

Numero di ospedali/No of hospitals:

Numero di letti /No of beds:

Numero di sale operatorie/No of operating theatres:

Numero di reparti / No of wards:

Numero totale di pazienti ammessi lo scorso anno / Total number of patients admitted in the last year:

Di questi, quale percentuale proveniva da Stati Uniti d'America, Canada e Messico? /Of these what percentage were from the USA, Canada and Mexico?.....

1.8. Vi preghiamo di fornire dettagli su:

Please provide full details of:

1.8.1 Dati sulla struttura

Information on

Specializzazione <i>Specialisation</i>	Nr. di letti <i>(Nr. of beds)</i>	Nr. Medici (Dipendenti dell'azienda) <i>- (Employed Doctors)</i>	Nr. Medici Liberi professionisti <i>(Self-employed Doctors)</i>	Nr. Prestazioni chirurgiche <i>(surgical services)</i>	Nr. Prestazioni NON chirurgiche <i>(No surgical services)</i>
Pronto soccorso ed Emergenza <i>Accident & Emergency</i>					
Astanteria <i>Reception Ward</i>					
Servizi ambulatoriali <i>Outpatient services</i>					
Totale Total					

1.8.1 Dati sul Personale

Information on Personnel

Nr. Personale Sanitario <i>(Clinical Personnel)</i>		
	Nr.	Retribuzioni lorde inclusive di compensi per attività intramoenia (rilevabili dal modello CUD)
Dirigenti Medici di cui <i>Managing Doctors</i> of which:	52	4.730.865,18
Dipendenti dell'azienda <i>Employees</i>	52	4.730.865,18
Liberi professionisti <i>Self-employed</i>	46	498.117,57
Dirigenti Medici Veterinari <i>Managing Doctors</i> <i>Veterinaries</i>	67	5.711.551,59
Dirigenti Sanitari non Medici <i>Health Managers</i>	22	1.786.335,35
Personale Non Dirigente <i>Personal no Managing</i>	189	5.636.751,78
Infermieri <i>Nurses</i>	36	990.483,98
Infermiere ostetriche <i>Midwives</i>	11	338.249,70
Tecnici di laboratorio <i>Laboratory technicians</i>	2	65.336,40
Farmacisti <i>Pharmacists</i>	4	316.611,43
Altro personale sanitario e di supporto <i>Other clinical support personnel</i>	140	4.242.681,70

Nr. Personale non sanitario <i>Non Clinical Personnel</i>		
	Nr.	Retribuzioni lorde inclusive di compensi per attività intramoenia (rilevabili dal modello CUD)
Dirigenti <i>Managers</i> di cui: <i>of which:</i>	11	646.303,92
Dirigenti Amministrativi <i>Administrative Managers</i>	6	462.142,14
Dirigenti Tecnici <i>Technical Managers</i>	3	68.818,53
Dirigenti Professionali <i>Professionals</i>	2	115.343,25
Funzionari Apicali <i>Senior Employees</i>	65	1.915.878,54
Altro Personale non Dirigente <i>Other Employees</i>	163	4.046.554,48
Retribuzione Totale <i>Total Wageroll</i>	569	€24.474.240,84

1.9 Informazioni riguardanti il reparto di Ostetricia e Ginecologia. Vedi risposta al punto 1.7

1.9.1 Si sono verificati dei parti negli ultimi 5 anni? / *Number of deliveries in the last 5 years:*

1.9.2 Numero di / *Nr. of:*
parti gemellari / *multiple births:*
bambini nati morti / *stillborn infants:*

1.9.3 Esiste un'ostetrica reperibile 24 ore al giorno? / *Is an obstetrician on call 24 hours per day?*
Sì / No

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

1.9.5 Esiste un pediatra reperibile per 24 ore al giorno? / *Is a pediatrician available 24 hours per day?*
Sì / No

1.9.6 I cesarei di emergenza possono essere effettuati entro 30 minuti per 24 ore al giorno? / *Can emergency caesarians be performed within 30 minutes 24 hours per day?*
Sì / No

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

Tipo di terapia/assistenza <i>Type of Counselling</i>	Personale utilizzato <i>Staff employed</i>	Nr di pazienti <i>No of patients</i>
Fecondazione assistita <i>Assisted conception</i>		
Alcolismo/tossicodipendenza <i>Drug/Alcohol dependency</i>	35	3.976
Chirurgia plastica volontaria <i>Elective Cosmetic surgery</i>		
Interruzione di gravidanza volontaria <i>Elective abortion</i>		
Adeguamento tra identità fisica ed identità psichica <i>Gender reassignment</i>		
HIV, epatite, malattie sessualmente trasmissibili <i>HIV/Hepatitis/ STD</i>	10	184
Sterilizzazione <i>Sterilisation</i>		
Altro- (specificare) <i>Other please specify</i>	24 (Vaccinazioni) 58 (Continuità Assistenziale) 45 dipendenti e 12 libero professionisti (Consultori)	17.500 (Vaccinazioni) 34.709 (Continuità Assistenziale) 12.140 (Consultori)

1.11. Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze? / *Do you own and utilize your own ambulances?*
No

Se sì, specificare:

- Nr di ambulanze: / *If Yes, please provide Nr. of ambulances:*
- Nr di unità mobili di rianimazione: / *Nr. of intensive care mobile units:*

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

Per il trasporto dei dializzati barellati del territorio provinciale sono attive convenzioni con Associazioni/Imprese.

1.12 Avete una banca del sangue? / *Do you have a blood bank?* No

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

1.13 Il sangue è analizzato secondo specifiche procedure? / *Is the blood analysed in accordance with relevant guidelines?*
Vedi risposta al punto precedente

1.14 Attività IntraMoenia: *Private activity*

1. Viene eseguita nelle strutture? Sì
2. Viene eseguita presso centri convenzionati? No
3. Numero prestazioni: circa 742

II. Consenso informato
Informed Consent

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

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

In tutti i casi? Sì
In all cases?

Per iscritto? Sì
In writing?

2.1 Il personale medico viene formato sulla policy aziendale in tema di informazione al paziente e acquisizione del consenso alle prestazioni? / *Could you confirm medical personnel training's compliance towards internal Policy, in respect of information to patient and in respect of agreement to therapy collection?*

Sì

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

Sì

2.3 Nel caso di minore è previsto il suo coinvolgimento nell'acquisizione del consenso informato? / *In case of under-aged patient, could you confirm his involvement in collecting-agreement process?*

Sì

2.4 Ove il paziente (o , nel caso di minori o soggetti adulti sottoposti a tutela legale, i suoi tutori legali) non consenta a manifestare il consenso per rinuncia all'informazione, dissenso ai trattamenti terapeutici, rifiuto delle prestazioni sanitarie o altre motivazioni, tale manifestazione di volontà viene sempre acquisita per iscritto? / *Could you confirm medical personnel training's compliance towards internal policy in respect of medical record?*

Sì

2.5 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?*

Nessun trattamento complesso

2.6 Chi controfirma i documenti del consenso informato? / *Who countersigns the informed consent documents?*
Il personale sanitario referente del caso.

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

Sono archiviati nella cartella cartacea dell'utente e conservati per un periodo di tempo illimitato.

2.8 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?*

No

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

Se sì, ogni quanto tempo? / If so how often?

I controlli sono effettuati a campione con cadenza semestrale/annuale.

III. Cartelle cliniche *Case Notes*

3.1 I protocolli standard delle cartelle cliniche richiedono: / Do standard case note protocols demand:
Solo cartelle utenti per prestazioni sanitarie di base e psico-socio educative (no specialistica, no ricovero).

3.1.1 Una registrazione completa di tutte le procedure mediche intraprese e le decisioni prese aggiornate giornalmente? / A complete record of all medical procedures undertaken and decisions made updated on a daily basis?

L'aggiornamento viene effettuato contestualmente alla prestazione.

3.1.2 Ogni quanto tempo queste sono riviste e chi è responsabile della controfirma? / How often are these reviewed and who is responsible for countersigning them?

CONSULTORI E VACCINAZIONI: le cartelle utenti sono riviste ad ogni nuovo accesso dell'utente stesso. Ogni prestazione viene controfirmata dal sanitario responsabile della sua effettuazione. Alla chiusura del ciclo di prestazioni la cartella ambulatoriale viene controfirmata dal medico responsabile della struttura. Per i SERD le cartelle, che contengono prestazioni sanitarie e psico-socio-educative sono informatizzate. Le prestazioni, come previsto dal software, vengono registrate dall'operatore che le ha effettuate. Nella cartella cartacea vengono archiviati documenti relativi a referti esami laboratoristici, certificazioni varie, decreti Tribunale o Prefettura, modulo privacy e consenso informato e adesione al programma terapeutico proposto che è sottoscritto dall'utente e controfirmato dall'operatore referente.

3.1.3 Ogni quanto tempo le cartelle cliniche vengono controllate? / How often are case notes audited?

CONSULTORI : le cartelle utenti sono oggetto di controllo ad ogni accesso dell'utente e trimestralmente dal Servizio Accreditamenti e Controlli Socio-Sanitari.

PRESTAZIONI VACCINALI: prima di ogni somministrazione sono effettuati controlli relativi a precedenti patologie e terapie farmacologiche intercorse durante l'intervallo tra una vaccinazione e l'altra.

Per le vaccinazioni che devono essere somministrate a cicli si effettua tramite programma informatizzato un controllo delle scadenze al fine di garantire la possibilità di avviso appropriato per il richiamo vaccinale.

SERD: le cartelle sono oggetto di controllo ogni qualvolta venga effettuata una prestazione sia sanitaria che psico-socio-educativa. Inoltre, a campione, viene effettuato un controllo di appropriatezza a cadenza annuale da parte del Servizio Accreditamenti e Controlli Socio-Sanitari.

3.1.4 Il personale medico viene formato sulla policy aziendale sulla questione delle cartelle cliniche? / could you confirm the medical personnel training's compliance towards internal Policy in respect of medical records

Sì

IV. Sperimentazione Clinica
Clinical Trials

4.1. Sperimentazioni sponsorizzate - Specificare chi è il committente dei progetti di ricerca clinica, ad esempio produttori di farmaci e di altri prodotti, istituzioni di beneficenza, fondazioni di ricerca:
Please state for whom Clinical Research Projects are undertaken e.g. Pharmaceutical and other Manufacturers, Charities, Research Foundations
 (non sono coperte dalla polizza)

4.2. Sperimentazioni non profit – Specificare il numero e il rationale dei protocolli delle sperimentazioni non sponsorizzate antecedenti l'entrata in vigore del DM 14 luglio 2009 e tuttora in corso o terminate da non più di 36 mesi indicando in uno specifico allegato:

4.2.1 n° delle sperimentazioni e relativo n° dei pazienti (eventuali pazienti minori),

4.2.2 rationale della sperimentazione, nome del farmaco o del dispositivo,

4.2.3 fase della sperimentazione,

4.2.4 indicazione delle controindicazioni, reazioni avverse temute secondo l'indicazione del consenso informato,

4.2.5 eventuali sinistri pregressi.

4.3. A tutti i volontari viene richiesta la firma di un Consenso Informato?
Do all volunteers sign an Informed Consent Form?

Sì / No

4.4 Dichiarare il numero previsto di sperimentazioni sponsorizzate da effettuarsi nei prossimi 12 mesi, specificando il numero di volontari per ogni sperimentazione:
 (non sono coperte dalla polizza)

4.5. Dichiarare il numero previsto di sperimentazioni non profit in cui sarete coinvolti nei prossimi 12 mesi, specificando il numero di volontari per ogni sperimentazione:
Please state the anticipated number of no profit trials with which you will be involved during the next 12 months detailing the number of volunteers in each trial
 (non sono coperte dalla polizza)

4.6. Conducete ricerche, test o attività sperimentali nei seguenti campi:
Do you conduct any formal research, testing or experimental activities in the following categories:

Trapianti

Transplants

Chirurgia

Surgery

Ostetricia

Obstetrics

(non sono coperte dalla polizza)

Ricerca su embrioni umani

Human Embryo Research

Organi artificiali

Artificial organs

Ingegneria genetica

Genetic engineering

Sì / No

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

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

Esiste una procedura aziendale relativa alla gestione dei sinistri, adottata con Deliberazione n. 299 del 26/06/2007, disponibile agli atti dell'Azienda.

E' in vigore una procedura aziendale PP1.9.1 "Gestione delle segnalazioni degli utenti" disponibile agli atti dell'Azienda.

5.1 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:*

In caso di reclamo verbale viene applicata la procedura aziendale PP1.9.1 - punto 2.1 : la segnalazione viene registrata mediante apposita Scheda per le Segnalazioni dove vengono acquisiti gli elementi necessari ai successivi adempimenti. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico attiva la gestione del reclamo coinvolgendo le strutture aziendale interessate.

Il reclamo viene contestualmente comunicato all'Ufficio Sviluppo Formazione Qualità - Area Qualità ai fini di valutare una gestione coordinata delle problematiche riscontrate (incident reporting).

Nel caso in cui si ravvisi che un reclamo possa dare origine a responsabilità penali, civili o amministrative, viene data notizia dell'accaduto e consegnata la relativa documentazione al Servizio Affari Generali Legali ed Istituzionali.

5.2 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:*

Applicazione regolamento e procedura aziendale sopra citati.

In caso di reclamo scritto viene applicata la procedura aziendale PP1.9.1. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico attiva la gestione ed il trattamento del reclamo coinvolgendo le strutture aziendali interessate.

Il reclamo viene contestualmente comunicato all'Ufficio Sviluppo Formazione Qualità – Area Qualità ai fini di valutare una gestione coordinata delle problematiche riscontrate (incident reporting).

Nel caso in cui si ravvisi che un reclamo possa dare origine a responsabilità penali, civili o amministrative, viene data notizia dell'accaduto e consegnata la relativa documentazione al Servizio Affari Generali Legali ed Istituzionali.

In caso di denuncia di presunta lesione con richiesta di risarcimento danni viene attivata la procedura di apertura del sinistro presso la Compagnia/e Assicuratrice competente per materia, secondo la relativa procedura aziendale in uso, a cura del Servizio Affari Generali Legali Istituzionali. Viene inoltre data formale informativa al Comitato Valutazione Sinistri per l'esame della pratica.

Anche non in presenza di esplicita richiesta di risarcimento di norma si procede, in via cautelativa, all'inoltro di comunicazione alla compagnia assicurativa.

5.3 Corrispondenza scritta di un avvocato che presuma una lesione e/o un atto negligente: / *Written correspondence from a Lawyer alleging an injury and/or a negligent act:*

Si apre il sinistro presso la Compagnia assicuratrice in applicazione della procedura aziendale, a cura del Servizio Affari Generali Legali Istituzionali.

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

E' prevista scheda di segnalazione degli eventi avversi pubblicata sul sito intranet aziendale e disponibile agli operatori.

VI. Richieste di risarcimento
Claims Record

6.1 Sono pervenute richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni? Sì, per il dettaglio vedasi l'allegato *Prospetto sinistri RCT/O.*

VII. Estensioni di copertura
Extensions to coverage

7.1 Colpa Grave

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

_____ n. _____

_____ n. _____

_____ n. _____

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

Sì / No

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

Sì / No

VIII. Precedenti assicurativi
Previous Insurance

Vi preghiamo di fornire informazioni sui Vostri assicuratori per i 5 (cinque) anni passati
Please provide details of your insurers for the past 5 years:

Assicuratore <i>Insurer</i>	Massimale <i>Limit of Indemnity</i>	Franchigia <i>Deductible</i>	Forma <i>Type</i> (L= Loss occurrence, C= Claims made)	Data di retroattività <i>Retrodate</i>	Data di ultrattività <i>Extended Reporting Period</i>
1. Milano Assicurazioni S.p.A.	5.200.000,00 per sinistro	No	C	01/01/1998	/
2. QBE Insurance (Europe) Limited	5.200.000,00 per sinistro 20.000.000,00 massimale aggregato annuo	300.000,00 franchigia aggregata annua	C	01/01/1998	/

* * * * *



La sottoscritta, nella qualità specificata in calce,

DICHIARA

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

che tutte le risposte che precedono sono state date a seguito e sulla base di una accurata indagine interna e che pertanto esse sono veritiere, corrette ed esaustive;

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

SI OBBLIGA

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

Ente AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI CREMONA

Firma e carica IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Lorella Biancifiori

Data 16/04/2014