

Allegato \_\_\_\_\_  
Questionario "Rischio Sanitario"

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

**1.1. Ragione Sociale**

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brescia  
Viale Duca degli Abruzzi, 15 25124 Brescia  
P.I. 03436310175

**1.2. Comuni e territorio di competenza:**

Il Territorio di riferimento dell'ASL di Brescia ha un'estensione di 3465 Km<sup>2</sup> e comprende n.164 Comuni

**1.3. Vi siete accorpati o scorporati negli ultimi 5 anni da preesistenti USL/ASL?**  
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 2012	Anno 2011	Anno 2010	Anno 2009
<b>Personale sanitario/Medical</b>	€ 42.728.985,24	€ 42.382.804,10	€ 40.938.747,36	€ 40.080.896,72
<b>Altro/Other</b>	€ 16.901.882,57	€ 17.065.605,00	€ 17.065.605,00	€ 16.851.053,65

**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

**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

**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**

**RSD A GESTIONE DIRETTA**

L'ASL di Brescia gestisce direttamente una RSD (Residenza Sanitaria Disabili), autorizzata e accreditata per n. 40 posti letto occupati da pazienti disabili.

Numero di ospedali/*No of hospitals*: nessuno

Numero di letti /*No of beds*:

Numero di sale operatorie/*No of operating theatres*: nessuno

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 ordinari e (day hospital) <i>No of beds (day hospital)</i>	Nr. Medici <i>Nr. Doctors</i> (Dipendenti dell'azienda - Liberi professionisti - Universitari) <i>(Employed- Self-employed - University Doctors)</i>	Nr. di operazioni chirurgiche <i>Nr. of Surgical Operations</i>	Nr. Ricoveri Ordinari <i>Nr. Hospital alization</i>	Nr. Prestazi oni Day Hospit al <i>Nr. Day Hospital</i>
Pronto soccorso ed Emergenza <i>Accident &amp; Emergency</i>	/	/	/	/	/
Astanteria <i>Reception Ward</i>	/	/	/	/	/
Cardio Chirurgia <i>Cardiologic Surgery</i>	/	/	/	/	/
Cardiologia <i>Cardiology</i>	/	/	/	/	/
Chirurgia Generale <i>General Surgery</i>	/	/	/	/	/
Chirurgia Maxillo Facciale <i>Facial Maxillo Surgery</i>	/	/	/	/	/
Chirurgia Pediatrica <i>Pediatric Surgery</i>	/	/	/	/	/
Chirurgia plastica <i>Cosmetic Surgery</i>	/	/	/	/	/
Chirurgia Toracica <i>Thoracic surgery</i>	/	/	/	/	/

<b>Chirurgia Vascolare</b> <i>Vascular surgery</i>	/	/	/	/	/
<b>Cure dentarie</b> <i>Dentistry</i>	/	/	/	/	/
<b>Dermatologia</b> <i>Dermatology</i>	/	/	/	/	/
<b>Geriatrica</b> <i>Geriatrics</i>	/	/	/	/	/

<b>Ematologia</b> <i>Haematology</i>	/	/	/	/	/
<b>Emodialisi</b> <i>Hemodialysis</i>	/	/	/	/	/
<b>Gastroenterologia</b> <i>Gastroenterology</i>	/	/	/	/	/
<b>Grandi Ustioni</b> <i>Great Ustion</i>	/	/	/	/	/
<b>Immunologia</b> <i>Immunology</i>	/	/	/	/	/
<b>Lungodegenza</b> <i>Long Term Care</i>	/	/	/	/	/
<b>Malattie Endocrine</b> <i>Endocrinal Diseases</i>	/	/	/	/	/
<b>Malattie Infettive</b> <i>Infective Diseases</i>	/	/	/	/	/
<b>Medicina Generale</b> <i>General Medicine</i>	/	/	/	/	/
<b>Medicina del Lavoro</b> <i>Job Medicine</i>	/	/	/	/	/
<b>Medicina Nucleare</b> <i>Nuclear Medicine</i>	/	/	/	/	/
<b>Nefrologia</b> <i>Nephrology</i>	/	/	/	/	/
<b>Neonatalogia</b> <i>Neonatal</i>	/	/	/	/	/
<b>Neurochirurgia</b> <i>Neurosurgery</i>	/	/	/	/	/
<b>Neurologia</b> <i>Neurology</i>	/	/	/	/	/
<b>Neuropsichiatria</b> <i>Neuropsychiatry</i>	/	/	/	/	/
<b>Nido/Culle</b> <i>Nursery</i>	/	/	/	/	/
<b>Oculistica</b> <i>Ophthalmology</i>	/	/	/	/	/
<b>Odontoiatria</b> <b>Stomatologia</b> <i>Dentistry Stomatology</i>	/	/	/	/	/
<b>Oncologia</b> <i>Oncology</i>	/	/	/	/	/
<b>Ortopedia e Traumatologia</b> <i>Orthopedics and</i>	/	/	/	/	/

<i>Lesion</i>					
<b>Ostetricia e ginecologia</b> <i>Obstetrics &amp; Gynecology</i>	/	/	/	/	/
<b>Terapia intensiva</b> <i>Intensive Care</i>	/	/	/	/	/
<b>Otorinolaringoiatra</b> <i>Otorhinolaryngology</i>	/	/	/	/	/
<b>Pneumatologia</b> <i>Pneumatology</i>	/	/	/	/	/
<b>Oftalmologia</b> <i>Ophthalmology</i>	/	/	/	/	/
<b>Pediatria</b> <i>Paediatrics</i>	/	/	/	/	/
<b>Psichiatria</b> <i>Psychiatry</i>	/	/	/	/	/
<b>Radiologia</b> <i>Radiology</i>	/	/	/	/	/
<b>Riabilitazione</b> <i>Rehabilitating</i>	/	/	/	/	/
<b>Reumatologia</b> <i>Rheumatology</i>	/	/	/	/	/
<b>Terapia Intensiva</b> <i>Strong Therapy</i>	/	/	/	/	/
<b>Terapia Intensiva Neonatale</b> <i>Neonatal Intensive Therapy</i>	/	/	/	/	/
<b>Totale</b> <i>Total</i>	/	/	/	/	/

**1.8.1 Dati sul Personale**  
*Information on Personnel*

<b>Nr. Personale Sanitario</b> <i>(Clinical Personnel)</i>		
	<b>Nr.</b>	<b>Retribuzioni lorde inclusive di compensi per attività intramoenia (rilevabili dal modello CUD)</b>
<b>Dirigenti Medici</b> <i>di cui</i> <i>Managing Doctors</i> <i>of which:</i>	<b>Numero Totale</b>  264	€ 12.822.307,72
<b>Dipendenti dell'azienda</b> <i>Employees</i>	152	€ 11.462.365,05
<b>Liberi professionisti</b> <i>Self-employed</i>	112	€ 1.359.942,68
<b>Universitari</b> <i>University Doctors</i>	0	0

<b>Dirigenti Medici Veterinari</b> <i>Managing Doctors Veterinaries</i>	112	€ 1.359.942,68
<b>Dirigenti Sanitari non Medici</b> <i>Health Managers</i>	101	€ 5.732.140,01

<b>Personale Non Dirigente</b> <i>Personal no Managing</i>	652	€ 15.559.666,48
<b>Infermieri</b> <i>Nurses</i>	262	€ 7.030.494,98
<b>Infermiere ostetriche (*)</b> <i>Midwives</i>	39	€ 895.906,15
<b>Tecnici di laboratorio</b> <i>Laboratory technicians</i>	24	€ 555.528,50
<b>Farmacisti (*) ricompresi nel personale dirigente sanitario non medico di cui sopra</b> <i>Pharmacists</i>	0	0
<b>Altro personale sanitario e di supporto compreso ad es. OTA e ausiliari,...</b> <i>Other clinical support personnel: e.g. technical assistants and auxiliaries</i>	327	€ 7.077.736,86

**Nr. Personale non sanitario**  
*Non Clinical Personnel*

	Nr.	Retribuzioni lorde inclusive di compensi per attività intramoenia (rilevabili dal modello CUD)
<b>Dirigenti</b> <i>Managers</i> di cui: <i>of which:</i>	Numero totale: 27	€ 1.924.02,94
<b>Dirigenti Amministrativi</b> <i>Administrative Managers</i>	12	€ 855.198,42
<b>Dirigenti Tecnici</b> <i>Technical Managers</i>	2	€ 134.760,35
<b>Dirigenti Professionali</b> <i>Professionals</i>	13	€ 934.068,17
<b>Funzionari Apicali</b> <i>Senior Employees</i>		
<b>Altro Personale non Dirigente</b> <i>Other Employees</i>	648	€ 14.977.855,62
<b>Retribuzione Totale generale</b> <i>Total Wageroll</i>		€ 59.739.816,81

**1.9 Informazioni riguardanti il reparto di Ostetricia e Ginecologia.**

NESSUNA/

**1.9.1 Quanti sono i parti in un anno? / Number of deliveries per annum:****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?**

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?**

/No

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

/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?**

No

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

<b>Tipo di terapia/assistenza</b> <i>Type of Counselling</i>	<b>Personale utilizzato</b> <i>Staff employed</i>	<b>Nr di pazienti</b> <i>No of patients</i>
<b>Fecondazione assistita</b> <i>Assisted conception</i>	/	/
<b>Alcolismo/tossicodipendenza</b> <i>Drug/Alcohol dependency</i>	132 di cui 63 medici e infermieri	4175 di cui 249 tabagisti e 1196 in sorveglianza sanitaria per positività o alto rischio per HIV, epatite o MST
<b>Chirurgia plastica volontaria</b> <i>Elective Cosmetic surgery</i>	/	/
<b>Interruzione di gravidanza volontaria</b> <i>Elective abortion</i>	/	/
<b>Adeguamento tra identità fisica ed identità psichica</b> <i>Gender reassignment</i>	/	/
<b>HIV, epatite, malattie sessualmente trasmissibili</b> <i>HIV/Hepatitis/ STD</i>		1196 in sorveglianza sanitaria per positività o alto rischio per HIV, epatite o MST
<b>Sterilizzazione</b> <i>Sterilisation</i>		
<b>Altro- (specificare)</b> <i>Other please specify</i>	208	112.453
<b>Guardia Medica</b>		
<b>Prestazioni infermieristiche domiciliari</b>		
<b>Vaccinazioni</b>	140 (medici, IP, ASV)	150.000 (bambini e adulti, compresa antinfluenzale)
<b>Consultori</b>		

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 Imprese/Associazioni

1.12 Avete una banca del sangue? / Do you have a blood bank? Si/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?

1.14 Attività IntraMoenia: Private activity

1. Viene eseguita nelle strutture?

Si/

2. Viene eseguita presso centri convenzionati?

/No

3. Numero prestazioni: circa 14.331 visite e 7.246 indagini strumentali

## 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?

*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?*

No

MAI <i>never</i>	Solo in alcuni casi quali ad es.interventi chirurgici demolitivi <i>in case of radical surgery only</i>	Solo su espressa richiesta dei legali rappresentanti del minore <i>if required by under- aged legal representative only</i>
---------------------	--	--

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 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 informato? / *Is the patient or their legal representative provided sufficient time – on the basis of the gravity of the illness – to evaluate the situation and express an informed consent?*

Sì

2.6 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**



**Sono eseguiti trattamenti articolati in più sedute e di norma il trattamento è richiesto per ogni seduta**

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

**Il Medico**

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

**2.9 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?***

**Sì**

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

**III. Cartelle cliniche**  
**Case Notes**

**3.1 I protocolli standard delle cartelle cliniche richiedono: / Do standard case note protocols demand:**  
**Come da normativa**

**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?**

**SI**

**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?**

**Il Direttore Medico della Struttura o dipartimento ogni qualvolta vari la normativa o ci siano variazioni**

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

**Annualmente vengono effettuati dei controlli a campione sulle Cartelle e sulla documentazione sanitaria raccolta.**

**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**

**SI**

**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:**

*Please state for whom Clinical Research Projects are undertaken e.g. Pharmaceutical and other Manufacturers:*

**Committente: Ditte Farmaceutiche per Sperimentazioni con MMG**

**4.2. Sperimentazioni non profit – Specificare il numero e il rationale dei protocolli delle Sperimentazioni non sponsorizzate degli ultimi 5 anni indicando in uno specifico allegato:**

NO

- 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 progressi.

**4.3. A tutti i volontari viene richiesta la firma di un Consenso Informato?**

*Do all volunteers sign an Informed Consent Form?*

Si

**4.4 Dichiarare il numero previsto di sperimentazioni sponsorizzate da effettuarsi nei prossimi 12 mesi, specificando il numero di volontari per ogni sperimentazioni:**

NON PREVEDIBILE

**4.5. Dichiarare il numero previsto di sperimentazioni no profit in cui sarete coinvolti nei prossimi 12 mesi, specificando il numero di volontari per ogni sperimentazioni:**

*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 PREVEDIBILE

**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:*

<b>Trapianti</b>	<b>Ricerca su embrioni umani</b>
<i>Transplants</i>	<i>Human Embryo Research</i>
<b>Chirurgia</b>	<b>Organi artificiali</b>
<i>Surgery</i>	<i>Artificial organs</i>
<b>Ostetricia</b>	<b>Ingegneria genetica</b>
<i>Obstetrics</i>	<i>Genetic engineering</i>

Si/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.*

**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:*

VERBALE: nel momento in cui un utente si presenta di persona il reclamo viene trattato immediatamente, contattando la struttura in sua presenza e fornendo riscontro. Nel caso di reclamo telefonico una volta accolto lo sfogo dell'utente per sua e nostra tutela, lo si invita a segnalare il reclamo utilizzando l'apposito modulo di segnalazione/reclami/elogi, inviandolo tramite posta, mail, fax oppure di persona all'Ufficio Relazioni col Pubblico del proprio Distretto di appartenenza.

**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:*

SCRITTO: si procede con la protocollazione della segnalazione. Si chiedono al Dipartimento/Servizio competente elementi utili alla verifica di quanto esposto ed elementi in grado di fornire indicazioni esaustive al richiedente. Si conclude l'iter rinviando risposta scritta e protocollata all'assistito entro 30 giorni.

**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:*

Nel caso citato la pratica viene inviata al Servizio Legale

**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:*

Il caso non è seguito dall'Ufficio Relazioni Col Pubblico; nel caso giungano segnalazioni vengono inoltrate al Servizio Competente.

**VI. Richieste di risarcimento**  
*Claims Record*

Vedi allegato 7

**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:*

<b>Assicuratore</b> <i>Insurer</i>	<b>Massimale</b> <i>Limit of Indemnity</i>	<b>Franchigia</b> <i>Deductible</i>	<b>Forma</b> <i>Type</i> (L= Loss occurrence, C= Claims made)	<b>Data di retroattività</b> <i>Retrodate</i>	<b>Data di ultrattività</b> <i>Extended Reporting Period</i>
01.01.2007- 01.01.2010 ZURICH	<b>RCT - RCO</b> € 3.000.000,00 Per sinistro	€ 52,00 Per danni a cose in consegna e custodia	Claims Made	31.12.1999	Ultrattività non prevista
01.01.2010 - 19.11.2011 Faro Ass.ni	<b>RCT</b> € 3.500.000,00 Per sinistro  <b>RCO</b> € 3.500.000,00 Per sinistro € 2.500.000,00 Per persona	Nessuna Franchigia	Claims Made	31.12.2005	Ultrattività non prevista
<b>19.11.2012 – oggi</b> Autoassicurazione					

\* \* \* \* \*

La sottoscritta, nella qualità specificata in calce,

**DICHIARA**

di essere autorizzata 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 (timbro)**

ASL Brescia

**Firma e carica**

**Responsabile U.O. Approvvigionamenti**

Dott.ssa Elena Sardi



**Data**

**11.03.2013**