

# **QUESTIONARIO ASSUNTIVO**

**AZIENDE SANITARIE:  
RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE MEDICA  
(MEDICAL ESTABLISHMENT:  
MEDICAL PROFESSIONAL LIABILITY)**

## **Introduzione (Introduction)**

Descrizione dell'ASL/Ospedale

(Description of the Health Commission/Hospital Trust)

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

- ❖ E' un Ospedale di cura,
- ❖ Di insegnamento ( Università : Medicina e Chirurgia, Odontoiatria- Scuole delle diverse professioni sanitarie\_ Scuole di specializzazione Medicina e Chirurgia).
- ❖ E' Ospedale di ricerca ( Istituto Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

**PARTE RESPONSABILITA' CIVILE (LIABILITY SECTION)**

## 1. Dati Anagrafici (General Details)

1.1. Nome completo dell'Azienda Assicurata:

(Full name of the Authority Insured)

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico-Milano

---

1.2. Indirizzo della sede legale:

(Registered office address)

\_Via F. Sforza 28-20122 Milano\_

---

1.3. Comuni e zone territoriali di competenza

(Municipalities and territorial zones managed)

Prevalentemente Comune di Milano e

Provincia. \_\_\_\_\_

---

1.4. La proponente si è accorpata o scorporata negli ultimi due anni da preesistenti U.S.L. / A.S.L.?

(Has the proposer been merged or demerged in the last 2 years from a pre-existing Local Health Authority?)

SÌ \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_

(YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_)

Se Sì, specificare quali

(If "YES, please specify which ones)

---

---

---

1.5. Descrivere l'attività (e.s. Azienda Ospedaliera, I.R.C.C.S.....)

(Please describe your business activity)

\_A titolo esemplificativo e non limitativo : Attività ospedaliera ( ricoveri ordinari, Day hospital, ambulatori ) di ricerca, di sperimentazione, di insegnamento. \_\_\_\_\_

---

---

---

1.6. La proponente è collegata a cliniche ed Istituti Universitari?

(Is the proposer associated with any university or clinics?)

SÌ X \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_)

1.7. La proponente si serve di strutture delle Cliniche ed Istituti universitari collegati?

(Does the proposer utilise the connected clinics and university structures?)

SÌ X \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_)

(Do the clinics or universities utilise the connected Heath Authority or Hospital structures?)

(YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_)

(Have there been any structural changes in your business or are any important new developments likely to occur over the next 12 months?)

---

---

---

---

(What percentage of funds are generated from):

	<b>%</b>
Contributi dalla Regione (Regional Funding)	<b>90 circa</b>
Altri Contributi (Other Funding)	<b>3 circa</b>
Ricavi per prestazioni (Income from Treatments)	<b>3 circa</b>
Prestazioni in favore ad altri (Treatments for Third Parties)	<b>1 circa</b>
Proventi e ricavi diversi (Proceeds and other income)	
Concorsi, Rivalse, Rimborso Spese (Tenders, Subrogation, Refunds)	
Altri Ricavi (Other Income)	<b>3 circa</b>

## 2. Dati sull'Attività (Details of the activity)

2.1. Nel caso delle ASL specificare se esistono Presidi o Unità Ospedaliere:  
(In the case of Local Health Authorities please specify whether any hospitals are managed)

---

---

---

---

---

2.2. Specificare il numero totale di posti letto e la percentuale media giornaliera di degenti:  
Please state the total number of beds and the average daily occupancy as a percentage)

	NUMERO (number)	DEGENTI AL GIORNO (A.D.O. – average daily occupancy) %
Letti (beds)	780 ordinari 158 Day Hospital	89% 730 52 120
Culle / lettini per bimbi / brandine (Cots / Cribs / Bassinets)	80	60
Unità di terapia intensiva (ICU / ITU)	6	35

2.3. Specificare il numero di sale operatorie (Number of Operating Theatres):

\_25\_

2.4. I reparti di Chirurgia sono autorizzati per interventi di espianto e trapianto di organi?  
(Are the Surgical wards authorised to perform explant and transplant of organs?)

SÌ ☒ NO ☐  
(YES ☐ NO ☐)

2.5. Specificare il numero di totale reparti (Total number of wards):

\_55\_

2.6. Specificare il numero totale di degenti ospedalieri ricoverati nell'ultimo anno solare:  
(Total number of admitted in-patients in the last calendar year)

\_\_\_55.021 pazienti per 68.000 ricoveri\_\_\_

2.7. Specificare la percentuale di eventuali pazienti provenienti da Stati Uniti o Canada:  
(Please indicate, if any, the percentage of patients of U.S.A. or Canadian origin)

\_0,04\_ %

2.8. Compilare la seguente tabella per ogni unità operativa aggiornato all'anno corrente:  
(Complete the following table for each operating unit for the current year):

		DEGENZA ORDINARIA (ORDINARY HOSPITAL STAY)				
		N° Posti letto D.H. (D.H. Bed Spaces)	ATTIVITA' (ACTIVITY)			
			N° Dimessi ordinari/annuo (Ordinary releases)		N° Giornate di degenza (Days of hospital stay)	N° DRG chirurgici (Surgical operations)
Unità operativa (Operating Unit)	N° Posti letto (Bed Spaces)		Totale (Total)	di cui con deg. 1 g (of which 1 day stay)		
Cardiologia	9	1	1044	102	3752	493
UCIC	6	/	257	46	1057	111
Chir. Urgenza	37	2	1577	247	11453	1004
Ch. Gen. 1	20	14	2477	1426	7805	1510
Ch. Gen. 2	8	2	346	16	2446	330
Ch. Toracica	10	2	479	24	3817	347
Centro trapianto fegato	10	1	392	97	2966	270
Ch. Maxillo-facciale	7	1	358	34	1636	269
Ch. Pediatrica	14	2	913	327	3367	590
Ch. Plastica	10	3	431	80	2036	409
Centro trapianti rene	9	2	186	23	1440	137
Ch. Vascolare	13	1	690	270	3524	610
Ematologia 2	14	3	211	14	4347	20
Ematologia e CTM	5	14	76	/	1981	45
Geriatrics	12	2	404	11	4141	10
Med. Del lavoro	6	4	199	6	1376	2

Med. Urgenza	43	/	1290	59	14221	39
Med. A indirizzo cardiovascolare	3	4	158	1	1043	24
Med. 1	/	/	846	18	11151	63
Gastroenterologia	12	2	349	17	3833	10
Med. 3	10	3	429	9	3408	23
Med. 2	26	6	729	16	8453	44
Med. Generale	18	7	440	4	6284	9
Neuroch.	39	2	1105	64	12370	794
Neurologia	20	4	698	15	7353	43
Oculistica	8	1	493	171	1298	476
Ostetricia 1-2	118	20	8548	1131	42005	4985
ORL	15	1	1020	168	3903	786
Pediatria 1	16	5	830	24	5398	14
Pediatria 2	16	5	646	11	5777	7
Centro fibrosi cistica	7	3	217	1	2231	2
Psichiatria	18	4	534	55	6087	2
Urologia	11	3	500	33	3919	399
Nefrologia	18	2	460	13	5251	75
Terapia intensiva	12	/	140	21	3159	99
Terapia intensiva pediatrica	5	/	75	20	630	14
Astanteria PS pediatria	2	/	1010	998	1022	
Dermatologia	10	4	207	2	2953	3
broncopneumologia	16	1	611	97	5515	13
NIDO	80	/	3753	13	12859	
Neonatologia	60	2	3208	33	25456	4
Terapia intensive neonatale	15	/	47	11	1698	2
<b>TOTALE</b> <b>(TOTAL)</b>						



### 3. Dati sul Personale (Information on Personnel)

	N. Dipendenti dell'azienda (N. Employees)	N. Liberi professionisti (N. Self-employed)	N. universitari (N. University)
<b>Personale Sanitario (Clinical Personnel)</b>	<b>2.798</b>	<b>0</b>	<b>123</b>
Medici che non eseguono interventi chirurgici (Non procedural physicians)	383	0	72
di cui: (of which):			
Psichiatri (Psychiatrists)	9	0	4
Altri (Other)	374	0	68
<u>Chirurghi:</u> (Surgeons)	294	0	51
di cui: (of which):			
Estetici/Plastici (Cosmetic/Plastic)	6	0	0
Ortopedici (Orthopaedic)	6	0	0
Anestesisti (Anaesthetists)	96	0	6
Ostetrici/Ginecologi (Obstetricians/ Gynaecologists)	58	0	8
Odontoiatrici (Dentists)	0	0	0
Altri (Other)	128	0	37
<u>Infermieri</u> (Nurses)	1.252		
di cui: (of which):			
Infermiere ostetriche (Midwives)	112		
Infermieri anestesisti (Nurses – anaesthetists)			
Tecnici di laboratorio (Laboratory technicians)	140		
Farmacisti (Pharmacists)	8		
Altro personale sanitario e di supporto (compreso ad es. OTA e ausiliari,...), (Other clinical support personnel: e.g. technical assistants and auxiliaries)	721		
<b>Personale non sanitario (Non Clinical Personnel)</b>	<b>644</b>		
di cui: (of which):			
Dirigenti (Managers)	22		
Impiegati / amministrativi (Clerical/Administration)	327		
Altro (specificare) (Other, please specify)	295		
<b>Totale Azienda (Total Company)</b>	<b>3442</b>		<b>123</b>

#### 4. Apparecchiature Elettromedicali (Electromedical equipment)

Compilare la seguente tabella:  
(Please fill in the following table):

Apparecchiature (Equipment)	
Tipologia (Type)	N.
TAC (Computerised axial tomography (CAT))	4 (con I seguenti numeri di inventario: 086885, 088311, 69529, 2549)
RMN (Nuclear magnetic resonance)	2
Camera iperbarica (Hyperbaric chamber)	0

Specificare il numero di:

Defibrillatori 128  
(Defibrillator)

Elettrobisturi 83  
(Electrocautery)

4.2. Vengono impiegate sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche?

(Does the proposer use any radioactive substances or equipment for the artificial acceleration of atomic particles?)

SI UTILIZZANO PRESSO L'UO MEDICINA NUCLEARE SOSTANZE RADIOATTIVE ( RADIOFARMACI)

4.3. I contratti di fornitura per l'approvvigionamento dell'apparecchiatura elettromedicale prevedono espressamente:

(Do the contracts for the supply of electromedical equipment expressly foresee):

Certificazione IMQ - ISO - o altra garanzia di qualità prestata dal fornitore?

(IMQ - ISO - or any other quality guarantees from the supplier?)

SÌ ☒ NO ☐

(YES ☐ NO ☐)

SI RICHIEDE ESPRESSAMENTE AI FORNITORI DI PRESENTARE, TRA I DOCUMENTI DI GARA, LE EVENTUALI CERTIFICAZIONI DI QUALITÀ (ISO) DI CUI DISPONGONO, TUTTAVIA LA MANCANZA DI QUESTE NON COSTITUISCE MOTIVO DI ESCLUSIONE

Condizioni di collaudo e di accettazione?:

(Testing and acceptance conditions?):

SÌ ☒ NO ☐

(YES ☐ NO ☐)

Regolamento di assistenza del fornitore?:

(Supplier assistance guarantee?):

SÌ ☒ NO ☐

(YES ☐ NO ☐)

Addestramento degli addetti da parte del fornitore?:

(Does the supplier train the users?):

SÌ ☒ NO ☐

(YES ☐ NO ☐)

Ai fini del corretto utilizzo dell'apparecchiatura sono previste procedure scritte per il personale addetto?:

(Are written procedures provided to the users for the correct usage of the equipment?):

SÌ ☒ NO ☐

(YES ☐ NO ☐)

MANUALE D'USO RICHIESTO ESPRESSAMENTE IN LINGUA ITALIANA E IN DUPLICE COPIA COME, PERALTRO PREVISTO DAL D.LGS. 46/97

RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA COMUNITARIA 93/42

Esistono verifiche sulle procedure di utilizzo dell'apparecchiatura?:

(Are the usage procedures of the equipment verified?):

SÌ ☒ NO ☐

(YES ☐ NO ☐)

LA VERIFICA NON VIENE PERÒ EFFETTUATA SISTEMATICAMENTE MA IN OCCASIONE DI INTERVENTI DI MANUTENZIONE

Esistono procedure che limitano l'utilizzo dell'apparecchiatura complessa al solo personale autorizzato?

(Do written procedures exist which limits the use of complex equipment to authorised personnel only?):

SÌ ☒ NO ☐

(YES ☐ NO ☐)

PER ALCUNE TIPOLOGIE DI APPARECCHIATURE E PER ALCUNE CASISTICHE L'ACCESSO E L'UTILIZZO DELL'APPARECCHIATURA È CONSENTITO SOLO A PERSONALE AUTORIZZATO CHE DISPONE QUINDI O DI BADGE DI ACCESSO, COME IN MEDICINA NUCLEARE-CICLOTRONE, O DI USERNAME E PASSWORD

Tutte le apparecchiature sono inventariate?:

(Is an inventory kept of all equipment?):

SÌ ☒ NO ☐  
(YES ☐ NO 

Esiste un responsabile unico per l'utilizzo dell'apparecchiatura?:  
(Has a manager been appointed to govern the use of the equipment?):

SÌ ☒ NO ☐  
(YES ☐ NO 

Se SI, specificare la qualifica del responsabile (e.s. Direttore Ufficio Tecnico, Ingegneria Clinica....)

(If YES, please specify the position of the manager – e.g. Director Technical Office, Clinical Engineering....)

DIRETTORE UO INGEGNERIA CLINICA

4.4. Il personale addetto è:

Sufficiente?

(Sufficient?)

SÌ ☐ NO ☒  
(YES ☐ NO 

Addestrato sistematicamente?

(Systematically trained?)

SÌ ☒ NO ☐  
(YES ☐ NO 

IN OCCASIONE DEL COLLAUDO DI NUOVE APPARECCHIATURE IL  
FORNITORE PROVVEDE AD “ISTRUIRE” IL PERSONALE TECNICO CIRCA LE  
MODALITÀ DI ESECUZIONE DEL PRIMO INTERVENTO

Si relaziona al fornitore per l'aggiornamento?

(Refers to the supplier for updates?)

SÌ ☒ NO ☐  
(YES ☐ NO 

4.5. Il personale è addestrato per:

(Is personnel trained for:)

Il solo utilizzo

(Usage only)

SÌ ☐ NO ☒  
(YES ☐ NO 

Utilizzo/Manutenzione

(Usage/Maintenance)

SÌ ☒ NO ☐

(YES \_\_\_\_\_NO \_\_\_\_\_)

AL MOMENTO DEL COLLAUDO IL FORNITORE DELL'APPARECCHIATURA ORGANIZZA/PIANIFICA UN "PERIODO" (LA CUI DURATA È FUNZIONE DELLA TIPOLOGIA DELL'APPARECCHIATURA) DI TRAINING PER IL PERSONALE:

- ✓ TECNICO CONCERNENTE IL PRIMO INTERVENTO;
- ✓ "SANITARIO"(MEDICO/INFERMIERISTICO) CONCERNENTE L'UTILIZZO DELL'APPARECCHIATURA COLLAUDATA.

Sono a disposizione di tutti gli addetti dei manuali ed istruzioni d'uso?

(Are manuals and supplier manuals available to all users?)

SÌ X NO \_\_\_\_\_

(YES \_\_\_\_\_NO \_\_\_\_\_)

4.6. La manutenzione è:

(Is maintenance?:)

Incidentale?

(Incidental?)

SÌ X NO \_\_\_\_\_

(YES \_\_\_\_\_NO \_\_\_\_\_)

Periodica?

(Periodic?)

SÌ X NO \_\_\_\_\_

(YES \_\_\_\_\_NO \_\_\_\_\_)

PRESSO IL P.O. MANGIAGALLI-REGINA ELENA SI PROVVEDE ALL'ESECUZIONE DELLA MANUTENZIONE PREVENTIVA SU TUTTE LE TIPOLOGIE DI APPARECCHIATURE CHE NE NECESSITANO SECONDO UN PIANO DI MANUTENZIONE BEN DEFINITO. PRESSO IL P.O. POLICLINICO SI ESEGUE LA MANUTENZIONE PREVENTIVA SU TUTTE LE TIPOLOGIE DI APPARECCHIATURE RITENUTE PIÙ CRITICHE SULLA BASE DEL CALCOLO DELL'INDICE DI CRITICITÀ CHE TIENE CONTO DELLA FUNZIONE DELL'APPARECCHIATURA DEGLI EVENTUALI RISCHI CONNESSI ALL'UTILIZZO DELLA STESSA E DELLE RELATIVE ESIGENZE DI MANUTENZIONE.

Se periodica, ogni quanto tempo?:

(If periodic, how often?):

6 mesi 12 mesi 24 mesi oltre

(6months)

(12 months)

(24 months)

(over)

**La periodicità è stabilita sulla base della tipologia dell'apparecchiatura e sulla base della criticità del reparto in cui la stessa è utilizzata.**

Effettuata da:

(Carried out by):

Personale interno

☐

x

Fornitore

☐

x

Ditte Terze

☐

x

(Internal personnel)

(Supplier)

(Third Parties)

Se effettuata da Ditte Terze viene richiesta la polizza assicurativa?

(If carried out by Third Parties is an insurance policy requested?)

SÌ X NO \_\_\_\_\_

(YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_)

PER FORNITORE SERVIZIO DI GLOBAL SERVICE P.O. MANGIAGALLI-REGINA  
ELENA RICHIESTA PER ALTRI FORNITORI TERZI NON ESPRESSAMENTE  
RICHIESTA.

## 5. Prestazioni Ambulatoriali/Day Hospital (Outpatient Clinic/Day Hospital)

5.1. Indicare:  
(Please indicate):

Principali Specializzazioni (Principal areas of specialisation)	N. prestazioni (N. treatments)	N. addetti (N. operators)
ANESTESIA	2.876	NESSUN OPERATORE E' DEDICATO ESCLUSIVAMENTE A QUESTA ATTIVITA'
CARDIOLOGIA	26.124	
CHIRURGIA GENERALE	52.18	
CHIRURGIA PLASTICA	2.161	
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIO.	83	
DERMOSIFILOPATIA	93.832	
DIAGNOSTICA PER IMM MED NUCL	8.921	
DIAGNOSTICA PER IMM RAD	86.615	
GASTROENTEROLOGIA - CHIR	.. 9.334	
LABORATORIO	474.855	
MEDICINA FISICA E RIABIL	14.159	
NEFROLOGIA	42.751	
NEUROCHIRURGIA	252	
NEUROLOGIA	14.625	
OCULISTICA	25.085	
ODONTOSTOMAT - CHIR MAXFAC	74	
ONCOLOGIA	19.121	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	737	
OSTETRICA E GINECOLOGIA	58.084	
OTORINOLARINGOIATRIA	7.321	
PNEUMOLOGIA	3.887	
PSICHIATRIA	8.021	
RADIOTERAPIA	4.617	
UROLOGIA	3.105	
ALTRE PRESTAZIONI	285.742	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3.260	

## 6. Pronto soccorso- Guardia Medica (Emergency ward - First-aid station)

Indicare (Indicate):

N. medici di guardia medica – chirurgia (n. physicians in First-aid station – Surgery:)	
interni nelle 24 ore (24 hour on site physicians)	reperibili extra moenia (on call extra moenia)
15	/

6.2. Numero di prestazioni eseguite nell'anno:  
(N. treatments per year)

\_286209\_

6.3. L'Azienda gestisce direttamente un centro trasfusionale con emoteca?  
(Does the company directly manage a blood bank?)

SÌ ☒ NO ☐  
(YES ☐ NO ☐)

## 7. Sistema di emergenza sanitaria (Medical emergency system)

7.1. Il Proponente è sede di Centrale Operativa di emergenza sanitaria?  
(Is the Proposer an Operative Centre for emergency services?)

SÌ ☐ NO ☒  
(YES ☐ NO ☐)

Se NO, specificare da quale ASL/AO dipende:

(If NO, please indicate Local Health Authority/Hospital to which the Proposer refers to:)

\_A.O. NIGUARDA CA' GRANDA

Se SI, indicare:

(If YES, please indicate:)

N° Medici

(N° Doctors)

N° Infermieri

(N° Nurses)



N° Altri Addetti  
(N° Other Operators)

7.2. Dispone di propri mezzi mobili di pronto intervento?  
(Are there any owned emergency mobile means?)

SI

Se SÌ, indicare:

(If “YES”, please indicate)

N. ambulanze (N. ambulances)	<b>1</b>
N. Unità Mobili di rianimazione (N. mobile reanimation units)	<b>0</b>

Se NO, indicare eventuali convenzioni con la Croce Rossa Italiana, Associazioni di Volontariato o altri servizi di emergenza sanitaria  
(If “NO”, please indicate if any agreements with the Red Cross, Voluntary Ambulance services or others emergency services exists)

---

---

---

---

7.3. Esiste un eliporto?  
(Is there a heliport?)

SÌ \_\_\_\_\_ NO X  
(YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_)

## 8. Consenso Informato (Informed Consent)

8.1. Esistono protocolli per l’acquisizione del consenso informato finalizzati per tipologia di intervento e/o terapia eseguiti nelle strutture assicurate (e.s. interventi chirurgici, trasfusioni, anestesia, indagini invasive, trattamenti non chirurgici ad alto rischio, specifici rischi come HIV e HCV)?

(Do protocols exist in order to obtain an informed consent for each type of operation and/or therapy carried out in all the insured locations – e.g. surgical operations, transfusions, anaesthesia, invasive tests, high risk non surgical treatments, specific risks such as HIV and HCV)?

SÌ x \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_)

8.2. In caso di intervento complesso che preveda successive e distinte fasi di attività sanitaria, vengono acquisiti consensi informati differenziati?

(Are separate informed consents obtained in the case of complex interventions which require further and distinct phases of clinical activity?)

SÌ   x   NO       

(YES        NO       )

8.3. 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   x   NO       

(YES        NO       )

Se SI, citare alcuni esempi:

(If YES; please provide examples):

---

---

---

---

---

---

8.4. Il consenso informato è sempre ottenuto in forma scritta?

(Is the informed consent always obtained in a written format?)

SÌ   x   NO       

(YES        NO       )

8.5. Se SI, da chi sono predisposti i moduli per il consenso (Direzione Sanitaria, Comitato Etico, il reparto stesso.....)?

(If YES, who are the forms provided by – Clinical Management, Board of Ethics, the ward themselves.....?)

---

---

---

---

8.6. Il modulo di consenso informato è sempre allegato alla Cartella Clinica o è comunque adeguatamente archiviata?

(Is the informed consent form always attached to the patient's medical record or adequately stored in another means?)

SÌ x NO         
(YES        NO       )

8.7. Sono previsti controlli e/o verifiche periodiche sul livello di aggiornamento del contenuto dei moduli per il consenso informato?

(Are periodic checks carried out to ensure the content of the informed consent forms are up to date?)

SÌ x NO         
(YES        NO       )

## 9. Cartella Clinica (Medical Records)

9.1. Descrivere in dettaglio la procedura adottata dell'AO per la compilazione e conservazione delle Cartelle Cliniche:

(Please describe in detail the procedure adopted by the hospital for the compilation and storage of patient medical records):

LA PROCEDURA ADOTTATA PER LA TENUTA E CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA SI RIPORTA ALLE L.G. REGIONALI TRADOTTE IN PROCEDURA APPLICATA IN TUTTE LE UU.OO. E VERIFICATA PERIODICAMENTE DALLA DIREZIONE SANITARIA

Esistono delle disposizioni formali per la redazione / compilazione delle Cartelle Cliniche che includono:

(Do any formal procedures exist for the compilation of patient medical records which include any of the following?):

L'aggiornamento è quotidiano? (Daily update?):

SÌ   X   NO         
(YES        NO       )

La sottoscrizione contestuale da parte dei sanitari che hanno direttamente seguito il paziente e del medico responsabile del reparto?

(The contextual signing of the medical records by all those healthcare professional who directly assist the patient including the signature of the doctor in charge of the ward?):

SÌ   X   NO         
(YES        NO       )

La leggibilità del contenuto? (Legibility of the content?):

SÌ   X   NO         
(YES        NO       )

Verifiche periodiche sulle standard di qualità? (Periodic checks on quality standards?):

SÌ   X   NO         
(YES        NO       )

Se SI, ogni quanto tempo?: (If YES, every how often?):

6 mesi      12 mesi      24 mesi      oltre

(6 months)

(12 months)

(24 months)

(over)

☒☐☐☐

**ALLEGATI PER RC (MEDICAL LIABILITY ADDENDUM)**

## A.1. Servizi di consultorio (Counselling services)

A.1.1. Sono disponibili servizi di consultorio per i pazienti?

(Are any counselling services made available to patients?)

SÌ X NO       

(YES        NO       )

Se “SÌ”:

Indicare in quali delle seguenti categorie:

(If “YES”, please indicate in which of the following categories):

	N° di consulenti (N° of Counsellors)	Dipendenti (Employed by Establishment)	Liberi professionisti (Self Employed)	N° di pazienti (N° of patients)
Procreazione Assistita (Assisted Conception)	3	5		1500
Dipendenza da droga/alcool (Drug/Alcohol Dependency)				
Chirurgia estetica (Elective Cosmetic)				
Interruzione volontaria della gravidanza (Elective T.O.P.)		20		1500
Cambiamenti di sesso (Gender reassignment)				
HIV / epatiti / malattie a trasmissione sessuale (HIV/HEP/STD)				
Sterilizzazione (Sterilisation)				
Altro (specificare) (Other, please specify)				

A.1.2. Tutti i consulenti hanno qualifiche adeguate?  
(Do all Counsellors hold appropriate qualifications?)

SÌ   X   NO         
(YES        NO       )

Fornire dettagli:  
(Please provide details):

---

---

---

## A.2. Maternità / Ostetricia (Maternity / Obstetrics)

A.2.1. Indicare il numero di **parti** annuo:  
(Please state the total number of **deliveries** per annum):

6614\_\_\_\_\_

di cui:  
(of which):

Neonati sani (Healthy neonatals)	6751
Parti multipli (Multiple births)	212
Neonati morti (Stillborn infants)	22

Neonati partoriti prima della 32 settimana di gestazione \_763\_\_\_\_\_  
(Infants delivered at less than 32 weeks gestation)

Neonati con un peso alla nascita inferiore a 1.501g \_\_\_\_\_117\_\_\_\_\_  
(Infants delivered at less than 1.501g)

Neonati con un indice Apgar inferiore a 6 dopo 5 minuti \_\_\_\_\_  
(Infants with an Apgar rate of less than 6 at five minutes)

Numero di neonati trasferiti all'unità di cura intensiva per neonati \_\_\_\_\_425\_\_\_\_\_  
(Number of Infants admitted to the NICU/SCBU)

di cui:  
(of which)

provenienti dal Vostro reparto di ostetricia \_\_\_\_\_370\_\_\_\_\_  
(from your own Obstetrical department)

trasferiti da enti fuori dal controllo dal proponente \_\_\_\_\_55\_\_\_\_\_  
(transferred from entities outside the control of the Proposer)

A.2.2. Indicare la disponibilità e reperibilità delle seguenti figure professionali:  
(Please state the availability of the following professional figures):

A.2.3. E' disponibile un Ostetrico di guardia 24 ore su 24?  
(Is an Obstetrician available 'in-house' 24 hours per day?)

SÌ X NO \_\_\_\_\_



(YES\_\_\_\_NO\_\_\_\_)

A.2.4. E' disponibile un'altro Ostetrico esterno capace di presentarsi 24 ore su 24 all'Azienda Assicurata nel giro di 30 minuti?

(Is a second Obstetrician on call 24 hours per day who is able to attend within 30 minutes?)

SÌ \_\_X\_\_ NO \_\_\_\_

(YES\_\_\_\_NO\_\_\_\_)

A.2.5. E' disponibile un Pediatra di guardia 24 ore su 24?

(Is a Paediatrician available in-house 24 hours per day?)

SÌ \_\_X\_\_ NO \_\_\_\_

(YES\_\_\_\_NO\_\_\_\_)

A.2.6. E' disponibile un Anestesista esclusivamente per il reparto di ostetricia 24 ore su 24?

(Is an Anaesthetist available solely to the obstetrical department 24 hours a day?)

SÌ \_\_X\_\_ NO \_\_\_\_

(YES\_\_\_\_NO\_\_\_\_)

A.2.7. E' disponibile un altro Anestesista esterno capace di presentarsi 24 ore su 24 all'Azienda Assicurata nel giro di 30 minuti?

(Is a second Anaesthetist on call 24 hours per day who is able to attend within 30 minutes?)

SÌ \_\_X\_\_ NO \_\_\_\_

(YES\_\_\_\_NO\_\_\_\_)

A.2.8. Si possono effettuare tagli cesari 24 ore su 24 nel giro di 30 minuti?

(Can emergency Caesarean sections be performed within 30 minutes 24 hours per day?)

SÌ \_\_X\_\_ NO \_\_\_\_

(YES\_\_\_\_NO\_\_\_\_)

A.2.9. E' disponibile un servizio di consultorio per i genitori che hanno affrontato un aborto, o una morte perinatale, o la nascita di un bambino con handicap?

(Do you offer counselling services for parents following miscarriage, or perinatal death, or the birth of handicapped children?)

SÌ \_\_X\_\_ NO \_\_\_\_

(YES\_\_\_\_NO\_\_\_\_)

A.2.10. Nei reparti di Ginecologia/Ostetricia sono previste strutture specializzate in neonatologia?

(Do any specialist services for neonatology exist within the Gynaecology/Obstetrics wards?)

SÌ \_\_X\_\_ NO \_\_\_\_

(YES\_\_\_\_NO\_\_\_\_)

### A.3. Procreazione Assistita (Assisted Conception)

A.3.1. Se è presente un'unità di Procreazione Assistita, fornire una indicazione di tutti gli interventi effettuati:

(If an Assisted Conception unit is maintained, please give full percentage breakdown of all procedures undertaken):

Inseminazione Omologa (A.I.H.)	599
Inseminazione Eterologa (A.I.D.)	
Fertilizzazione in vitro (I.V.F. / E.T. / P.R.O.S.T.)	1117
Innesto di embrioni congelati (Frozen Embryo Replacement)	
G.I.F.T. (G.I.F.T.)	
Altri (Specificare quali e riportare la percentuale) (Other, please specific and indicate percentage)	

A.3.2. Sono disponibili servizi di consultorio per i pazienti?

(Sono disponibili servizi di consultorio per i pazienti?)

SÌ   X   NO       

(YES        NO       )

#### A.4. Sperimentazione Clinica (Clinical Trials)

A.4.1. 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)

TUTTE LE ORGANIZZAZIONI SOPRA MENZIONATE

A.4.2. Ricevete una copertura assicurativa completa dai Vostri committenti?  
(Do you receive full indemnity from your Principals?)

SÌ \_\_\_\_\_  
YES \_\_\_\_\_

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

SÌ \_\_\_\_\_  
YES \_\_\_\_\_

A.4.4. Se si effettuano studi a “doppio cieco”, i volontari ne sono pienamente consapevoli?  
(If “Double Blind” studies are undertaken are volunteers made fully aware of this?)

SÌ \_\_\_\_\_  
YES \_\_\_\_\_

A.4.5. Esistono sperimentazioni che coinvolgono volontarie in età riproduttiva?  
(Do any trials involve any female volunteers of child-bearing age?)

SÌ \_\_\_\_\_  
YES \_\_\_\_\_

A.4.6. Dichiarare l'introiti o il fatturato annuale:  
(Please state the Annual Income or Turnover):

Euro 1.6668.044,70 + IVA

A.4.7 Dichiarare il numero previsto di sperimentazioni effettuate negli ultimi 12 mesi, specificando il numero di volontari per ogni sperimentazioni:  
(Please state the number of trials during the last 12 months detailing the number of volunteers in each trial)

SPERIMENTAZIONI CHE HANNO OTTENUTO DETERMINA AUTORIZZATIVA DELL'ENTE NEL 2009: 118

A.4.9. Conducete ricerche, test o attività sperimentali nei seguenti campi:  
(Do you conduct any formal research, testing or experimental activities in the following categories?):

Trapianti  
Chirurgia  
Organi artificiali  
Ostetricia  
Ingegneria genetica

SÌ \_\_\_\_\_

YES \_\_\_\_\_

## A.5. Parametri Assicurativi (Insurance parameters)

A.5.1. Dichiarare le Retribuzioni lorde del personale dipendente (medico e non),, compresi i compensi per attività professionale intramuraria e quelli erogati al personale universitario:

Corrisposte nel precedente anno solare  
(Paid in the previous calendar year)

€ 174.692.181,64

A.5.2. Assicurazioni precedenti  
(Previous insurance history)

Chi è l'attuale Azienda Assicuratrice per la Responsabilità Professionale Medica o Civile dell'Azienda Assicurata?  
(Who are the present Medical Professional and/or Public Liability Underwriters of the Insured?)

Assimoco

La copertura assicurativa precedente si basava su una polizza CLAIMS MADE?  
(Has prior coverage been on a Claims made basis?)  
SÌ X\_\_ NO \_\_\_\_  
(YES\_\_NO\_\_\_\_)

Retroattività fino al 31.12.1997

Se "SÌ", qual'è la decorrenza della polizza?  
(If "YES" what is the retroactive date?)  
31.12.2007

Quali sono i massimali di copertura assicurativa della polizza attuale?  
(What are the present policy limits of insurance?)

€ 5.000.000,00 unico per sinistro  
€ 30.000.000,00 per anno

Qual'è l'importo dello scoperto contrattuale per ogni polizza?  
(What is the amount of self insured excess for each policy?)

Limitatamente alla Responsabilità Professionale Medica  
€ 20.000,00 per sinistro, col limite aggregato annuo di € 500.000,00

Una richiesta di questi tipi di copertura assicurativa è mai stata.....  
(Has any application for these types of insurance cover ever been.....):

rifiutata?

(declined)

SÌ \_\_\_\_\_ NO ☒ \_\_\_\_\_

(YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_)

annullata?

(cancelled)

SÌ ☒ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_)

vincolata a condizioni speciali?

(required special terms)

SÌ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_)

Se rispondete “SÌ” ad una delle domande precedenti, fornire dettagli in merito:

(If the answer to any of the above is “YES” please provide details)

L'attuale polizza è stata disdettata avvalendosi della clausola di rescindibilità annua.

Le attuali polizze prevedono Garanzia Postuma?

SÌ ☒ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si prevede una postuma di 6 mesi.

A.6. Richieste di risarcimento precedenti (Previous claims history)

Si vedano le statistiche sinistri allegate.

**FINE QUESTIONARIO**  
**(END OF QUESTIONNAIRE)**