

# Assicurazione della Responsabilità Civile di Aziende Sanitarie

## Proposta/Questionario

### AVVISI IMPORTANTI

- I** È nel Vostro interesse dichiarare nella presente Proposta/Questionario qualsiasi fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio che le 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** L'accettazione della presente Proposta/Questionario non impegna in alcun modo a stipulare la polizza.
- III** La polizza che verrà emessa, in caso di accettazione della presente Proposta/Questionario, sarà soggetta al principio del cosiddetto *claims made*, in base al quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento di cui il proponente sia venuto a conoscenza e che vengano comunicate 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 ed Indirizzo/ Full Name and address of the Authority:**

**Azienda Sanitaria Locale di Viterbo (ASL Viterbo)**  
**Via Enrico Fermi , 15 01100 Viterbo**  
**P.IVA e C.F. : 01455570562**

### **1.2. Comuni e territorio di competenza/ Municipalities and regions managed:**

**Territorio Provincia di Viterbo n. 60 Comuni**

### **1.3. Vi siete accorpati o scorporati 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.**

**Sì / No**

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

*Please state your employed staff gross wages as follows:*

	<b>Anno in corso 2015</b>	<b>Anno passato 2014</b>	<b>Anno precedente 2013</b>
<b>Personale sanitario/Medical</b>	130.372.283,00	132.336.378,00	133.649.966,00
<b>Altro/Other</b>	25.510.095,00	25.465.644,68	25.821.846,27
	<b>155.882.378,00</b>	<b>157.802.022,68</b>	<b>159.471.812,27</b>

**di cui:**

<b> dipendenti</b>			
personale sanitario	126.158.190,00	128.163.749,00	129.394.409,00
altro	24.234.934,00	24.355.774,00	24.836.422,00

  

<b>co.co.pro</b>			
personale sanitario	4.214.093,00	4.172.629,00	4.255.557,00
altro	1.275.161,00	1.109.870,68	985.424,27

**1.5. Ci sono stati cambiamenti strutturali nella Vostra attività o ci sono nuovi sviluppi possibili nei prossimi 12 mesi? Se Sì, si prega di fornire dettagli/ Have there been any structural changes in your business or any important new developments likely to occur over the next 12 months? If Yes, please provide details**

**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?**



<b>Ortopedia</b> <i>Orthopaedics</i>	<b>22</b>		<b>50</b>	<b>51</b>	<b>2997</b>
<b>Pediatria</b> <i>Paediatrics</i>		<b>21</b>	<b>44</b>	<b>11</b>	<b>39</b>
<b>Psichiatria</b> <i>Psychiatry</i>		<b>38</b>	<b>59</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>Altro</b> <i>Other</i>		<b>275</b>	<b>600</b>	<b>437</b>	<b>3904</b>
<b>Totale</b> <i>Total</i>	<b>124</b>	<b>399</b>	<b>1.051</b>	<b>681</b>	<b>13794</b>

## 1.9 Informazioni riguardanti il reparto di Ostetricia e Ginecologia:

1.9.1 Quanti sono i parti in un anno? **1.541 (di cui 25 gemellari)**

1.9.2 Numero di

parti gemellari **25**

bambini nati morti **1**

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

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 Sì

1.9.5 Nella struttura esiste un pediatra per 24 ore al giorno? / *Is a pediatrician available in-house 24 hours per day?*  
 / No Sì

1.9.6 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?*  
 / No Sì

1.9.7 Le levatrici possono assistere al parto senza la presenza di un medico? / *Can midwives attend birth without an attending doctor?*  
 No Sì /

1.9.8 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?*  
 Sì / 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> <b>(Numero)</b> <i>Nr. of staff employed</i>	<b>N. di pazienti</b> <i>Nr. of patients</i>
<b>Fecondazione assistita</b> <i>Assisted conception</i>		
<b>Alcolismo/tossicodipendenza</b> <i>Drug/Alcohol dependency</i>	<b>31</b>	<b>2.680</b>
<b>Chirurgia plastica volontaria</b> <i>Elective Cosmetic surgery</i>		
<b>Interruzione di gravidanza volontaria/</b> <i>Elective abortion</i>		<b>342</b>
<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>		
<b>Sterilizzazione</b> <i>Sterilisation</i>		
<b>Altro (specificare)</b> <i>Other (please specify)</i>		
<b>Totale / Total</b>		

**1.11 Prestate servizi di day hospital?/ Do you have Day hospital facilities?** **Sì / No**

Se Sì, Vi preghiamo di specificare il numero di visite di pazienti e discipline di specializzazione: / If yes, please provide No of patient visits and areas of specialisation:

**1.12 Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze?/ Do you own and utilise your own ambulances?** **Sì / No**

Se Sì, specificare: - **Nr di ambulanze: 7 ( dal 2016 saranno 4)**  
- **Nr di unità mobili di rianimazione: 0**

Se No, specificare come si è organizzati: **servizio integrato con il 118**

**1.13 Avete un'emoteca ? / Do you have a blood bank?** **Sì / No**

Se Sì, specificare il numero di unità di sangue utilizzate annualmente: **13.600**

**1.13.1 Il sangue è analizzato secondo specifiche procedure? / Is the blood analysed in accordance with relevant guidelines?**

**Si / No**

## **II. Consenso informato** *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.**

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

**In tutti i casi?            Sì / No**  
*In all cases?*

**Per iscritto?            Sì / No**  
*In writing?*

**2.2 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?**  
**Sì / No**

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

**Il medico che propone l'azione diagnostico-terapeutica**

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

**Tempo indeterminato in quanto facenti parte integrante delle cartelle cliniche**

**2.5 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?**  
**Sì / No**

**Vengono effettuata verifiche periodiche sul singolo caso. Il C.A.V.S. può intervenire**

**2.6 I moduli e/o i controlli sono oggetto di revisione periodica? / Are the forms and/or controls periodically audited?** **Sì / No**

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

**In linea di massima annuale , altrimenti biennale**





### **III. Cartelle cliniche**

#### *Case Notes*

**3.1 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?*

**Sì / No**

**3.2 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 responsabile della U.O.C. per la cartelle cliniche**

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

**Le Direzioni Sanitarie Ospedaliere controllano a campione il 2% delle cartelle**

#### **IV. 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.

**4.1 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 reclamo viene recepito dall' URP, scritto, firmato sia dall'operatore che dal reclamante ed inviato all'ufficio assicurativo**

**4.2 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:

**Il reclamo è inviato dall' URP all'ufficio assicurativo**

**4.3 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:

**La richiesta risarcitoria viene registrata al protocollo generale dell'Azienda ed inviata**

**all'ufficio assicurativo / legale per la gestione del sinistro**

**4.4 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 procedura segue le seguenti 6 fasi previste dal regolamento aziendale sulla base delle linee guida regionali:

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>1. Apertura sinistro</b>         | <b>richiesta risarcimento</b>  |
| <b>2. Fase preliminare:</b>         | <b>acquisizione documentazione legale-amministrativa</b>   |
| <b>3. Fase Istruttoria:</b>         | <b>raccolta documentazione necessaria alla trattazione del caso</b>  |
| <b>4. Fase Peritale/Accertativa</b> | <b>valutazione singolo sinistro</b>  |
| <b>5. Fase propositiva</b>          | <b>discussione in C.A.V.S.</b>   |
| <b>6. Fase Conclusiva</b>           | <b>in caso di accordo transattivo l'azione termina con l'adozione di un provvedimento deliberativo.<br/>Nel caso in cui non sia possibile pervenire ad una</b> |

**transazione si procede al fine di garantire una difesa efficace nell'intero corso del giudizio**

**4.5 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:*

**La procedura segue le seguenti 6 fasi previste dal regolamento aziendale sulla base delle linee guida regionali:**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>7. Apertura sinistro</b>          | <b>richiesta risarcimento</b>   |
| <b>8. Fase preliminare:</b>          | <b>acquisizione documentazione legale-amministrativa</b>  |
| <b>9. Fase Istruttoria:</b>          | <b>raccolta documentazione necessaria alla trattazione del caso</b>   |
| <b>10. Fase Peritale/Accertativa</b> | <b>valutazione singolo sinistro</b>   |
| <b>11. Fase propositiva</b>          | <b>discussione in C.A.V.S.</b>  |
| <b>12. Fase Conclusiva</b>           | <b>in caso di un evento avverso che non ha provocato danni fisici al paziente il sinistro viene respinto ed il procedimento termina con un sintetico verbale.</b> |

**4.6 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?*

**Sì / No**

## **V. Precedenti assicurativi**

### *Previous Insurance*

#### **5.1 Vi preghiamo di fornire informazioni sui Vostri assicuratori per i 3 (tre) anni passati**

*Please provide details of your insurers for the past 3 years:*

<b>Assicuratore <i>Insurer</i></b>	<b>Periodo di Assicurazione <i>Period of Insurance</i></b>	<b>Massimale <i>Limit of Indemnity</i></b>	<b>Franchigia <i>Deductible</i></b>	<b>Forma Type (L= Losses occurrin g, C= Claims made)</b>	<b>Data di retroattività à <i>Retrodate</i></b>	<b>Maggior termine per le comunicazion i <i>Extended Reporting Period</i></b>
<b>1. QBE</b>	<b>01/01/2012 01/01/2013</b>	<b>30.000.000</b>	<b>1.500.000</b>	<b>Claims made</b>	<b>31/12/2000</b>	<b>90 gg</b>
<b>1. QBE</b>	<b>01/01/2013 31/12/2013</b>	<b>30.000.000</b>	<b>1.500.000</b>	<b>Claims made</b>	<b>31/12/2000</b>	<b>90 gg</b>
<b>3. AM-TRUST</b>	<b>31/12/2013 31/12/2014</b>	<b>20.000.000 16.900.000 (al netto della franchigia)</b>	<b>800.000</b>	<b>Claims made</b>	<b>31/12/2003</b>	<b>45 gg.</b>
<b>3. AM-TRUST</b>	<b>31/12/2014 31/12/2015</b>	<b>20.000.000 16.900.000 (al netto della franchigia)</b>	<b>750.000</b>	<b>Claims made</b>	<b>31/12/2003</b>	<b>45 gg.</b>

## **VI. Richieste di risarcimento**

### *Claims Record*

**Si prega di fornire le seguenti informazioni sulle richieste di risarcimento e incidenti suscettibili di dare luogo ad una richiesta di risarcimento:**

*Please provide the following information on claims and incidents likely to give rise to a claim:*

**6.1 Una scheda completa sulle richieste di risarcimento e incidenti suscettibili di dare luogo ad una richiesta di risarcimento per gli ultimi 5 (cinque) anni che indichi ciascuna singola richiesta di risarcimento/incidente contenente le seguenti informazioni:** / *A complete claims record for the last 5 years by individual claim and incidents likely to give rise to a claim consisting of the following information:*

**Numero di riferimento/Reference number**

**Nome del richiedente/Name of claimant**

**Data dell'episodio/Date of incident**

**Data della richiesta di risarcimento/Date claim made**

**Importo liquidato/Paid Amount:**

**Importo riservato / Outstanding amount**

**Stato /Status: aperto/ Open;            in corso /Pending;    liquidato /Settled**

**Breve descrizione della lesione /accusa / Brief description of injury/allegation**

**Conferma che sono stati accettati dagli attuali/precedenti Assicuratori / Confirmation that they have been accepted by current / previous insurers**

**6.2 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?*

**Si / No**

**NOTA: Se le informazione sopra richieste verranno fornite in formato elettronico su un foglio di calcolo (Excel), ciò aiuterà considerevolmente a fornire una risposta ben ponderata.**

*The provision of the above information electronically in a spreadsheet format will greatly help to provide a considered response.*

## **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. \_\_\_\_\_

***Non richiesto da parte dell'Azienda. La copertura di cui sopra è gestita personalmente dagli interessati***

\* \* \* \* \*

Il/La sottoscritto/a, 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 / Società indicato al punto 1.1;

che tutte le risposte che precedono sono rilevanti ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, e che 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 alla base delle determinazioni circa l'assunzione del rischio e costituirà pertanto parte integrante della polizza;

**SI OBBLIGA**

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

**Ente (timbro)**

\_\_\_\_\_

**Firma e carica**

\_\_\_\_\_

**Data**

\_\_\_\_\_