

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO

1. INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA

1.1 DENOMINAZIONE ED INDIRIZZO

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

1.2 DATA DI COSTITUZIONE (indicare eventuali accorpamenti o scorpori negli ultimi anni)

01/01/2009 - PRESIDI OSPEDALIERI LAGONEGRO - VILLAD'AGRI - MELEI
SCORPORATI DAL 01/01/2017

1.3 COMUNI E/O ZONE TERRITORIALI DI COMPETENZA

1.4 RETRIBUZIONI LORDE CORRISPOSTE AL PERSONALE

	ultimo anno (2018)	anno in corso (previsione)	note
Personale dipendente ed assimilato (compreso intramoenia)	80.311.000,00	80.500.000,00	
Altro			

DIRETTORE U.O.C.
Gestione Sviluppo
delle Risorse Umane
Dr. Antonio Pedata

1.5 MODIFICAZIONI STRUTTURALI

- Sono in previsione cambiamenti strutturali nella vostra attività?

Si ☐ NO ☐

in caso affermativo specificare:

- Sono previsti per i prossimi 3 anni piani di investimento in relazione ad attrezzature e/o strutture sanitarie?

Si ☐ NO ☐

in caso affermativo specificare:

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO

1.6 SPECIALIZZAZIONI

La struttura è specializzata in specifiche aree e/o rappresenta un centro di eccellenza per qualche disciplina?

Si ☐ NO ☐

in caso affermativo specificare:

1.7 COMPOSIZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

denominazione	ubicazione	data costituzione	posti letto		sale operatorie n.	reparti n.	interventi chirurgici n. (ultimo anno)
			teorici	utilizzati (mediamente)			
170034 - LUNG	CHIAROMONTE (P2)	1.1.2015	16	16	—	1	—
Riabilitazione	CHIAROMONTE						
170035 - LUNG	VENOSA (P2)	1.1.2015	24	24	—	2	—
Riabilitazione	VENOSA (P2)						
170036 - LUNG	LAURIA (P2)	1.1.2015	24	24	—	2	—
Riabilitazione	LAURIA (P2)						
totali			64	64		5	

Reparto / Specializzazione	Posti letto n.		Operaz. chirurgiche n. (ultimo anno)	Ricoveri n. (ultimo anno)	
	Ordinari	Day Hospital		Ordinari	Day Hospital
POD LAURIA - RIABILITAZIONE	4	4		42	35
POD LAURIA - LUNGO DEGR.	16			244	
POD CHIAROMONTE - LUNGO	16			204	
POD VENOSA - RIABILITAZ.	12			104	
POD VENOSA LUNGO DEG.	12			83	
totali	60	4		644	35

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO

1.8 APPARECCHIATURE / SERVIZI SPECIALISTICI

Sono previsti Servizi Specialistici a supporto dei Reparti?

Si ☐ NO ☒

in caso affermativo compilare la seguente tabella, relativa alle Apparecchiature in dotazione, riportando eventuali notizie tecniche nella colonna NOTE

APPARECCHIATURE		Numero Addetti	Disponibilità Giornaliera			Manutenzione a Norme CEI 1276G - CEI 64/4/		NOTE
Tipologia	Numero		24 ore	12 ore	< 12 ore	SI	NO	
T.A.C.								
R.M.C.								
Camera Iperbarica								
Defibrillatore								
Litotritore								
Angiografia								
Elettrobisturi								
.....								

Vedi progetto

1.9 DATI SUL PERSONALE

composizione del personale dipendente di ruolo

Categoria		n. (ultimo anno)	n. (previsione)
Ruolo Sanitario	Dirigenti Medici	262	305
	Dirigenti non Medici	41	43
	Altro Personale (comparto)	829	830
Ruolo Amministrativo	Dirigenti	9	10
	Altro Personale (comparto)	258	270
Ruolo Tecnico	Dirigenti	12	13
	Altro Personale (comparto)	472	470
Ruolo Prof. e	Dirigenti	9	9
	Altro Personale		

DIRETTORE U.O.C.
Gestione Sviluppo
delle Risorse Umane
Dr. Antonio Pedota

1.10 ULTERIORI NOTIZIE

- La A.S.L./altro, per la propria attività, è collegata a Cliniche, Università e/o Istituti di Ricerca?

Si ☐ NO ☒

in caso affermativo specificare:

APPARECCHIATURE / SERVIZI SPECIALISTICI

Sono previsti Servizi Specialistici a supporto dei Reparti?

Sì

☒

No

☐

In caso affermativo compilare la seguente tabella, relativa alle apparecchiature in dotazione, riportando eventuali notizie tecniche nella colonna NOTE

APPARECCHIATURE		Numero Addetti	Disponibilità Giornaliera			Manutenzione a Norme CEI Fascicolo 1276G - CEI 64-4		NOTE
Tipologia	Numero		24 ore	12 ore	< 12 ore	SI	NO	
T.A.C.	4			X		X		N.2 in aggiornamento
R.M.C.	1			X		X		in aggiornamento
Camera Iperbarica	0							
Defibrillatore	216		X			X		
Litotritore	0							
Angiografia	0							
Elettrobisturi	12				X	X		

APPARECCHIATURE		Numero Addetti	Disponibilità Giornaliera			Manutenzione a Norme CEI Fascicolo 1276G - CEI 64-4		NOTE
Tipologia	Numero		24 ore	12 ore	< 12 ore	SI	NO	
ECOTOMOGRFO	65			X		X		tutte le fasce
EMODIALISI, APPARECCHIO PER	98			X		X		SERVICE
ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO	3			X		X		
MONITOR	30		X			X		
TAVOLO OPERATORIO	12			X		X		
VENTILATORE POLMONARE	9		X			X		
PORTATILE PER RADIOSCOPIA, APPARECCHIO	0							

APPARECCHIATURE		Numero Addetti	Disponibilità Giornaliera			Manutenzione a Norme CEI Fascicolo 1276G - CEI 64-4		NOTE
Tipologia	Numero		24 ore	12 ore	< 12 ore	SI	NO	
ACCELERATORE LINEARE	0							
TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO	8			X		X		
ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHEMICA	1			X		X		
GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA	0							
ANESTESIA, APPARECCHIO PER	2			X		X		
LAMPADA SCIALITICA	35			X		X		

APPARECCHIATURE		Numero Addetti	Disponibilità Giornaliera			Manutenzione a Norme CEI Fascicolo 1276G - CEI 64-4		NOTE
Tipologia	Numero		24 ore	12 ore	< 12 ore	SI	NO	
CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE	3			X		X		
MAMMOGRAFO	4			X		X		in aggiornamento
ANGIOGRAFIA DIGITALE, SISTEMA PER	0							
TOMOGRFO AD EMISSIONE DI POSITRONI	0							
ORTOPANTOMOGRFO / RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA, APPARECCHIO PER	11			X		X		
SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO	0							
SISTEMA CT/PET INTEGRATO	0							

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO

- viceversa, le Cliniche, Università, etc. si servono delle strutture della A.S.L./altro?

Si ☐ NO ☒

in caso affermativo specificare:

- indicare, inoltre, gli eventuali compensi spettanti a Cliniche, Università e/o Istituti di Ricerca:
€ di cui il% spettante a Medici specialisti in formazione

- vengono impiegate sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche?

Si ☐ NO ☒

- viene eseguita la distribuzione e/o l'utilizzo del sangue?

Si ☐ NO ☒

in caso affermativo specificare:

	ultimo anno	previsione
n. unità di sangue utilizzate		

- il sangue è analizzato secondo specifiche procedure?

Si ☐ NO ☐

- i reparti di chirurgia sono autorizzati per interventi di espanto e trapianto di Organi?

Si ☐ NO ☐

1.11 REPARTO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

- Quanti sono i parti in un anno (mediamente)? _____ di cui:
parti gemellari n. _____ bambini nati morti _____

- E' prevista la reperibilità di un'ostetrica 24 ore al giorno? Si ☐ NO ☐

- E' prevista la reperibilità di una seconda ostetrica 24 ore al giorno? Si ☐ NO ☐

- E' prevista la presenza di un pediatra 24 ore al giorno? Si ☐ NO ☐

- I parti cesarei di emergenza possono essere effettuati entro 30 minuti, 24 ore al giorno?
Si ☐ NO ☐

- Le levatrici possono assistere al parto senza la presenza di un medico? Si ☐ NO ☐

- Sono previsti servizi di terapia assistenza per genitori in seguito ad aborto, morte perinatale o nascita di bambini handicappati? Si ☐ NO ☐

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO

1.12 TERAPIE PRESTATE

tipo di terapia			n. pazienti	
	NO	SI	ultimo anno	previsione
Fecondazione assistita	/			
Alcolismo / tossicodipendenza			1651 + 950 = 2601	1.746
Chirurgia plastica volontaria	/			
Interruzione gravidanza volontaria	/			
Adeguamento tra identità fisica e psichica	/			
HIV, epatite, malattie sessualmente trasmissibili	/			
sterilizzazione	/			
Altro	/			

1.13 PRONTO SOCCORSO / GUARDIA MEDICA

- N. prestazioni complessivamente eseguite nell'anno: 166.947

- Si dispone di mezzi mobili di Pronto Intervento SI ☐ NO ☐
 - in caso affermativo specificare:
 - ambulanze n. 38
 - Unità Mobili di Rianimazione n. _____
 - in caso negativo precisare eventuali convenzioni con:
 - C.R.I. ☐
 - Associazioni Volontariato ☐
 - Altri ☐

- Esiste eliporto SI ☒ NO ☐

Note:

[Handwritten signature]

2. CONSENSO INFORMATO

2.1 Il consenso informato è richiesto al paziente prima della cura?

- In tutti i casi? Si ☐ NO ☐

- Per iscritto? Si ☐ NO ☐

in caso negativo specificare:

2.2 In caso di trattamenti complessi, il consenso informato è richiesto per ogni trattamento successivo o differente?

Si ☐ NO ☐

in caso negativo specificare:

2.3 Chi controfirma i documenti del consenso informato?

2.4 Come sono archiviati e per quanto tempo sono conservati?

2.5 La non conformità con le procedure di consenso informato costituisce una questione di tipo disciplinare?

Si ☐ NO ☐

in caso negativo specificare:

2.6 I moduli e/o i controlli sono oggetto di revisione periodica?

Si ☐ NO ☐

Se SI, ogni quanto tempo? _____

Note:

RESPONSABILITA' CIVILE ASL/AO/IRCCS/Istituti di Cura Diversi
QUESTIONARIO

☐ Si allega copia del testo "standard"

☐ Si allega inoltre la seguente ulteriore documentazione copia del testo "standard"

Questionario redatto in _____

Data _____

Timbro e firma

**IL DIRETTORE GENERALE
DOTT. LORENZO BOCHICCHIO**



Allegati:
