

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

**1. INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA**

**1.1 DENOMINAZIONE ED INDIRIZZO**

- ISTITUTO DI CURA A CARATTERE SCIENTIFICO – CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DELLA  
BASILICATA (IRCCS CROB) – VIA PADRE PIO RIONERO IN VULTURE (PZ)

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

- 10/03/2008

**1.3 COMUNI E/O ZONE TERRITORIALI DI COMPETENZA (non applicabile)**

**1.4 RETRIBUZIONI LORDE CORRISPOSTE AL PERSONALE**

	ultimo anno (2018)	anno in corso (previsione)	note
Personale dipendente ed assimilato (compreso intramoenia)	Euro 20.618.000	Euro 20.618.000	Fonte: Controllo di Gestione 2018
Altro (collaborazioni e borse di studio)	Euro 1.816.301	Euro 1.816.301	Fonte: Controllo di Gestione 2018

**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:

Sono già in attuazione Piani di investimento per ampliamenti/ ristrutturazioni del presidio e per integrazione del parco tecnologico, da implementare con ulteriori acquisti in attesa di finanziamenti ( si annovera robot da Vinci, tac di ultima generazione, etc..)

**1.6 SPECIALIZZAZIONI**

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

Si ☒

NO ☐

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

**in caso affermativo specificare:**

Il CROB persegue le finalità di ricerca clinica e traslazionale in campo biomedico, farmacologico e dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità nel campo dell'oncologia.

**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)			
IRCCS CROB	Via Padre Pio – Rionero in Vulture	2008	104	84	3 + 2 (day surgery)	8	
totali							

Reparto / Specializzazione	Posti letto n.		Operaz. chirurgiche n. (ultimo anno)	Ricoveri n. (ultimo anno)	
	Ordinari	Day Hospital		Ordinari	Day Hospital
<b>DIPARTIMENTO CHIRURGICO</b>					
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	0			
CHIRURGIA TESTA COLLO	2	0			
CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	11	1	181	151	30
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	5	1	460	239	221
CHIRURGIA SENOLOGICA	5	1	221	149	72
CHIRURGIA TORACICA	7	0	45	44	1
ONCOLOGIA GINECOLOGICA	1	1	28	1	27
TERAPIA DEL DOLORE	1	1			
UROLOGIA	3	1	169	143	26
<b>DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO</b>					
EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELLULE STAMINALI	9	3	13	13	0
ONCOLOGIA MEDICA	16	12			
CURE PALLIATIVE	8				
<b>DIPARTIMENTO TERAPIA RADIANTE E METABOLICA</b>					
MEDICINA NUCLEARE	3	1			
<b>totali</b>	<b>73</b>	<b>22</b>	<b>1117</b>	<b>740</b>	<b>377</b>

### 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.	2				✓	✓		
R.M.C.	2				✓	✓		
Camera Iperbarica	0							
Defibrillatore	17				✓	✓		
Litotritore	0							
Angiografia	0							
Elettrobisturi	9				✓	✓		
.....								

### 1.9 DATI SUL PERSONALE

composizione del personale dipendente di ruolo

Categoria		n. (ultimo anno)	n. (previsione)
Ruolo Sanitario	Dirigenti Medici	70	
	Dirigenti non Medici	13	
	Altro Personale (comparto)	224	
Ruolo Amministrativo	Dirigenti	2	
	Altro Personale (comparto)	45	
Ruolo Tecnico	Dirigenti	2	
	Altro Personale (comparto)	27,5	
.....			

### 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: *Università degli studi di Foggia; Policlinico Gemelli di Roma, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia ; Fondazione Ca' Grande*

- 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 (NON APPLICABILE)

- 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 ☐

#### 1.12 TERAPIE PRESTATE

tipo di terapia			n. pazienti	
	NO	SI	ultimo anno	previsione
Fecondazione assistita	✓			
Alcolismo / tossicodipendenza	✓			
Chirurgia plastica volontaria	✓			
Interruzione gravidanza volontaria	✓			
Adeguamento tra identità fisica e psichica	✓			
HIV, epatite, malattie sessualmente trasmissibili	✓			
sterilizzazione	✓			
RADIOTERAPIA		✓	258	
CHEMIOTERAPIA		✓	223	

#### 1.13 PRONTO SOCCORSO / GUARDIA MEDICA

N. prestazioni complessivamente eseguite nell'anno: \_\_\_\_\_ (NON APPLICABILE)

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

- Esiste eliporto Si ☒ NO ☐

Note:

---

---

---

---

## 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?

Il documento è firmato dal medico che propone la procedura e controfirmato dal paziente che acconsente consapevolmente ed eventualmente anche da ulteriori presenti.

### 2.4 Come sono archiviati e per quanto tempo sono conservati?

I documenti del consenso informato sono conservati in cartella clinica, facendone parte integrante, e conservati con essa perennemente.

### 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? periodicità annuale

Note:

---

---

---

☐ Si allega copia del testo "standard" (\*)

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

(\*) Non esiste un consenso standard, bensì i consensi sono specifici per procedure e trattamento.

Questionario redatto in \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

Allegati:

\_\_\_\_\_