

### III. Cartelle cliniche Case Notes

3.1 I protocolli standard delle cartelle cliniche richiedono: / Do standard case note protocols demand:

---

---

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~~ / No

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?

AL BISOGNO NEL CORSO DELLA DEGENZA; IN DIMISSIONE;  
PRIMA DELLA CONSEGNA ALL'ARCHIVIO CENTRALE D.S. D.O.  
CONTROFIRMA DAL DIRETTORE DELLA STRUTTURA;

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

DURANTE LA DEGENZA; ALLA DIMISSIONE; IN SEQUITO A  
RICHIESTA DI COPIA CONFORME SE LA CARTELLA E ANCORA  
IN REPARTO; CONTROLLI PERIODICI DELLA DIREZ. SANITARIA

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 (FRIMEXTRA ACAMPIONE)

~~SI~~ / No

## IV. Sperimentazione Clinica Clinical Trials

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*

PRODUTTORI DI FARMACI - FONDAZIONI DI RICERCA -  
PROGETTI AUTOGESTITI

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

~~Si~~ / No

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

~~Si~~ / No

4.4. Dichiarare il numero previsto di sperimentazioni effettuate negli ultimi 12 mesi, specificando il numero di volontari per ogni sperimentazione:

*Please state the number of trials during the last 12 months detailing the number of volunteers in each trial*

DIABETOLOGIA 2 ; RISPETTIVAMENTE 300 E 24  
VOLONTARI ; MEDICINA: 1 ; 6 VOLONTARI

4.5. Dichiarare il numero previsto di sperimentazioni in cui sarete coinvolti nei prossimi 12 mesi, specificando il numero di volontari per ogni sperimentazione:

*Please state the anticipated number of trials with which you will be involved during the next 12 months detailing the number of volunteers in each trial*

DIABETOLOGIA: 2 ; RISPETTIVAMENTE 60 E 30 VOLONTARI ;  
MEDICINA: 1 ; 6 VOLONTARI

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:*

**Trapianti**

*Transplants*

**Chirurgia**

*Surgery*

**Ostetricia**

*Obstetrics*

**Ricerca su embrioni umani**

*Human Embryo Research*

**Organi artificiali**

*Artificial organs*

**Ingegneria genetica**

*Genetic engineering*

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:

VIENE AVVIATO ALL'URP. (UFFICIO  
RELAZIONI CON IL PUBBLICO)

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:

E' IN VIA DI PREDISPOSIZIONE PROTOCOLLO AZIENDALE  
DA PARTE DEL RISK MANAGER

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:

E' IN VIA DI PREDISPOSIZIONE PROTOCOLLO AZIENDALE  
DA PARTE DEL RISK MANAGER

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:

E' IN VIA DI PREDISPOSIZIONE PROTOCOLLO  
AZIENDALE DA PARTE DEL RISK MANAGER

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

**Vedi specifica richiesta**

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

**7.2 In caso di sinistro implicante errore professionale del personale viene richiesta l'esibizione della polizza di RC professionale stipulata individualmente dal dipendente? / In case of loss implying professional error of staff, is the exhibition of an individual professional indemnity insurance bound by the employee required?**

**Si / No**

**7.3 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**

**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>
1.					
2.					
3.					

\* \* \* \* \*

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 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)** \_\_\_\_\_

**Firma e carica** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_