

# 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 da parte di \_\_\_\_\_ 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 da \_\_\_\_\_ 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 a \_\_\_\_\_ 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:**

**ISTITUTO NAZIONALE PER LO STUDIO E LA CURA DEI TUMORI FONDAZIONE  
G. PASCALE – NAPOLI – VIA MARIANO SEMMOLA – 80131 NAPOLI**

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

**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 / NoX**

**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</b> <i>This year</i>	<b>Anno passato</b> <i>Last Year</i>	<b>Anno precedente</b> <i>Prior Year</i>
<b>Personale sanitario/ Medical</b>			
<b>Altro/ Other</b>			

**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**

### **POSSIBILE INCREMENTO DI POSTI LETTO**

**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?**

**ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO – ISTITUTO NAZIONALE TUMORI**

**1.7. Vi preghiamo di fornire informazioni sugli ospedali di competenza come segue: Please provide full details of hospitals managed as follows:**

**Numero di ospedali/ Nr of hospitals: 1**

**Numero di letti /Nr of beds: 190 DI RICOVERI ORDINARI + 42 DI D.H.**

**Numero di sale operatorie/ Nr of operating theatres: 8**

**Numero di reparti / Nr of wards: N. 10 DEGENZE + 7 SERVIZI DI SUPPORTO**

**Numero totale di pazienti ammessi lo scorso anno / Total number of patients admitted in the last year: 18.000 (RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL)**

Di questi, quale percentuale proveniva da Stati Uniti d'America e Canada? / Of these what percentage were from the USA and Canada? NESSUNO

1.8. Vi preghiamo di fornire dettagli su: Please provide full details of:

Specializzazione/Reparto <i>Specialisation/Ward</i>	N. Chirurghi <i>Nr. of Surgeons</i>	N. altri Medici <i>Nr. of other Doctors</i>	N. Paramedici <i>Nr. of Para-medics</i>	N. di letti <i>Nr. of beds</i>	N. di operazioni chirurgiche <i>Nr. of Surgical Operations</i>
Pronto soccorso ed Emergenza <i>Accident &amp; Emergency</i>					
Cardiologia <i>Cardiology</i>		6	5		
Chirurgia plastica <i>Cosmetic surgery</i>					
Cure dentarie <i>Dentistry</i>					
Dermatologia <i>Dermatology</i>					
Geriatrics <i>Geriatrics</i>					
Ematologia <i>Haematology</i>		10	20	18	
B.O.C. + Terapia intensiva <i>Intensive Care</i>		16; 1 X TURNO	12	4	
Neurologia <i>Neurology</i>					
Ginecologia <i>Gynecology</i>	7 GINECOLOGI ONCOLOGI	4	10	12	
Oftalmologia <i>Ophthalmology</i>					
Ortopedia <i>Orthopaedics</i>	2			4	
Pediatria <i>Paediatrics</i>					
Psichiatria <i>Psychiatry</i>					
Altro <i>Other</i> ONCOLOGIE MEDICHE E CHIRURGICHE	50	132			
<b>Totale</b> <i>Total</i>	59	152	300	190	7.000

1.9 Informazioni riguardanti il reparto di Ostetricia e Ginecologia:

1.9.1 Quanti sono i parti in un anno? / Number of deliveries per annum: \_\_\_\_\_//\_\_

1.9.2 Numero di / Nr. of: //

parti gemellari / multiple births: \_\_//\_\_

bambini nati morti / stillborn infants: \_\_//\_\_

1.9.3 Esiste un'ostetrica reperibile 24 ore al giorno? / Is an obstetrician on call 24 hours per day?

Sì / No

//

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?

Sì / No

//

1.9.5 Nella struttura esiste un pediatra per 24 ore al giorno? / Is a paediatrician available in-house 24 hours per day?

Sì / No

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?*      Sì / No

//

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

//

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*

Tipo di terapia/assistenza <i>Type of Counselling</i>	Personale utilizzato (Numero) <i>Nr. of staff employed</i>	N. di pazienti <i>Nr. of patients</i>
Fecondazione assistita <i>Assisted conception</i>	//	//
Alcolismo/tossicodipendenza <i>Drug/ Alcohol dependency</i>	//	//
Chirurgia plastica volontaria <i>Elective Cosmetic surgery</i>	//	//
Interruzione di gravidanza volontaria/ <i>Elective abortion</i>	//	//
Adeguamento tra identità fisica ed identità psichica <i>Gender reassignment</i>	//	//
HIV, epatite, malattie sessualmente trasmissibili <i>HIV/Hepatitis/ STD</i>	//	//
Sterilizzazione <i>Sterilisation</i>	//	//
Altro (specificare) <i>Other (please specify)</i>	//	//
<b>Totale / Total</b>	//	//

1.11 Prestate servizi di day hospital? / *Do you have Day hospital facilities?*      **X** Sì / No  
**DAY SURGERY + CHEMIOTERAPIA**

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:*

16000 D.H. - ONCOLOGIA

1.12 Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze? / *Do you own and utilise your own ambulances?*      Sì / **NoX**

Se Sì, specificare: - Nr di ambulanze: / *If Yes, please provide nr. of ambulances:*

- Nr di unità mobili di rianimazione: /Nr. of intensive care mobile units:

Se No, specificare come si è organizzati / If no, please specify arrangements made :  
DITTA ESTERNA A CONTRATTO

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

Se Sì, specificare il numero di unità di sangue utilizzate annualmente: / If so please advise number of  
blood units consumed annually: CIRCA 2.000

1.13.1 Il sangue è analizzato secondo specifiche procedure? / Is the blood analysed in accordance with  
relevant guidelines?  Sì / 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?  
MEDICO E PAZIENTE

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

IN CARTELLA CLINICA ILLIMITATAMENTE

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

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

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

### **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?* X Si / 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?*  
ANNUALMENTE O IN VIRTU' DI ESIGENZE SPECIFICHE

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

### **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/richieste 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:*

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:*

**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:*

**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:*

**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:*

**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?*

**X 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:*

Assicuratore <i>Insurer</i>	Periodo di Assicurazione <i>Period of Insurance</i>	Massimale <i>Limit of Indemnity</i>	Franchigia <i>Deductible</i>	Forma <i>Type</i> (L= Losses occurring, C= Claims made)	Data di retroattività <i>Retrodate</i>	Maggior termine per le comunicazioni <i>Extended Reporting Period</i>
<b>1. GELRLING - KONZERN</b>	<b>15.09.2006 15.09.2009</b>		<b>NO</b>	<b>C</b>	<b>3 ANNI</b>	<b>30 GG</b>
<b>2. FARO SPA</b>	<b>31.01.2009 30.04.2010</b>		<b>NO</b>	<b>L</b>	<b>5 ANNI</b>	<b>30 GIORNI</b>
<b>3.</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 QBE a fornire una risposta ben ponderata.**

*The provision of the above information electronically in a spreadsheet format will greatly help QBE 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. \_\_\_\_\_

\* \* \* \* \*

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 da ----- 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 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, -----potrà liberamente recedere da qualsiasi trattativa, revocare proposte, modificare preventivi, ecc.

Ente (timbro) \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_