

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

_____ numero

_____ data

Oggetto: Presa d'atto della sottoscrizione tra l'Azienda e l'Associazione Gruppo Donatori di Sangue - Carla Sandri Onlus della nuova Convenzione e dell'Addendum alla Convenzione stessa per la collaborazione nel campo della donazione del sangue, sulla base dello schema di cui al DCA n. U00388 del 7 dicembre 2016, in recepimento dell'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n. 61 del 14 aprile 2016 - anni 2017-2019

Esercizio 2017 Conto _____

Centro di Costo 32010600 _____

Sottoconto n° _____

Budget:

- Assegnato € _____

- Utilizzato € _____

- Presente Atto € _____

- Residuo € _____

ovvero schema allegato Scostamento Budget NO SI

Il Direttore della UOC Economico Finanziaria e Patrimoniale _____

Data _____

U.O.S.D. PROPONENTE
AFFARI GENERALI

_____ Estensore Simona Bartolucci

Il Responsabile del procedimento:

Dr.ssa Maria Rita Corsetti

Data _____ Firma _____

Il Dirigente della U.O.S.D. proponente:

Dr.ssa Maria Rita Corsetti

Data _____ Firma _____

Proposta n° _____ del _____

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO f.f.

Data _____

IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott. Angelo Camaioni
PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Data _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Cristiano Camponi

La presente deliberazione si compone di n. _____ pagine di cui n. _____ pagine di allegati e di una pagina attestante la pubblicazione e l'esecutività, che ne formano parte integrante e sostanziale.



| | |
|--|---|
| <p>Esercizio 2017 Conto</p> <p>Centro di Costo 32010600</p> <p>Sottoconto n. 501010205 (sangue) n. 501010206 (plasma)</p> <p>Budget: - Assegnato</p> <p>- Utilizzato</p> <p>- Presente atto € 132.997,20 (sangue) € 6.548,85 (plasma)</p> <p>- Residuo</p> <p>Ovvero schema allegato <input type="checkbox"/></p> <p>Scostamento Budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>Il Direttore U.O.C. Economico Finanziaria e Patrimoniale _____</p> <p>Data _____</p> | <p>Esercizio 2018 Conto</p> <p>Centro di Costo 32010600</p> <p>Sottoconto n. 501010205 (sangue) n. 501010206 (plasma)</p> <p>Budget: - Assegnato</p> <p>- Utilizzato</p> <p>- Presente Atto € 132.997,20 (sangue) € 6.548,85 (plasma)</p> <p>- Residuo</p> <p>Ovvero schema allegato <input type="checkbox"/></p> <p>Scostamento Budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>Il Direttore U.O.C. Economico Finanziaria e Patrimoniale _____</p> <p>Data _____</p> |
| <p>Esercizio 2019 Conto</p> <p>Centro di Costo 32010600</p> <p>Sottoconto n. 501010205 (sangue) n. 501010206 (plasma)</p> <p>Budget: - Assegnato</p> <p>- Utilizzato</p> <p>- Presente Atto € 132.997,20 (sangue) € 6.548,85 (plasma).</p> <p>- Residuo</p> <p>Ovvero schema allegato <input type="checkbox"/></p> <p>Scostamento Budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>Il Direttore U.O.C. Economico Finanziaria e Patrimoniale _____</p> <p>Data _____</p> | |

Il Dirigente della U.O.S.D. Affari Generali

in qualità di Responsabile del Procedimento ai sensi della Legge 241/1990 e s.m.i

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

PREMESSO che dall'anno 2004 è stato instaurato con l'Associazione Gruppo Donatori di Sangue - Carla Sandri Onlus un rapporto convenzionale per la collaborazione nel campo della donazione del sangue, giusta Deliberazione n. 536/DG 30.09.2004, protrattosi negli anni successivi e da ultimo, in forza della Deliberazione n. 171/DG del 07.03.2016, per il triennio 2016/2018;

CONSIDERATO che, con nota prot. n. 21372 del 17.01.2017 (ns. prot. n. 1437/2017 del 17.01.2017), la Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio - Area Programmazione della rete ospedaliera e risk management ha trasmesso il DCA n. U00388 del 7 dicembre 2016, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 100 del 15.12.2016, in recepimento dell'Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n. 61/CSR del 14 aprile 2016 che ha approvato il nuovo schema di Convenzione tra le Aziende/Enti e le Associazioni /Federazioni di donatori volontari di sangue della Regione Lazio e lo schema di Convenzione in formato word da compilare dalle singole Aziende per ogni Associazione / Federazione di donatori volontari di sangue con cui sono convenzionate, anche con i dati forniti dal Centro Regionale Sangue, rinviando a successiva nota la convocazione dei Direttori Generali/Commissari Straordinari delle Aziende e i Rappresentanti legali delle Associazioni/Federazioni per la sottoscrizione delle convenzioni presso la suddetta Direzione e precisando, altresì, che ***“tutte le convenzioni, anche quelle con validità triennale, sono scadute il 31.12.2016 e prorogate fino alla nuova convenzione che deve essere obbligatoriamente sottoscritta alla presenza del Direttore della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio o suo delegato. In caso contrario, le Convenzioni non saranno ritenute valide e conformi alle norme nazionali e regionali.”***;

che, con nota prot. n. 73104 del 13.02.2017 (ns. prot. n. 4621/2017 del 13.02.2017), la Direzione Regionale ha fissato al 28 febbraio 2017 la convocazione di questa Azienda per la sottoscrizione delle nuove convenzioni tra l'Azienda stessa e le Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue con cui risultano instaurati rapporti convenzionali, tra cui l'Associazione Gruppo Donatori di Sangue - Carla Sandri Onlus;

che, in data 28.02.2017, sono state sottoscritte le nuove Convenzioni dal Direttore Generale dell'Azienda e dai Presidenti delle Associazioni di donatori di sangue già convenzionate con l'Azienda, rispettivamente AVIS e Carla Sandri;

che, con nota prot. n. 143912 del 20.03.2017 (ns. prot. n. 8394/2017 del 21.03.2017), la Direzione Regionale ha trasmesso in allegato i verbali relativi alle sottoscrizioni delle nuove convenzioni tra l'Azienda e le Associazioni/Federazioni e la nota “Aspetti attuativi nuove convenzioni tra le Aziende/Enti e le Associazioni /Federazioni di donatori volontari di sangue – DCA N. U00388/2016” contenente l'impegno a risolvere le criticità attuative, di seguito esplicitate, emerse nel contro degli incontri di sottoscrizione presso la sede della Regione Lazio;

che, con nota prot. n. 10890 del 13.04.2017, l'Azienda, con lettera interlocutoria, ha chiesto alla Regione Lazio di poter conoscere, nelle more della redazione e sottoscrizione dell'Addendum alle convenzioni stipulate, le indicazioni in ordine alle criticità anzidette, ed in particolare:

- a) Trasporto degli emocomponenti raccolti;
- b) Modalità operative relative al trattamento, alla conservazione temporanea ed allo smaltimento del materiale a rischio biologico;

che, con nota prot. n. 243941 del 15.05.2017 (ns. prot. n. 13799/2017 del 15.05.2017), la Direzione Regionale ha inviato lo schema di Addendum, da sottoscrivere e allegare alle Convenzioni già stipulate, sulle modalità operative di trattamento del materiale a rischio biologico e del trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti, con la precisazione che *“nelle more dell'espletamento della gara regionale per il trasporto sangue ed emocomponenti è facoltà dell'Azienda /Ente e delle Associazioni /Federazioni, determinare modalità differenti di rimborso della quota dovuta al trasporto”*;

che, con nota prot. 257579 GR1149 del 22.05.2017 (ns. prot. n. 14565/2017 del 22.05.2017), la Direzione Regionale, ha rappresentato che, come indicato anche dal Direttore del Centro Nazionale Sangue con la nota prot. n. 0000753 del 10.04.2017, la decorrenza e l'applicazione delle nuove Convenzioni tra le Aziende/Enti e Associazioni/Federazioni di donatori di sangue si intendono effettive dall'1 gennaio 2017;

che, con nota prot. n. 14424/2017 del 19.05.2017, il Direttore Medico f.f. dei Presidi Ospedalieri nel trasmettere alla U.O.C. Economico Finanziaria e Patrimoniale la comunicazione che *“l'attività del primo trimestre dell'Associazione Onlus è stata regolarmente espletata, come rappresentato dal Presidente dell'Associazione, dott.ssa Paola Tosi, e dal Direttore della U.O.C. Medicina trasfusionale, dott.ssa Rita Marinelli con nota del 02/05/2017 (in allegato)”* ha invitato a procedere alla liquidazione delle spettanze;

che il Dirigente proponente, con nota prot. n. 14586/2017 del 22.05.2017, ha formulato richiesta alla Dr.ssa Rita Marinelli, nelle more della redazione e sottoscrizione dell'Addendum alle convenzioni stipulate in ottemperanza alle indicazioni ricevute dalla Regione Lazio con nota prot. n. 243941GR1149 del 15.05.2017, di quantificare i volumi ed i costi previsti per l'anno 2017 e per il triennio 2017-2019 ed il rendiconto concernente il trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti, già eseguito dalle Associazioni, e la previsione per l'anno e per il triennio 2017-2019, al fine di indicare nei provvedimenti aziendali in corso di predisposizione la stima degli oneri a carico dell'Azienda da imputare sul Bilancio Aziendale;

che, con nota prot. n. 14636 del 23.05.2017, nel riscontrare la suddetta nota la Dr.ssa Rita Marinelli ha rappresentato, tra l'altro, che *“la UOC Medicina Trasfusionale conosce la pianificazione mensile delle raccolte associative il mese antecedente dette raccolte, pertanto quanto richiesto nella nota citata va concordato e programmato tra la UOSD Affari Generali e le Associazioni/Federazioni interessate, in grado di fornire in via presuntiva le potenzialità delle proprie attività di raccolta per il triennio 2017-2019”*;

che, il Direttore Sanitario f.f., con nota prot. n. 14711 del 23.05.2017, visto il riscontro, ha disposto di procedere *“ad effettuare una stima degli oneri a carico dell'Azienda da imputare sul Bilancio Aziendale attraverso una proiezione dei costi*

sulla base delle fatture emesse nel primo trimestre dalle Associazioni, invitando la Dr.ssa Rita Marinelli a fornire, comunque, il rendiconto concernente il trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti, già eseguito dalle Associazioni, e la previsione per l'anno e per il triennio 2017-2019”;

che, con nota acquisita al protocollo generale. prot. n. 0014897/2017 del 25.05.2017, l'Associazione in parola ha comunicato il rendiconto delle raccolte di sangue esterne che l'Associazione stessa ha effettuato per conto dell'Azienda nel primo trimestre 2017 controfirmato per presa visione e verifica dalla U.O.C. Medicina Trasfusionale;

che in data 05.06.2017 è stato sottoscritto tra l'Associazione e l'Azienda l'Addendum alla Convenzione in ottemperanza alle indicazioni impartite dalla Regione Lazio, prevedendo con particolare riguardo al Trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti quanto segue: *“Il trasporto del sangue e degli emocomponenti, raccolti dalle UdR gestite dall'Associazione, verso i Servizi Trasfusionali di riferimento o Strutture Trasfusionali dagli stessi indicate, rientra nelle attività previste a carico dell'Associazione sulla base della Convenzione stipulata e i relativi costi sono compresi nelle quote di rimborso, definite dall'Accordo Stato/Regioni, Rep. Atti n. 61/CSR del 14 aprile 2016. L'Associazione, non potendo garantire le modalità di trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti nel rispetto della tracciabilità, sicurezza e qualità previsti dalla normativa vigente, concorda con l'Azienda e con il Servizio Trasfusionale di riferimento tempi e modalità del trasporto stesso effettuato dall'Azienda, a fronte del rimborso economico del servizio prestatore. Tale rimborso, sulla base dei provvedimenti amministrativi già espletati per la fornitura di servizi di trasporto delle unità di sangue da sedi di raccolta esterna verso il Servizio Trasfusionale, si definisce nel costo unitario di € 30 per singolo percorso di viaggio. La contabilizzazione di tale onere a carico dell'Associazione viene gestita, a compensazione, nell'ambito della corresponsione delle quote dei rimborsi conseguenti alle attività svolte sulla base della Convenzione stipulata”;*

che il Direttore Medico f.f. dei Presidi Ospedalieri, Dott.ssa Paola Masala, ha comunicato con nota mail del 05.06.2017 “... la produzione totale del 1° trimestre 2017 è stata pari a 1093 per un importo pari a 33.225,26, si può ipotizzare un'attività annua pari a $1093 \times 4 = 4372$ più una percentuale del 5% con un importo pari a 132.901 Euro più il 5 %”;

RITENUTO

di prendere atto della sottoscrizione della nuova Convenzione avvenuta in data 28.02.2017 e dell'Addendum alla Convenzione stessa avvenuta il 05.06.2017 tra l'Azienda e l'Associazione con validità di tre anni con decorrenza dal 01.01.2017 sulla base dello schema di cui al DCA n. U00388 del 7 dicembre 2016, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 100 del 15.12.2016, in recepimento dell'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016, che allegati al presente provvedimento ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

di individuare quale responsabile della corretta esecuzione della convenzione stessa, il Direttore della U.O.C. di Medicina Trasfusionale, Dr.ssa Rita Marinelli, il quale assumerà la piena responsabilità in ordine alla spesa nonché

alla liquidazione e all'acquisizione del rendiconto concernente il trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti mentre la definizione dei fabbisogni è effettuata d'intesa con il Direttore f.f. della U.O.C. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri;

di procedere a liquidare all'Associazione le spettanze relative al I trimestre 2017 in ottemperanza alle indicazioni impartite dalla Regione Lazio con riguardo al Trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti e previste nell'Addendum alla Convenzione secondo il rendiconto delle raccolte di sangue esterne che l'Associazione stessa ha effettuato per conto dell'Azienda nel primo trimestre 2017, di cui alla sopra citata nota acquisita al protocollo generale prot. n. 0014897/2017 del 25.05.2017;

di prevedere, relativamente agli anni 2017, 2018 e 2019, come da indicazioni, di cui alla nota agli atti, della Direttore f.f. della U.O.C. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri, Dott.ssa Paola Masala che l'onere presunto a carico dell'Azienda per la corresponsione all'Associazione delle quote di rimborso tenuto conto del tariffario allegato alla nuova Convenzione e dell'Addendum che ha stabilito le modalità operative di trattamento del materiale a rischio biologico e del trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti, al fine di integrare le Convenzioni, trovi riferimento come segue:

–anno 2017 € **139.546,05**:

- quanto ad € 132.997,20 (sangue) sul conto n. 501010205 del bilancio 2017;

- quanto ad € 6.548,85 (plasma) sul conto n. 501010206 del bilancio 2017;

- anno 2018 € **139.546,05** :

- quanto ad € 132.997,20 (sangue) sul conto n. 501010205 del bilancio 2018;

- quanto ad € 6.548,85 (plasma) sul conto n. 501010206 del bilancio 2018;

- anno 2019 € **139.546,05**:

- quanto ad € 132.997,20 (sangue) sul conto n. 501010205 del bilancio 2019.

- quanto ad € 6.548,85 (plasma) sul conto n. 501010206 del bilancio 2019;

ATTESTATO

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. I della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. I della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

ATTESTATO

in particolare che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

PROPONE

per i motivi dettagliatamente esposti in narrativa che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di prendere atto della sottoscrizione della nuova Convenzione avvenuta in data 28.02.2017 e dell'Addendum alla Convenzione stessa avvenuta il 05.06.2017 tra l'Azienda e l'Associazione Gruppo Donatori di Sangue - Carla Sandri Onlus, con validità di tre anni con decorrenza dal 01.01.2017, sulla base dello schema cui alla di cui al DCA n. U00388 del 7 dicembre 2016, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 100 del 15.12.2016, in recepimento dell'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016, che allegati al presente provvedimento ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

– di individuare quale responsabile della corretta esecuzione della convenzione stessa, il Direttore della U.O.C. di Medicina TrASFusionale, il quale assumerà la piena responsabilità in ordine alla spesa nonché alla liquidazione e all'acquisizione del rendiconto concernente il trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti, mentre la definizione dei fabbisogni è effettuata d'intesa con il Direttore f.f. della U.O.C. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri;

– di procedere a liquidare all'Associazione le spettanze relative al I trimestre 2017 in ottemperanza alle indicazioni impartite dalla Regione Lazio con riguardo al Trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti e previste nell'Addendum alla Convenzione secondo il rendiconto delle raccolte di sangue esterne che l'Associazione stessa ha effettuato per conto dell'Azienda nel primo trimestre 2017, di cui alla sopra citata nota acquisita al protocollo generale prot. n. 0014897/2017 del 25.05.2017;

– di prevedere, relativamente agli anni 2017, 2018 e 2019, come da indicazioni, di cui alla nota agli atti, del Direttore f.f. della U.O.C. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri, Dott.ssa Paola Masala, che l'onere presunto a carico dell'Azienda per la corresponsione all'Associazione delle quote di rimborso tenuto conto del tariffario allegato alla nuova Convenzione e dell'Addendum che ha stabilito le modalità operative di trattamento del materiale a rischio biologico e del trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti, al fine di integrare le Convenzione stessa, trovi riferimento come segue:

– anno 2017 € **139.546,05:**

- quanto ad € 132.997,20 (sangue) sul conto n. 501010205 del bilancio 2017;

- quanto ad € 6.548,85 (plasma) sul conto n. 501010206 del bilancio 2017;

– anno 2018 € **139.546,05 :**

- quanto ad € 132.997,20 (sangue) sul conto n. 501010205 del bilancio 2018;

- quanto ad € 6.548,85 (plasma) sul conto n. 501010206 del bilancio 2018;

– anno 2019 € **139.546,05:**

- quanto ad € 132.997,20 (sangue) sul conto n. 501010205 del bilancio 2019.

- quanto ad € 6.548,85 (plasma) sul conto n. 501010206 del bilancio 2019.

**Il Dirigente della U.O.S.D.
Dr.ssa Maria Rita CORSETTI**

DIRETTORE GENERALE

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

IN VIRTU' dei poteri conferitegli con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00031 del 30 gennaio 2014 e prorogati con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00019 del 30.01.2017;

PRESO ATTO che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

PRESO ATTO altresì che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo attesta, in particolare, che lo stesso è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

VISTO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario f.f.;

ritenuto di dover procedere

DELIBERA

di approvare la proposta così come formulata, rendendola disposta.

La U.O.S.D. Affari Generali curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Ilde Coiro



Deliberazione

N.

DEL

Si attesta che la deliberazione: è stata
pubblicata sull'Albo Pretorio on-line in data

- è stata inviata al Collegio Sindacale in data:

- data di esecutività:

Deliberazione originale
Composta di n. fogli
Esecutiva il,
Il Dirigente della UOSD Affari Generali
(Dr.ssa Maria Rita Corsetti)

CONVENZIONE

ai sensi dell'Accordo Stato Regioni in applicazione dell'articolo 6, comma 1, lettera b) Legge 219/2005.

TRA

L'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata (di seguito Azienda) CF. e P.I. 04735061006 con sede in Roma, Via dell'Amba Aradam n. 9, a cui afferisce il Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT), nella persona del legale rappresentate pro tempore, il Direttore Generale, Dr.ssa Ilde Coiro, nato a Sant'Arsenio (SA) il 16.09.1954, domiciliato per la carica presso la sede legale dell'Azienda

E

L'Associazione Gruppo Donatori di Sangue - Carla Sandri Onlus (di seguito Associazione) iscritta nel Registro Regionale del Volontariato, sezione Sanità, sottosezione Donatori di Sangue con DGR n. 0066 del 10.03.2003 C.F. 97274430582 con sede in Roma, Via dell'Amba Aradam, 9, nella persona del legale rappresentate pro tempore, il Presidente, Dr.ssa Paola Tosi, nata a Roma il 27.02.1949, domiciliato per la carica presso la sede legale dell'Associazione

VISTA la legge 21 ottobre 2005, n. 219, "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati" e successive modificazioni e integrazioni, ed in particolare l'articolo 6, comma 1, lettera b e l'articolo 7, comma 2;

VISTA la legge 7 agosto 1990, n. 241 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi e successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la legge 11 agosto 1991, n. 266 recante "Legge quadro sul volontariato", ed in particolare gli articoli 8 e 11;

VISTO il decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, recante: "Attuazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali", in particolare l'articolo 4, comma 2;

VISTO il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali";

VISTO il decreto del Ministro della Salute 2 novembre 2015 recante "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" pubblicato nel S.O n. 69 alla Gazzetta Ufficiale del 28 dicembre 2015, n 300;

VISTO il decreto legislativo 3 aprile 2006; n. 152 recante "Norme in materia ambientale";

VISTO il decreto del Ministro della Salute 18 aprile 2007, recante: "Indicazioni sulla finalità statutarie delle Associazioni e Federazioni dei donatori volontari di sangue", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 Giugno 2007, n.140;

VISTO il decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, recante "Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti";

VISTO il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207, recante: "Attuazione della direttiva 2005/61/CE, che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti

indesiderati ed incidenti gravi";

VISTO il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, recante: "Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali";

VISTO il decreto del Ministro della Salute 21 dicembre 2007, recante: "Istituzione del sistema informativo dei servizi trasfusionali", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 16 Gennaio 2008, n.13;

VISTO l'Accordo Stato/Regioni recante i principi generali ed i criteri per la regolamentazione dei rapporti tra le Regioni e le Province Autonome e le Associazioni e Federazioni di donatori di sangue. Repertorio Atti n.115/CSR del 20 marzo 2008;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.612 del 7 agosto 2009 che ha approvato lo schema unico di Convenzione tra Aziende/Enti e Associazioni/Federazioni dei donatori volontari di sangue della Regione Lazio, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera b) della legge 21 ottobre 2005, n.219 e dell'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.115 del 20.03.2008;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n.U0082 del 16.12.2009 con il quale è stato approvato il Piano di riorganizzazione del Sistema Trasfusionale regionale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0092 del 23.11.2010 che ha confermato il Centro Regionale Sangue (CRS) come struttura regionale per il governo della Rete regionale del Sistema Trasfusionale;

VISTO l'Accordo Stato/Regioni, Repertorio Atti n.242 del 16.12.2010 concernente i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.139 che ha recepito l'Accordo Stato/Regioni, Repertorio Atti n.242 del 16.12.2010 concernente i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica;

VISTO l'Accordo Stato/Regioni, Repertorio Atti n.206/CSR del 13 ottobre 2011 sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali";

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.138 che ha recepito l'Accordo Stato/Regioni, Repertorio Atti n.206/CSR del 13 ottobre 2011 sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali";

VISTO l'Accordo tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti" sancito dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 25 luglio 2012 (Rep. atti n. 149/CSR);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00207 del 20.06.2014 concernente: "Recepimento Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n.149 del 25 luglio 2012. Piano di riordino dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 2 novembre 2015 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.69 del 28.12.2015 concernente: "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2016 n.U00024 con il quale è stata approvata la riorganizzazione del Centro Regionale Sangue (CRS);



VISTO l'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.168/CSR del 20.10.2015 concernente: "Indicazioni in merito al prezzo unitario di cessione, tra Aziende sanitarie e tra Regioni e Province autonome, delle unità di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasma derivati prodotti in convenzione, nonché azioni di incentivazione dell'interscambio tra le Aziende sanitarie all'interno della Regione e tra Regioni" in attuazione degli articoli 12, comma 4 e 14, comma 3 della legge 21 ottobre 2005, n.219;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 28 aprile 2016, n.U00136 che ha recepito l'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.168/CSR del 20.10.2015 concernente: "Indicazioni in merito al prezzo unitario di cessione, tra Aziende sanitarie e tra Regioni e Province autonome, delle unità di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasma derivati prodotti in convenzione, nonché azioni di incentivazione dell'interscambio tra le Aziende sanitarie all'interno della Regione e tra Regioni" in attuazione degli articoli 12, comma 4 e 14, comma 3 della legge 21 ottobre 2005, n.219;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00145 del 9 maggio 2016 con il quale è stato individuato il Servizio Trasfusionale dell'Azienda Policlinico Umberto I quale sede di back up per l'attività di qualificazione biologica;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00325 del 26.10.2016 che recepito l'Intesa della Conferenza Stato/Regioni n.121/CSR del 7 luglio 2016 sul Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi emergenze e il Piano strategico della rete trasfusionale regionale nelle emergenze e maxi emergenze;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00326 del 26.10.2016 concernente: "Acquisizione del nuovo sistema informatico di supporto alla rete trasfusionale della Regione Lazio;

VISTO l'Accordo Stato/Regioni concernente: "Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato/Regioni 20 marzo 2008 (Rep. Atti 115/CSR) relativo alla stipula di convenzioni tra Regioni, Province Autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue". Repertorio Atti n.61/CSR del 14 aprile 2016.

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE:

ARTICOLO 1 (Obiettivi)

1. Oggetto della convenzione sono le attività svolte dalle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue, declinate nei rispettivi allegati alla presente convenzione, di seguito riportate:
 - a) attività di gestione associativa - disciplinare A (Alleg. n. 1);
 - b) attività di gestione di Unità di Raccolta - disciplinare B (Alleg. n. 2)
2. La Convenzione, in attuazione a quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni 13 ottobre 2011, con il coordinamento del Centro Regionale Sangue (CRS), definisce e assicura la partecipazione delle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue:
 - a) all'attuazione dell'articolo 7, comma 2, della legge 219/2005;
 - b) alla programmazione regionale e locale delle attività trasfusionali e al relativo monitoraggio, attraverso gli organismi collegiali previsti;
 - c) al Comitato per il buon uso del sangue;
 - d) all'applicazione dell'Accordo Stato Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016 e al relativo monitoraggio dello stato di attuazione.
3. Alla Convenzione accedono le Associazioni e Federazioni di donatori di sangue i cui statuti corrispondono alle finalità previste dal Decreto del Ministro della Salute 18 aprile 2007, in attuazione dell'articolo 7, comma 3 della legge n.219 del 2005, regolarmente iscritte al Registro Regionale delle Associazioni del Volontariato, sezione Sanità, sottosezione Donazione di Sangue, di cui alla legge n. 266 del 1991.

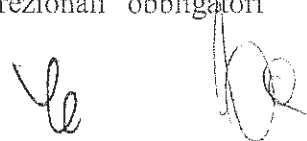


4. La convenzione applica alle attività svolte, di cui ai disciplinari A e B, le quote di rimborso uniformi e omnicomprensive su tutto il territorio nazionale definite nell'allegato 2 dell'Accordo Stato Regioni repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016 e riportate nell'allegato 3 del presente provvedimento.
5. Della convenzione possono far parte attività aggiuntive, nell'ambito esclusivo della promozione del dono e della tutela del donatore, non ricomprese nei disciplinari tecnici A e B, svolte dalle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue a supporto del sistema trasfusionale, come definite nel disciplinare tecnico C. Tali attività sono declinate in appositi progetti relativi: al raggiungimento dell'autosufficienza del sangue, emocomponenti e medicinali plasma derivati; all'approfondimento e al monitoraggio della salute dei donatori, quale popolazione epidemiologica privilegiata. Tali progetti possono comprendere anche l'avvio di sperimentazioni gestionali per un migliore raggiungimento dell'autosufficienza. I progetti, con l'approvazione e il coordinamento del CRS in fase di presentazione e di esecuzione, sono concordati tra le Associazioni e Federazioni di donatori e le Regioni e Province Autonome. Il testo del progetto contiene gli obiettivi, le responsabilità, le risorse, le modalità e le tempistiche di realizzazione, gli indicatori e le modalità di monitoraggio, nonché gli aspetti economici correlati, comprensivi della rendicontazione.

ARTICOLO 2

(Contenuti e durata della convenzione)

1. L'Azienda, con il coinvolgimento del CRS, e le Associazioni e Federazioni di donatori volontari del sangue, con la presente convenzione si impegnano a:
 - a) garantire e documentare che i Servizi Trasfusionali e le Unità di Raccolta, operanti sul territorio di riferimento e sotto la responsabilità tecnica degli stessi, siano in possesso dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale di cui agli articoli 19 e 20 della Legge 219/2005 (copia degli atti è allegata quale parte integrante della presente convenzione Alleg. nn. 4 e 5)
 - b) adeguare la programmazione delle attività trasfusionali quale elemento di indirizzo della gestione associativa dei donatori nonché della gestione delle Unità di Raccolta, ove di competenza associativa, per gli aspetti quantitativi e qualitativi alle necessità trasfusionali, in base ai criteri definiti in sede di programmazione regionale;
 - c) promuovere la donazione volontaria, associata, periodica, anonima non remunerata e responsabile del sangue e degli emocomponenti;
 - d) promuovere la sensibilizzazione, l'informazione e la formazione del donatore;
 - e) promuovere l'informazione dei cittadini sulla donazione, sull'appropriato utilizzo terapeutico del sangue e dei suoi prodotti per il miglioramento della salute dei cittadini, sui corretti stili di vita e sui temi a essi correlati;
 - f) promuovere lo sviluppo del volontariato organizzato del sangue e della sua rete associativa;
 - g) dare sostegno al miglioramento della attività di gestione associativa e alla definizione delle modalità di raccordo organizzativo con la rete trasfusionale;
 - h) garantire una gestione informatizzata delle attività svolte dalle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue, oggetto dell'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016 e della presente Convenzione, attraverso l'uso del sistema informativo trasfusionale regionale o della struttura trasfusionale di riferimento oppure attraverso l'integrazione con tali sistemi, mediante flussi informativi bidirezionali obbligatori



concordati con il CRS;

- i) promuovere la tutela del donatore, intesa nella sua forma più ampia per valore etico, giuridico e sanitario;
 - j) promuovere il miglioramento continuo dei sistemi di gestione della qualità nelle attività svolte dalle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue, con particolare riferimento alle attività trasfusionali, nel rispetto della titolarità dei percorsi di autorizzazione e accreditamento;
 - k) inserire e mantenere l'attività sanitaria di raccolta associativa del sangue e dei suoi componenti all'interno dei percorsi di autorizzazione e accreditamento delle attività trasfusionali regionali, ai sensi della normativa vigente;
 - l) garantire l'effettuazione, secondo le modalità previste dalla normativa vigente, della formazione del personale coinvolto nell'attività sanitaria di raccolta associativa del sangue e dei suoi componenti di cui alla presente convenzione;
 - m) incentivare lo sviluppo di programmi di promozione della salute specificatamente dedicati ai donatori di sangue e di valorizzazione del relativo osservatorio epidemiologico;
 - n) garantire il rispetto della tutela dei dati personali dei donatori;
 - o) garantire l'emovigilanza dei donatori;
 - p) definire le modalità di accesso ai documenti sanitari del donatore e ai documenti amministrativi;
 - q) definire le adeguate modalità di erogazione dei finanziamenti delle attività oggetto della convenzione;
 - r) garantire le necessarie coperture assicurative dei donatori;
 - s) definire: durata, validità, modalità ed organismi di controllo relativi all'applicazione della convenzione stessa;
 - t) definire le modalità di interazione con il Servizio Trasfusionale di riferimento, secondo la normativa vigente.
2. La presente convenzione ha validità di tre anni dalla sottoscrizione, fatto salvo l'aggiornamento dell'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016, secondo le modalità ivi previste.
 3. Sei mesi prima della scadenza della suddetta convenzione, le parti ne definiscono il rinnovo con il coinvolgimento del Centro Regionale Sangue (CRS).

ARTICOLO 3

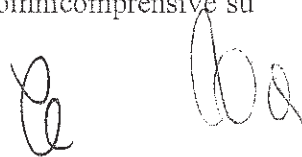
(Materiale di consumo, attrezzature, tecnologie e locali)

1. Il materiale di consumo è fornito dal Servizio Trasfusionale di riferimento e comprende: sacche per la raccolta di sangue intero, materiale per la raccolta in aferesi, provette, materiale per la disinfezione e per l'emoglobina pre-donazione.
2. L'utilizzo di attrezzature, tecnologie e locali dell'Azienda da parte dell'Associazione o viceversa, a supporto esclusivo delle attività trasfusionali, è regolato da eventuali appositi accordi nel rispetto della normativa regionale vigente.

ARTICOLO 4

(Rapporti economici)

1. Per lo svolgimento delle attività effettuate dalle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue oggetto della presente Convenzione, la Regione garantisce il riconoscimento delle quote di rimborso per l'attività di cui ai disciplinari A e B, uniformi e omnicomprensive su



tutto il territorio nazionale, indicate nell'allegato 2 dell'Accordo Stato Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016;

2. Le attività, nonché i relativi rimborsi, di cui al comma 1 del presente articolo sono effettuati sulla base della programmazione regionale concordata nel rispetto delle necessità trasfusionali quantitative e qualitative.
3. Le attività svolte dalle Associazioni e Federazioni di donatori non si considerano prestazioni di servizi ai fini della imposta sul valore aggiunto, ai sensi dell'articolo 8, comma 2, della legge 266 del 1991.
4. I rimborsi alle Associazioni e Federazioni di donatori sono pagati entro i termini stabiliti dal decreto legislativo n. 231 del 9 ottobre 2002.
5. I rimborsi delle attività di cui al comma 1 del presente articolo, svolte dalle Associazioni e Federazioni, sono adeguati secondo le modalità di verifica e di aggiornamento previste dal punto 11 dell'Accordo Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016;
6. Le Associazioni/Federazioni di donatori di sangue per ottenere i rimborsi relativi alle attività istituzionalmente svolte dalle stesse devono iscriversi all'Accordo Pagamenti costituito dalla Regione Lazio per la liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi;
7. Per lo svolgimento delle eventuali attività aggiuntive di cui al comma 5 dell'articolo I della presente Convenzione, come definite nel disciplinare tecnico C, la Regione garantisce le risorse economiche per la realizzazione dei relativi progetti.

ARTICOLO 5

(Accesso ai documenti amministrativi)

1. In relazione a quanto disposto dall'art. 11 della legge 11 agosto 1991, n. 266, alle Associazioni e Federazioni è riconosciuto il diritto di accesso ai documenti amministrativi della Regione con le modalità di cui al capo V della legge 7 Agosto 1990, n. 241 e successive integrazioni e modificazioni.

ARTICOLO 6

(Esenzioni)

1. La presente Convenzione è esente dall'imposta di bollo e dall'imposta di registro ai sensi dell'art. 8, comma 1, della legge 11 agosto 1991, n. 266.

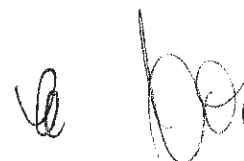
ARTICOLO 7

(Foro competente)

1. Per tutte le eventuali controversie sull'interpretazione ed esecuzione della presente convenzione sarà competente in via esclusiva il Foro di Roma.

ALLEGATI:

- Disciplinari sottoscritti A (Allegato n. 1) e B (Allegato n. 2);
- Quote di rimborso (Allegato n. 3);
- Decreti di autorizzazione e di accreditamento dei contraenti (Allegati nn. 4 e 5);
- Atto di programmazione del sistema trasfusionale (Allegato n. 6);



- Polizza assicurativa (Allegato n. 7);
- Elenco attrezzature SIMT SGA – Associazione (Allegato n. 8);
- Comodato d'uso locali (Allegato n. 9).

Roma, 28 FEB. 2017

Associazione Gruppo Donatori di Sangue -
Carla Sandri
Il Presidente
Dr.ssa Paola Tosi

Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero
San Giovanni Addolorata
Il Direttore Generale
Dr.ssa Ilde Coiro

“Gestione dell'attività associativa Associazione Gruppo Donatori di Sangue - Carla Sandri”

DISCIPLINARE TECNICO

Oggetto

Il presente disciplinare tecnico regola l'attività associativa garantita dall' Associazione Gruppo Donatori di Sangue – Carla Sandri a supporto dell'attività trasfusionale presso: l'AZIENDA OSPEDALIERA COMPLESSO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI ADDOLORATA

Promozione della donazione del sangue e dei suoi componenti

La Regione, con il coordinamento del CRS e l'Associazione dei donatori di sangue promuovono e sostengono la donazione volontaria, associata, periodica, anonima, non remunerata e responsabile del sangue e degli emocomponenti.

Tali attività sono attuate attraverso:

- a) il reclutamento dei donatori e la fidelizzazione degli stessi;
- b) lo sviluppo di iniziative e programmi di informazione, di comunicazione sociale, di educazione sanitaria, di formazione dei cittadini;
- c) il sostegno di specifici progetti riguardanti donatori, donazioni e utilizzo della terapia trasfusionale;
- d) lo svolgimento di iniziative di informazione sui valori solidaristici della donazione volontaria, associata, periodica, anonima, non remunerata e responsabile del sangue e degli emocomponenti;
- e) lo sviluppo della promozione delle donazioni in aferesi in coerenza con la programmazione regionale;
- f) la tutela dei donatori e dei riceventi, la promozione della salute rivolta ai donatori di sangue ed alla popolazione in generale.

L'Associazione assicura il proprio concorso al conseguimento degli obiettivi della programmazione concernenti l'autosufficienza per il sangue intero, per gli emocomponenti e per i prodotti medicinali plasma derivati, impegnandosi anche a finalizzare le iniziative di informazione e promozione della donazione alla realizzazione degli obiettivi qualitativi e quantitativi individuati dalla suddetta programmazione.

Il documento di programmazione annuale o pluriennale delle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti, comprensivo delle modalità organizzative correlate (es. calendario raccolta, orari, ecc.), costituisce parte integrante del presente atto (cfr. Allegato alla Convenzione n. 6).

L'Associazione attiva/partecipa i/ai programmi di educazione alla salute rivolti ai donatori e alla popolazione, con particolare riguardo al mondo della scuola, anche sostenendo le iniziative promosse a tale scopo dalla Regione o dalle Aziende Sanitarie/Enti, d'intesa con il CRS.

La Regione, con il coinvolgimento del CRS, fornisce all'Associazione il supporto tecnico-scientifico per una corretta e completa informazione ai cittadini sulle caratteristiche e modalità delle donazioni nonché sulle misure sanitarie dirette a tutelare la salute del donatore, anche ai fini della tutela del ricevente.

Gestione associativa

In base alla normativa vigente, la chiamata alla donazione è attuata dalle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue convenzionate secondo la programmazione definita d'intesa con

il Servizio Trasfusionale di riferimento.

Sulla base di quanto previsto dal documento di programmazione, la Regione, con il coinvolgimento del CRS, concorda con l'Associazione specifiche azioni di sostegno e modalità di raccordo per la gestione associativa dei donatori, in particolare attraverso:

- a) lo sviluppo di iniziative di carattere organizzativo che consentano una efficace gestione dell'attività di chiamata, accoglienza e fidelizzazione dei donatori, in coerenza con gli obiettivi definiti nell'ambito del piano di programmazione delle attività trasfusionali, tenuto conto della disponibilità alla donazione dei donatori;
- b) la definizione di modalità organizzative atte a favorire l'informatizzazione ed il coordinamento del servizio di chiamata programmata;
- c) l'uso del sistema informativo trasfusionale regionale o della struttura trasfusionale di riferimento oppure attraverso l'integrazione con tali sistemi, mediante flussi informativi bidirezionali obbligatori e concordati con il CRS. Tale comunicazione deve avvenire allo scopo di avere un'unica banca dati condivisa e consultabile da ognuno secondo i ruoli e le competenze previsti dalla normativa vigente.

A tal fine l'Associazione si impegna ad operare secondo programmi concordati con il Servizio Trasfusionale di riferimento e definiti nell'ambito degli organismi di partecipazione a livello locale.

L'Associazione può assicurare altresì il servizio di chiamata dei donatori periodici non iscritti, su delega del Servizio Trasfusionale, previo consenso dei donatori interessati.

L'Associazione si impegna inoltre a collaborare con il Servizio Trasfusionale nelle situazioni di emergenza che dovessero richiedere una raccolta straordinaria di sangue attenendosi, nel servizio di chiamata, alle direttive del CRS.

Formazione

L'Associazione e la Regione, con il coordinamento del CRS, nei rispettivi ambiti di competenza, perseguono il miglioramento continuo della qualità nelle attività trasfusionali, attraverso lo sviluppo della buona prassi e l'organizzazione di programmi specifici di formazione continua.

La Regione, anche attraverso le Aziende o aggregazioni delle medesime, promuove lo sviluppo delle attività di cui al presente articolo anche con eventuali risorse.

Tutela del donatore e promozione della salute

La normativa vigente riconosce alle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue la funzione di tutela del donatore, intesa come rispetto delle garanzie connesse alla donazione volontaria e gratuita del sangue e dei suoi componenti.

A tale fine la Regione, con il coinvolgimento del CRS, definisce specifiche modalità di collaborazione con l'Associazione/Federazione di donatori di sangue per favorire:

- a) il rispetto del diritto all'informazione del donatore;
- b) l'applicazione delle norme di qualità e sicurezza, con riferimento alle procedure per la tutela della salute del donatore;
- c) il rispetto della riservatezza per ogni atto che vede coinvolto il donatore;
- d) la tutela dei dati personali e sensibili del donatore;
- e) l'eventuale coinvolgimento del medico di medicina generale di riferimento del donatore, su esplicita richiesta del donatore stesso;
- f) l'applicazione delle azioni mirate al buon uso del sangue, attraverso l'attività dei Comitati

ospedalieri di buon uso del sangue, all'interno dei quali è garantita la partecipazione di almeno un rappresentante dell'Associazione;

g) i reciproci flussi informativi, come previsto dalla normativa vigente;

h) lo sviluppo di progetti di promozione della salute, sulla base dell'analisi e della valutazione epidemiologica dei dati rilevati sui donatori e sulle donazioni, al fine di promuovere stili di vita e modelli di comportamento sani, capaci di migliorare il complessivo livello di salute.

Informazione e consenso

Per consentire ai donatori di esprimere il proprio consenso informato alla donazione, oltre a quanto previsto dalla normativa vigente, la Regione, tramite l'Associazione in coerenza con le indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale di riferimento, con il supporto del CRS, promuove specifiche iniziative per l'informazione ed il periodico aggiornamento dei donatori sui criteri di valutazione della loro idoneità fisica alla donazione e sulle modalità per la raccolta del sangue e degli emocomponenti cui possono essere sottoposti.

La documentazione relativa al consenso informato è composta da (Allegati n. 1A, 1B e 1C):

- informativa e consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Associazione, ai sensi della normativa vigente sulla privacy;
- informativa e consenso per dati personali e sensibili da trattare da parte della Regione, ai sensi della normativa vigente sulla privacy;
- informativa e consenso alla donazione (da richiedere ad ogni donazione da parte della struttura titolare della raccolta, Servizio Trasfusionale o Unità di Raccolta).

Tutela della salute del donatore periodico e dell'aspirante donatore

La Regione, tramite le proprie strutture sanitarie, garantisce con il coordinamento del CRS, secondo la periodicità, la modalità e gli standard operativi stabiliti dalla normativa vigente, l'effettuazione degli accertamenti iniziali e periodici sui donatori previsti dalla stessa, uniformi su tutto il territorio nazionale, e degli altri eventuali accertamenti finalizzati a stabilire o a confermare l'idoneità fisica dei donatori e a tutelare la loro salute.

Sulla base dell'esito degli accertamenti, previa valutazione medica, con le modalità e in base ai criteri stabiliti dalla normativa vigente, il medico responsabile della selezione attesta l'idoneità del donatore ovvero ne dispone la sospensione temporanea o definitiva dalla donazione.

Al donatore è comunicata, dal Servizio Trasfusionale o dall'Unità di Raccolta cui afferisce, qualsiasi significativa alterazione clinica riscontrata durante la valutazione pre-donazione e negli esami di qualificazione biologica e di controllo.

Tali comunicazioni devono contenere l'invito ad informare il medico curante.

È garantita la tutela dei dati personali e sensibili del donatore in base alla normativa vigente.

Inidoneità alla donazione (articolo 8, Legge 219/2005)

In caso di inidoneità alla donazione, al donatore, lavoratore dipendente, verrà rilasciata idonea certificazione giustificativa di assenza dal lavoro, legata ai tempi di trasferimento e di permanenza presso la sede di raccolta.

Flussi informativi e informazioni sui donatori

L'Associazione, al fine della gestione della chiamata dei donatori e del monitoraggio delle attività donazionali, utilizza i dati del sistema gestionale informatico, fornito dalla Regione cui afferisce il Servizio Trasfusionale di riferimento o integrato con esso.

In attuazione di quanto disposto dall'articolo 7, comma 7, della legge n. 219/2005, l'Associazione



trasmette, anche su richiesta e di norma in modo informatizzato, al Servizio Trasfusionale di riferimento gli elenchi nominativi dei propri donatori iscritti e provvede al loro aggiornamento con cadenza almeno semestrale. L'Associazione garantisce al Servizio Trasfusionale collaborazione in riferimento a eventuali difficoltà nel rintracciare i donatori.

Le modalità per lo scambio delle informazioni tra l'Associazione dei donatori di sangue e il Servizio Trasfusionale sono concordate in sede degli organismi di partecipazione a livello locale sulla base delle linee guida predisposte dalla Regione, con il coinvolgimento del CRS, nel rispetto della normativa vigente.

Copertura assicurativa dei donatori

La Regione assicura la copertura dei rischi, in modo uniforme su tutto il proprio territorio, anche attraverso le Aziende, d'intesa con l'Associazione dei donatori di sangue, con idonee polizze assicurative o atti equivalenti aggiornate nei massimali minimi, che devono garantire il donatore e il candidato donatore da qualunque rischio, anche in itinere, connesso o derivante dall'accertamento dell'idoneità, dalla donazione di sangue e dei suoi componenti nonché dalla visita ed esami di controllo.

Copia della polizza assicurativa o degli atti equivalenti sarà allegata alla presente convenzione e costituirà parte integrante della stessa. (cfr Allegato alla Convenzione n. 7):

Rapporti economici

Per lo svolgimento delle attività effettuate dall'Associazione, in base alla presente convenzione, la Regione garantisce il rimborso omnicomprendivo dei costi delle attività associative, come da allegato 3 alla Convenzione.

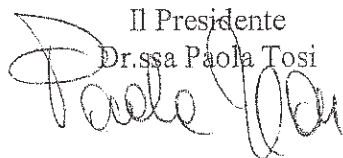
Ai fini della verifica dell'utilizzo dei rimborsi corrisposti, l'Associazione predispone annualmente una relazione da cui si evincano le attività svolte, sulla base dello specifico documento di programmazione e degli obiettivi concordati, comprensiva delle modalità di realizzazione e delle risorse impegnate, con riferimento a:

- a) promozione del dono;
- b) sensibilizzazione, informazione ed educazione del donatore (es. materiale informativo, ecc.);
- c) gestione della chiamata programmata;
- d) modalità di utilizzo e gestione dei flussi informativi.

Allegati al Disciplinare

- copia della polizza assicurativa cfr. Allegato alla Convenzione n. 7;
- documento come indicato alla voce "Rapporti economici" cfr. Allegato alla Convenzione n. 3;
- documento di applicazione della normativa Privacy in attuazione della Convenzione di riferimento, Allegati al presente disciplinare nn. 1A, 1B e 1C.

Associazione Gruppo Donatori di Sangue –
Carla Sandri
Il Presidente

Dr.ssa Paola Tosi


Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero
San Giovanni Addolorata
Il Direttore Generale
Dr.ssa Ilde Coiro





SCHEDA DI ADESIONE

Io sottoscritt _____ C.F. _____

nat _____ a _____ (Prov. _____) il ____ / ____ / ____

residente a _____ (Prov. _____) in Via _____

Cap _____ Telefono _____

Posta elettronica _____

chiedo di aderire al Gruppo Donatori di Sangue "Carla Sandri" in qualità di:

Donatore

Dichiaro di non essere iscritto ad altre Associazioni Donatori di Sangue.

Sono venut ___ a conoscenza dell'Associazione tramite:

- Promozione in Ospedale
 Internet
 Conoscenti
 Altro (specificare) _____

Roma _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della D. Lgs. 196/2003, ai sensi dell'art. 23 della legge stessa conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali limitatamente alle iniziative del Gruppo Donatori di Sangue "Carla Sandri" effettuate direttamente dal Gruppo stesso o per il tramite del Centro Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata.

Roma _____ Firma _____



Tipo donatore [] nuovo [] periodico

| | | | | |
|----------------------|--|---------------------|----------------------------|--|
| CDM | C.F. _____ | | nazionalità _____ | |
| | COGNOME e nome _____ | | sesso () M () F | |
| | Nato a _____ il _____ | | CAP _____ | |
| | Residente a _____ | | via /piazza _____ n. _____ | |
| etichetta anagrafica | TELEFONO: ABITAZIONE _____ | | CELL _____ | |
| | e-mail _____ | | | |
| | Altri recapiti _____ | | | |
| | DOCUMENTO IDENTITA' _____ numero _____ | Rilasciato da _____ | Scade il _____ | |
| | tipo _____ | | | |
| Medico curante _____ | | | | |

destinazione uso emc (a cura del medico):

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> uso clinico | <input type="checkbox"/> fraz. ind. | <input type="checkbox"/> no plasma e plt |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|

Gentile Donatore/donatrice prima di procedere alla compilazione delle successive sezioni è indispensabile prendere visione della informativa di seguito riportata e sottoscrivere il consenso al trattamento dei suoi dati. In assenza di consenso non potrà effettuare la donazione.

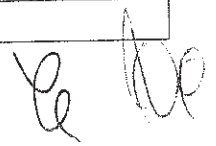
INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE

Ai sensi del " Codice in materia di protezione dei dati personali" (D.lvo 30 giugno 2003 n. 196); autorizzazioni 2/2014 e 8/2014 del garante per la protezione dei dati personali

- La informiamo che i suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati ESCLUSIVAMENTE per finalità sanitarie, volte alla valutazione della idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento di obblighi di legge. In particolare il Servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi.
- Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzati alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemilogico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei dati relativi ad altre strutture sanitarie, Enti, o Istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l'acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati.
- L'Indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e-mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarLe altre comunicazioni riguardanti la donazione. Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con l'adozione delle misure di sicurezza previste dalla Legge.
- I suoi dati personali non saranno diffusi.
- I Suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dal suo servizio trasfusionae. Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati compoterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti .
- Il titolare del trattamento è Presidente dell'Associazione Donatori Sangue Carla Sandri

| | | | |
|--|---------------|--------------------------|--------------------|
| Io sottoscritto | Cognome _____ | Nome _____ | Data nascita _____ |
| Acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali [] ACCONSENTO [] NON ACCONSENTO al trattamento dei dati personali e sensibili | | | |
| Data _____ | | Firma del donatore _____ | |

| | |
|--|-----------------|
| Cognome e nome operatore che ha raccolto il consenso _____ | qualifica _____ |
| Data _____ firma dell'operatore _____ | |





UdR
Ass. Donatori
CARLA SANDRI
•FIDAS•

**CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE DI SANGUE
ED EMOCOMPONENTI**

SGA_SIMT
Mod_CartDon
Rev. 5 del 08/02/16
Pagina 2 di 4

Tipo donatore [] nuovo [] periodico

1. Questionario anamnestico

| 1 STATO DI SALUTE PREGRESSO (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico) | | SI | NO |
|--|--|-----------|-----------|
| 1.1 | È stato mai ricoverato in ospedale ? (se SI perché?)..... | | |
| 1.2 | è stato mai affetto da: | | |
| 1.2.1 | • Malattie autoimmuni, reumatiche, articolari? | | |
| 1.2.2 | • Malattie infettive, tropicali , tubercolosi | | |
| 1.2.3 | • Iperensione arteriosa, malattie cardiovascolari | | |
| 1.2.4 | • Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici | | |
| 1.2.5 | • Malattie respiratorie | | |
| 1.2.6 | • Malattie gastrointestinali, malattie del fegato; ittero | | |
| 1.2.7 | • Malattie renali | | |
| 1.2.8 | • Malattie del sangue o della coagulazione | | |
| 1.2.9 | • Malattie neoplastiche (tumori) | | |
| 1.2.10 | • diabete | | |
| 1.2.11 | • Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza ? | | |
| 1.3 | Ha mai avuto shock allergico? | | |
| 1.4 | Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti, o somministrazione di medicinali derivati dal sangue ? Se si, quando?..... | | |
| 1.5 | È mai stato sottoposto a trapianto di organi, di tessuti (cornea, dura madre) o di cellule ? | | |
| 1.6 | In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jacob (malattia della " mucca pazza")? | | |
| 1.7 | Le è mai stato indicato di non poter donare sangue? | | |
| 1.8 | È vaccinato per l'epatite B ? | | |
| 2 | STATO DI SALUTE ATTUALE | SI | NO |
| 2.1 | È attualmente in buona salute? | | |
| 2.2 | Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute? | | |
| 2.3 | Se NO, quali malattie ha avuto e quando? | | |
| 2.4 | Ha attualmente , o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva? (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati) | | |
| 2.5 | Ha attualmente manifestazioni allergiche ? | | |
| 2.6 | Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia, o ha intenzione di farlo? | | |
| 2.7 | Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi? | | |
| 2.8 | Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale? | | |
| 2.9 | Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A, altre) ? | | |
| 2.10 | Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute, o pratica hobby rischiosi? | | |
| 3 | SOLO PER LE DONATRICI | SI | NO |
| 3.1 | È attualmente in gravidanza ? | | |
| 3.2 | Ha partorito negli ultimi 6 mesi ? | | |
| 3.3 | Ha avuto interruzioni di gravidanza negli ultimi 6 mesi? | | |
| 4 | FARMACI, VACCINI, SOSTANZE D'ABUSO | SI | NO |
| 4.1 | Ha assunto, o sta assumendo : | | |
| 4.1.1 | • Farmaci per prescrizione medica | | |
| 4.1.2 | • Farmaci per propria decisione | | |
| 4.1.3 | • Sostanze / integratori / principi attivi per attività sportive, e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata | | |
| 4.2 | Ha mai ricevuto somministrazione di ormoni della crescita o estratti ipofisari? | | |
| 4.3 | È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni ? | | |

Handwritten signature



Tipo donatore [] nuovo [] periodico

| | | | |
|----------|--|-----------|-----------|
| 4.4 | Ha abusato o abusa di bevande alcoliche ? | | |
| 4.5 | Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti ? | | |
| 5 | ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI CON LA TRASFUSIONE (i sottoelencati comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo , per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione) | SI | NO |
| 5.1 | Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, sulle epatiti virali e le altre malattie trasmissibili? | | |
| 5.2 | Ha, o ha avuto, malattie sessualmente trasmesse ? | | |
| 5.3 | Ha l'AIDS, o è portatore del virus HIV o crede di esserlo ? | | |
| 5.4 | Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo ? | | |
| 5.5 | Ha l'epatite B o C, o è portatore del virus dell'epatite B o C, o crede di esserlo ? | | |
| 5.6 | Il suo partner ha l'epatite B o C, o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo ? | | |
| 5.7 | Dall'ultima donazione, e comunque negli ultimi 4 mesi, ha cambiato partner ? | | |
| 5.8 | Dall'ultima donazione, e comunque negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali): | | |
| 5.8.1 | • Con partner risultato positivo ai test per epatite B e/o C o per l'AIDS ? | | |
| 5.8.2 | • Con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali rischio o del quale ignora le abitudini sessuali ? | | |
| 5.8.3 | • Con un partner occasionale ? | | |
| 5.8.4 | • Con piu' partner sessuali ? | | |
| 5.8.5 | • Con soggetti tossicodipendenti ? | | |
| 5.8.6 | • Con scambio di denaro o droga ? | | |
| 5.8.7 | • Con partner nato o proveniente da Paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa, e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo ? | | |
| 5.9 | Dall'ultima donazione, e comunque negli ultimi 4 mesi: | | |
| 5.9.1 | • Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B e dell'epatite C ? | | |
| 5.9.2 | • È stato sottoposto ad interventi chirurgici, esami endoscopici (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc) ? | | |
| 5.9.3 | • Si è sottoposto a: a) Somministrazione di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili b) Agopuntura con dispositivi non monouso c) Tatuaggi d) Piercing o foratura delle orecchie e) Somministrazione di emocomponenti o medicinali plasmaderivati | | |
| 5.9.4 | • Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue ? | | |
| 5.9.5 | • E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue ? | | |
| 6 | SOGGIORNI ALL'ESTERO / PROVINCE ITALIANE | SI | NO |
| 6.1 | è nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero ? Se SI, in quali Paesi ? | | |
| 6.2 | I suoi genitori sono nati in Paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico ? | | |
| 6.3 | Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito, nel periodo 1980- 96 ? | | |
| 6.4 | È stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980 ? | | |
| 6.5 | Ha avuto malaria, o febbre inspiegata, durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro ? | | |
| 6.6 | Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato, anche per una sola notte, in Paesi esteri o in altre Province Italiane ? (malattia da West Nile Virus). Se SI, dove? | | |

Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili, con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato.

Data _____ firma del donatore _____ firma del medico _____



Tipo donatore nuovo periodico

2. Parametri fisici

| parametro | valore | parametro | valore |
|----------------------|--------|-------------|--------|
| Età: | | P.A. (mmHg) | |
| Peso (Kg) | | Fc (min) | |
| Hb (g/dL) | | | |
| Parametri aggiuntivi | | | |
| Firma operatore | | | |

3. Valutazione clinico/anamnestica

Condizioni di salute

Ricordo anamnestico:

3. Giudizio di idoneità. Il donatore risulta:

| | | |
|--|-------------|--------|
| <input type="checkbox"/> idoneo a donare | Tipo di emc | Volume |
| <input type="checkbox"/> escluso temporaneamente | Motivo | Fino a |
| <input type="checkbox"/> escluso permanentemente | Motivo | |

Data _____ Firma leggibile del medico responsabile selezione _____

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO ED EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI

| lo sottoscritto | Cognome | Nome | Data nascita |
|-----------------|---------|------|--------------|
|-----------------|---------|------|--------------|

Dichiaro di:


- Aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato
- Aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute
- Essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato
- Aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulle procedure di donazione proposta
- Essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente rifiutare il consenso
- Non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta
- Sottopormi volontariamente alla donazione, e che nelle 24 ore successive non svolgerò attività o hobby rischiosi
- Acconsentire all'esecuzione sul proprio campione di sangue dei test prescritti per legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue

| | | | |
|------|--------------------|--|--------------|
| Data | Firma del donatore | Medico che ha raccolto il consenso (cognome e nome) | Firma medico |
|------|--------------------|--|--------------|

Dati della donazione: ora _____ volume effettivo prelievo _____ mL durata _____ min

| Prelievo interrotto | | Effetti collaterali | |
|---|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> insuff. venosa | <input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> ematoma | <input type="checkbox"/> lipotimia, con perdita di coscienza |
| <input type="checkbox"/> rottura vena | | <input type="checkbox"/> senso di malessere | <input type="checkbox"/> sintomi da ipocalcemia |
| <input type="checkbox"/> malessere | | <input type="checkbox"/> crisi convulsiva | <input type="checkbox"/> altro: |
| Eventuali terapie: | | | |

Firma leggibile di chi ha eseguito il prelievo _____

| | | |
|---|--|---------------------|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA UOC Medicina Trasfusionale | CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI | SGA_SIMT |
| | | Mod_CartDon |
| | | Rev. 5 del 08/02/16 |
| | | Pagina 1 di 4 |
| Tipo donatore [] nuovo [] periodico | | |

| | | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------|-----------------|----------|-----------------|
| CDM | C.F. | | nazionalità | | |
| | COGNOME e nome | | | | |
| | Nato a | | data di nascita | | sex () M () F |
| | Residente a | | CAP | | |
| etichetta anagrafica | via / piazza n. | | | | |
| | TELEFONO : ABITAZIONE | | CELL | | |
| | e-mail | | | | |
| | Altri recapiti | | | | |
| | DOCUMENTO IDENTITA' tipo | numero | Rilasciato da | Scade il | |
| | Medico curante | | | | |

destinazione uso emc (a cura del medico):

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> uso clinico | <input type="checkbox"/> fraz. ind. | <input type="checkbox"/> no plasma e plt |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|

Gentile Donatore/donatrice prima di procedere alla compilazione delle successive sezioni è indispensabile prendere visione della informativa di seguito riportata e sottoscrivere il consenso al trattamento dei suoi dati. In assenza di consenso non potrà effettuare la donazione.

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE

Ai sensi del " Codice in materia di protezione dei dati personali" (D.lvo 30 giugno 2003 n. 196); autorizzazioni 2/2014 e 8/2014 del garante per la protezione dei dati personali

- La informiamo che i suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati ESCLUSIVAMENTE per finalità sanitarie, volte alla valutazione della idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento di obblighi di legge. In particolare il Servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi.
- Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzati alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei dati relativi ad altre strutture sanitarie, Enti, o Istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l'acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati.
- L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e-mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarLe altre comunicazioni riguardanti la donazione. Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con l'adozione delle misure di sicurezza previste dalla Legge.
- I suoi dati personali non saranno diffusi.
- I Suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dal suo servizio trasfusionale. Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati compoterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti .
- Il titolare del trattamento è il Direttore Generale Azienda Ospedaliera S.Giovanni-Addolorata
- Il responsabile del trattamento è il Direttore della UOC Medicina Trasfusionale Az. Ospedaliera S.Giovanni-Addolorata

| | | | |
|--|---------|--------------------|--------------|
| Io sottoscritto | Cognome | Nome | Data nascita |
| Acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali [] ACCONSENTO [] NON ACCONSENTO al trattamento dei dati personali e sensibili | | | |
| Data | | Firma del donatore | |

| | |
|--|----------------------|
| Cognome e nome operatore che ha raccolto il consenso | qualifica |
| Data | firma dell'operatore |

Handwritten signature

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE DI SANGUE
ED EMOCOMPONENTI

Tipo donatore [] nuovo [] periodico

1. Questionario anamnestico

| 1 STATO DI SALUTE PREGRESSO (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico) | | SI | NO |
|--|---|----|----|
| 1.1 | È stato mai ricoverato in ospedale ? (se SI perché?)..... | | |
| 1.2 | è stato mai affetto da: | | |
| 1.2.1 | • Malattie autoimmuni, reumatiche, articolari? | | |
| 1.2.2 | • Malattie infettive, tropicali , tubercolosi | | |
| 1.2.3 | • Ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari | | |
| 1.2.4 | • Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici | | |
| 1.2.5 | • Malattie respiratorie | | |
| 1.2.6 | • Malattie gastrointestinali, malattie del fegato; ittero | | |
| 1.2.7 | • Malattie renali | | |
| 1.2.8 | • Malattie del sangue o della coagulazione | | |
| 1.2.9 | • Malattie neoplastiche (tumori) | | |
| 1.2.10 | • diabete | | |
| 1.2.11 | • Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza ? | | |
| 1.3 | Ha mai avuto shock allergico? | | |
| 1.4 | Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti, o somministrazione di medicinali derivati dal sangue ? Se sì, quando?..... | | |
| 1.5 | È mai stato sottoposto a trapianto di organi, di tessuti (cornea, dura madre) o di cellule ? | | |
| 1.6 | In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jacob (malattia della " mucca pazza")? | | |
| 1.7 | Le è mai stato indicato di non poter donare sangue? | | |
| 1.8 | È vaccinato per l'epatite B ? | | |
| 2 STATO DI SALUTE ATTUALE | | SI | NO |
| 2.1 | È attualmente in buona salute? | | |
| 2.2 | Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute? | | |
| 2.3 | Se NO, quali malattie ha avuto e quando? | | |
| 2.4 | Ha attualmente , o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva? (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati) | | |
| 2.5 | Ha attualmente manifestazioni allergiche ? | | |
| 2.6 | Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia, o ha intenzione di farlo? | | |
| 2.7 | Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi? | | |
| 2.8 | Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale? | | |
| 2.9 | Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A, altre) ? | | |
| 2.10 | Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute, o pratica hobby rischiosi? | | |
| 3 SOLO PER LE DONATRICI | | SI | NO |
| 3.1 | è attualmente in gravidanza ? | | |
| 3.2 | Ha partorito negli ultimi 6 mesi ? | | |
| 3.3 | Ha avuto interruzioni di gravidanza negli ultimi 6 mesi? | | |
| 4 FARMACI, VACCINI, SOSTANZE D'ABUSO | | SI | NO |
| 4.1 | Ha assunto, o sta assumendo : | | |
| 4.1.1 | • Farmaci per prescrizione medica | | |
| 4.1.2 | • Farmaci per propria decisione | | |
| 4.1.3 | • Sostanze / integratori / principi attivi per attività sportive, e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata | | |
| 4.2 | Ha mai ricevuto somministrazione di ormoni della crescita o estratti ipofisari? | | |
| 4.3 | È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni ? | | |

CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE DI SANGUE
ED EMOCOMPONENTI

Tipo donatore [] nuovo [] periodico

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 4.4 | Ha abusato o abusa di bevande alcoliche ? | | |
| 4.5 | Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti ? | | |

5 ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI CON LA TRASFUSIONE

(i sottoelencati comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo , per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione)

| | | SI | NO |
|-------|---|----|----|
| 5.1 | Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, sulle epatiti virali e le altre malattie trasmissibili? | | |
| 5.2 | Ha, o ha avuto, malattie sessualmente trasmesse ? | | |
| 5.3 | Ha l'AIDS, o è portatore del virus HIV o crede di esserlo ? | | |
| 5.4 | Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo ? | | |
| 5.5 | Ha l'epatite B o C, o è portatore del virus dell'epatite B o C, o crede di esserlo ? | | |
| 5.6 | Il suo partner ha l'epatite B o C, o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo ? | | |
| 5.7 | Dall'ultima donazione, e comunque negli ultimi 4 mesi, ha cambiato partner ? | | |
| 5.8 | Dall'ultima donazione, e comunque negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali): | | |
| 5.8.1 | • Con partner risultato positivo ai test per epatite B e/o C o per l'AIDS ? | | |
| 5.8.2 | • Con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali rischio o del quale ignora le abitudini sessuali ? | | |
| 5.8.3 | • Con un partner occasionale ? | | |
| 5.8.4 | • Con piu' partner sessuali ? | | |
| 5.8.5 | • Con soggetti tossicodipendenti ? | | |
| 5.8.6 | • Con scambio di denaro o droga ? | | |
| 5.8.7 | • Con partner nato o proveniente da Paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa, e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo ? | | |
| 5.9 | Dall'ultima donazione, e comunque negli ultimi 4 mesi: | | |
| 5.9.1 | • Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B e dell'epatite C ? | | |
| 5.9.2 | • È stato sottoposto ad interventi chirurgici, esami endoscopici (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc) ? | | |
| 5.9.3 | • Si è sottoposto a: a) Somministrazione di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili b) Agopuntura con dispositivi non monouso c) Tatuaggi d) Piercing o foratura delle orecchie e) Somministrazione di emocomponenti o medicinali plasmaderivati | | |
| 5.9.4 | • Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue ? | | |
| 5.9.5 | • E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue ? | | |


6 SOGGIORNI ALL'ESTERO / PROVINCE ITALIANE

| | | SI | NO |
|-----|---|----|----|
| 6.1 | è nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero ? Se SI, in quali Paesi ? | | |
| 6.2 | I suoi genitori sono nati in Paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico ? | | |
| 6.3 | Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito, nel periodo 1980- 96 ? | | |
| 6.4 | È stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980 ? | | |
| 6.5 | Ha avuto malaria, o febbre inspiegata, durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro ? | | |
| 6.6 | Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato, anche per una sola notte, in Paesi esteri o in altre Province italiane ? (malattia da West Nile Virus). Se SI, dove? | | |

Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso completamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili, con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato.

| | | |
|------|--------------------|------------------|
| Data | firma del donatore | firma del medico |
|------|--------------------|------------------|

| | | |
|---|--|---------------------|
|  SISTEMI SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA UOC Medicina Trasfusionale | CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI | SGA_SIMT |
| | | Mod_CartDon |
| | | Rev. 5 del 08/02/16 |
| Tipo donatore [] nuovo [] periodico | | Pagina 4 di 4 |

2. Parametri fisici

| parametro | valore | parametro | valore |
|----------------------|--------|-------------|--------|
| Età: | | P.A. (mmHg) | |
| Peso (Kg) | | Fc (min) | |
| Hb (g/dL) | | | |
| Parametri aggiuntivi | | | |
| Firma operatore | | | |

3. Valutazione clinico/anamnestica

| |
|----------------------|
| Condizioni di salute |
| |
| |
| |
| Ricordo anamnestico: |
| |
| |
| |
| |
| |

3. Giudizio di idoneità. Il donatore risulta :

| | | |
|--|-------------|--------|
| <input type="checkbox"/> idoneo a donare | Tipo di emc | Volume |
| <input type="checkbox"/> escluso temporaneamente | Motivo | Fino a |
| <input type="checkbox"/> escluso permanentemente | Motivo | |

Data _____ Firma leggibile del medico responsabile selezione _____

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO ED EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI

| | | | |
|-----------------|---------|------|--------------|
| Io sottoscritto | Cognome | Nome | Data nascita |
|-----------------|---------|------|--------------|

Dichiaro di:

- Aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato
- Aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute
- Essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato
- Aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulle procedure di donazione proposta
- Essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente rifiutare il consenso
- Non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta
- Sottopormi volontariamente alla donazione, e che nelle 24 ore successive non svolgerò attività o hobby rischiosi
- Acconsentire all'esecuzione sul proprio campione di sangue dei test prescritti per legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue

| | | | |
|------|--------------------|--|--------------|
| Data | Firma del donatore | Medico che ha raccolto il consenso (cognome e nome) | Firma medico |
|------|--------------------|--|--------------|

Dati della donazione: ora _____ volume effettivo prelievo _____ mL durata _____ min

| Prelievo interrotto | | Effetti collaterali | |
|---|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> insuff. venosa | <input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> ematoma | <input type="checkbox"/> lipotimia, con perdita di coscienza |
| <input type="checkbox"/> rottura vena | | <input type="checkbox"/> senso di malessere | <input type="checkbox"/> sintomi da ipocalcemia |
| <input type="checkbox"/> malessere | | <input type="checkbox"/> crisi convulsiva | <input type="checkbox"/> altro: |
| Eventuali terapie: | | | |

Firma leggibile di chi ha eseguito il prelievo _____



“Gestione dell'Unità di Raccolta da parte dell'Associazione Gruppo Donatori di Sangue – Carla Sandri ai sensi dell'art. 7, comma 4, della Legge 21 ottobre 2005 n. 219”

DISCIPLINARE TECNICO

Oggetto

Il presente disciplinare tecnico regola la gestione da parte dell'Associazione ai sensi dell'art. 7, comma 4, della Legge 21 ottobre 2005, n. 219" dell'Unità di Raccolta (UdR) Associazione Gruppo Donatori di Sangue – Carla Sandri, Decreto di autorizzazione/accreditamento n. U00348 del 22/07/2015 e relative articolazioni organizzative collegate, descritte in apposito documento allegato al presente atto, a supporto dell'attività trasfusionale garantita dal Servizio Trasfusionale (SIMT) dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata per assicurare la quantità e qualità delle prestazioni risultanti da apposito documento allegato congruente con i documenti di programmazione locale e regionale.

Il documento di programmazione annuale o pluriennale dell'Unità di Raccolta, con indicazione qualitativa e quantitativa degli emocomponenti nonché l'organizzazione correlata (es. calendario raccolta, orari, ecc.), con l'indicazione di obiettivi, responsabilità, monitoraggio, fa parte a tutti gli effetti del presente atto.

Per le ulteriori specifiche modalità operative si rimanda al Documento concordato sottoscritto da SIMT SGA ed Associazione Gruppo Donatori di Sangue – Carla Sandri , sottoposto a revisione periodica a richiesta di ciascuna delle parti.

Gestione dell'Unità di Raccolta

In conformità al documento di programmazione della raccolta regionale e locale è riconosciuto il ruolo dell'Associazione nell'organizzazione e nella gestione delle attività di raccolta di sangue intero e/o di emocomponenti, previa specifica autorizzazione regionale, sotto la responsabilità tecnica del Servizio Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata.

L'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata sottoscrive con l'Associazione la Convenzione per lo svolgimento dell'attività sanitaria di raccolta del sangue e/o di emocomponenti attraverso la gestione dell'Unità di Raccolta sopra indicata.

L'Unità di Raccolta si articola sul territorio nelle seguenti articolazioni organizzative, dotate ognuna di autorizzazione e accreditamento regionale, come risulta dall'allegato:

- Parrocchia Santa Maria di Loreto, Via Santa Maria di Loreto, 9 – Castelverde di Lunghezza (Roma);
- Parrocchia San Pier Damiani, Via Guido Biagi, 16 Acilia (Roma);
- Parrocchia San Francesco d'Assisi, Largo Cesidio da Fossa, 18 Acilia (Roma)

L'Associazione provvede alla gestione dell'attività sanitaria di raccolta presso le sedi sopra elencate con personale dedicato e con attrezzature e locali propri o messi a disposizione dall'Azienda, nel rispetto della normativa regionale vigente, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2 della Convenzione. Utilizza inoltre n. // autoemoteche, fatta salva la possibilità di effettuare attività sanitaria di raccolta di sangue o di emocomponenti da concordare con il SIMT di riferimento, in

luoghi e orari definiti con lo stesso e comunicati alla SRC, nell'ambito di quanto previsto dal regime autorizzativo.

L'Unità di Raccolta, con la collaborazione dei responsabili associativi dei territori interessati, provvede alla raccolta di sangue intero secondo piani definiti e tempistiche concordati con il Servizio Trasfusionale di riferimento.

L'Unità di Raccolta, secondo la programmazione regionale e locale, condivisa con il Servizio Trasfusionale di riferimento e in sinergia con il CRS, e in base agli atti autorizzativi e di accreditamento regionali, si impegna a trasferire gli emocomponenti raccolti (sangue, plasma, ecc.) al Servizio Trasfusionale dell'Azienda salvo diverse disposizioni impartite su indicazione del CRS, come descritto nell'Allegato 2 A.

Il Servizio Trasfusionale di riferimento, da parte sua, si impegna a accettare tutti gli emocomponenti raccolti dall'Associazione, in conformità alla programmazione annuale concordata allegata al presente atto.

L'Unità di Raccolta per la gestione dell'attività di raccolta, utilizza il materiale di consumo fornito dall'Azienda Sanitaria del Servizio Trasfusionale di riferimento. Sulla base della programmazione regionale il Servizio Trasfusionale e l'Unità di Raccolta definiscono, con modalità formali concordate, il fabbisogno del materiale di consumo. Il Servizio Trasfusionale, tramite la propria Azienda di riferimento e sulla base delle proprie modalità gestionali, garantisce il puntuale rifornimento dei materiali all'Unità di Raccolta, che si impegna al corretto utilizzo, conservazione e controllo di quanto fornito. Ai fini della tracciabilità del materiale di consumo l'Azienda individua uno specifico centro di costo.

Il Servizio Trasfusionale e l'Unità di Raccolta, per lo svolgimento dell'attività di raccolta, concordano con il coordinamento del CRS l'utilizzo del sistema gestionale informatico nonché la fornitura e l'utilizzo di attrezzature. Le tecnologie di base, rappresentate almeno da: bilance di prelievo, emoglobinometri e saldatori costituiscono la dotazione indispensabile al fine di garantire sicurezza e tracciabilità, rispondendo ai requisiti previsti dalla normativa vigente. Eventuali utilizzi di attrezzature e tecnologie ulteriori o con caratteristiche superiori rispetto a quelle di base devono essere definite in appositi accordi.

L'Unità di Raccolta è responsabile dello smaltimento del materiale a rischio biologico. L'Azienda Sanitaria e l'Unità di Raccolta concordano le modalità operative relative al trattamento, alla conservazione temporanea e allo smaltimento del medesimo. Definiscono, inoltre, le procedure atte a garantire la protezione individuale del personale impegnato nell'attività di raccolta, come descritto nell'Allegato 2 A bis.

La titolarità delle autorizzazioni e dell'accreditamento, nonché del relativo mantenimento delle UdR e delle relative articolazioni organizzative è in capo all'Associazione.

L'Associazione, nel rispetto della normativa vigente e in accordo con le indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale di riferimento, garantisce che:

- la raccolta venga effettuata nelle sedi autorizzate e accreditate di cui al presente atto, esclusivamente da personale qualificato, autorizzato e regolarmente formato;
- il personale preposto, prima di avviare l'attività di raccolta, accerti che i locali dedicati siano igienicamente idonei e che l'attrezzatura sia funzionante e correttamente predisposta;
- lo svolgimento delle attività di selezione e raccolta del sangue e degli emocomponenti avvenga in conformità alla normativa vigente;

- il materiale e le attrezzature utilizzati nell'ambito della raccolta vengano impiegati e conservati correttamente;
- le unità di sangue ed emocomponenti raccolti e i relativi campioni d'analisi vengano conservati, confezionati e inviati alla struttura individuata dalla programmazione regionale, con riferimento all'organizzazione della rete trasfusionale.

In caso di necessità particolari e straordinarie, le parti possono convenire sull'attivazione d'urgenza di raccolte in sedi dotate di specifica autorizzazione e accreditamento in giornate aggiuntive.

Al fine di ottimizzare le risorse destinate alla raccolta di sangue e di emocomponenti e alla loro successiva lavorazione, le parti convengono di monitorare la programmazione, impegnandosi a favorire, attraverso i possibili recuperi di efficienza, il miglioramento della qualità e della produttività complessiva, senza penalizzare il donatore e la volontarietà del dono.

Persona responsabile dell'Unità di Raccolta (articolo 6, Decreto legislativo n. 261/2007)

L'atto di designazione della persona responsabile dell'Unità di Raccolta, secondo quanto disposto dalla normativa vigente, è allegato, unitamente al curriculum vitae dello stesso, al presente disciplinare (Allegato n. 2B).

Formazione e Sistema Qualità

L'Azienda Ospedaliera SGA e l'Associazione, nei rispettivi ambiti di competenza, perseguono il miglioramento continuo della qualità nelle attività trasfusionali, attraverso lo sviluppo della buona prassi e l'organizzazione di programmi specifici di formazione continua, secondo quanto disposto dalla normativa vigente.

L'Associazione, a sua volta, si impegna:

- a collaborare con il Servizio Trasfusionale nella verifica del fabbisogno formativo e nel monitoraggio delle competenze del personale addetto alla raccolta;
- alla formazione obbligatoria del personale addetto alla raccolta, tramite la partecipazione ai corsi istituiti dalla Regione e/o Aziende Sanitarie, in collaborazione con il CRS, ai sensi della normativa vigente;
- a favorire la partecipazione alle ulteriori iniziative di formazione proposte dal Servizio Trasfusionale.

Per quanto concerne il Sistema Qualità, nel rispetto della normativa vigente:

- l'Unità di Raccolta gestita dall'Associazione al fine di assolvere gli obblighi in materia, si avvale di una funzione di garanzia della qualità, interna o associata. Il titolare di tale funzione collabora con il responsabile dell'Unità di Raccolta e il Servizio Trasfusionale nella soluzione di tutte le problematiche correlate al Sistema Qualità e per lo svolgimento degli audit interni alla Unità di Raccolta;
- i locali e le attrezzature che possono avere impatto sulla qualità e sicurezza dei donatori, dei prodotti trasfusionali e degli operatori sono qualificati per l'uso specifico;
- le procedure rilevanti ai fini del sistema Qualità e della sicurezza del sangue e dei suoi componenti sono convalidate prima di essere introdotte e riconvalidate ad intervalli regolari a seconda dell'esito di tali attività;
- la persona responsabile dell'Unità di Raccolta definisce congiuntamente con il Servizio Trasfusionale, i compiti e le responsabilità del personale attraverso descrizioni aggiornate

delle attività assegnate;

- la persona responsabile dell'Unità di Raccolta affida la responsabilità della garanzia della qualità a persona diversa ed indipendente, che opera con autonomia;
- il personale dell'Unità di Raccolta deve possedere la formazione obbligatoria richiesta prima del suo inserimento; il mantenimento delle competenze deve essere oggetto di verifica periodica. La documentazione del percorso formativo è aggiornata e mantenuta in appositi registri, tenuti dal responsabile qualità dell'Unità di Raccolta in raccordo con il responsabile qualità del Servizio Trasfusionale;
- il contenuto dei programmi di formazione è rivisto annualmente sulla scorta delle nuove conoscenze sanitarie e tecnologiche e la competenza del personale è rivalutata ad intervalli regolari.

Tutela della riservatezza

Le parti prendono atto che il personale del Servizio Trasfusionale e dell'Unità di Raccolta, nel rispetto della normativa vigente, è tenuto:

- a garantire che il colloquio con il candidato donatore sia effettuato nel rispetto della riservatezza; ad adottare tutte le misure volte a garantire la riservatezza delle informazioni riguardanti la salute fomite dal candidato donatore e dei risultati dei test eseguiti sulle donazioni, nonché la riservatezza nelle procedure relative ad indagini retrospettive, qualora si rendessero necessarie;
- a garantire al donatore la possibilità di richiedere al personale medico del Servizio Trasfusionale o dell'Unità di Raccolta di non utilizzare la propria donazione, tramite una procedura riservata di autoesclusione;
- a comunicare al donatore qualsiasi significativa alterazione clinica riscontrata durante la valutazione di idoneità alla donazione e negli esami di controllo.

Modifiche

Eventuali modifiche alla programmazione qualitativa e quantitativa della raccolta da parte dell'Unità di Raccolta devono essere condivise in forma scritta con il Servizio Trasfusionale di riferimento, previo coinvolgimento del CRS.

Rapporti economici

Per la gestione dell'attività di raccolta si applicano le quote di rimborso come da allegato alla Convenzione n 3.

Ai fini della verifica dell'utilizzo dei rimborsi corrisposti, l'Associazione predispone annualmente una relazione da cui si evincano le attività svolte, sulla base dello specifico documento di programmazione e degli obiettivi concordati, comprensiva delle modalità di realizzazione e delle risorse impegnate, con riferimento a:

- a) costi generali;
- b) costi per i servizi forniti al donatore;
- c) costi per il personale impegnato nella raccolta;
- d) costi per la manutenzione o acquisto delle attrezzature, con particolare riferimento alla quota di ammortamento delle stesse o del canone di leasing (se non di proprietà).

Utilizzo di attrezzature, tecnologie

L'utilizzo di attrezzature e tecnologie dell'Azienda da parte dell'Associazione o viceversa, a supporto esclusivo delle attività trasfusionali, è regolato da appositi accordi riportati in specifici e ulteriori allegati, nel rispetto della normativa regionale vigente.

Comodato locali

Il contratto di comodato dei locali che l'Azienda mette a disposizione per le attività dell'Unità di Raccolta è disciplinato in specifico allegato alla convenzione (cfr. Allegato alla Convenzione n. 9).

Allegati al disciplinare

- documento relativo alla programmazione annuale o pluriennale concordata e alle prestazioni qualitative e quantitative svolte dall'Unità di Raccolta (cfr. Allegato alla Convenzione n. 6);
- Accordo trasporto emocomponenti (Allegato n. 2 A);
- Accordo Gestione Rifiuti Speciali (Allegato n. 2A bis);
- atto di nomina della persona responsabile dell'Unità di Raccolta corredato dal curriculum vitae (Allegato n. 2B);
- elenco e qualifica del personale addetto all'attività di raccolta e attestazione della formazione obbligatoria (Allegato n. 2C);
- documenti relativi alla copertura assicurativa del personale sanitario e personale volontario operante presso l'Unità di raccolta (Allegato n. 2D composto da n. 25 fogli);
- documento tecnico giuridico di raccordo della normativa privacy in attuazione della convenzione di riferimento (cfr. Allegati n. 1A, 1B ed 1C al disciplinare A);
- elenco delle attrezzature utilizzate per la raccolta sangue da parte dell'Associazione (cfr. Allegato alla Convenzione n. 8);
- locali messi a disposizione dall'Azienda (cfr. Allegato alla Convenzione n. 9).

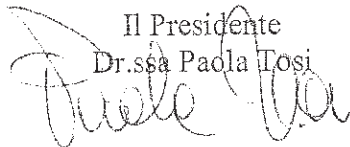
Roma, 28 FEB. 2017

Associazione Gruppo di Donatori Sangue –

Carla Sandri

Il Presidente

Dr.ssa Paola Tosi



Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero

San Giovanni Addolorata

Il Direttore Generale

Dr.ssa M. de Coiro



ALLEGATO 2A al disciplinare B (All.2 alla Convenzione)

In relazione a quanto previsto nel Disciplinare b in merito al trasferimento degli emocomponenti dall'Unità di raccolta al Servizio trasfusionale, si precisa che l'Azienda provvederà ad effettuare il trasporto ed a recuperare i costi relativi dall'Associazione.

Le modalità operative sono concordate tramite accordo formale tra SIMT ed Associazione.

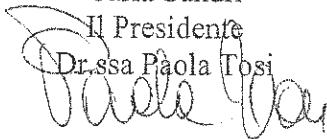
Roma, 27 febbraio 2017

Associazione Gruppo Donatori di Sangue -

Carla Sandri

Il Presidente

Dr.ssa Paola Tosi

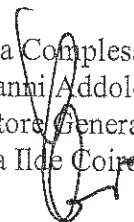


Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero

San Giovanni Addolorata

Il Direttore Generale

Dr.ssa Ilde Coiro



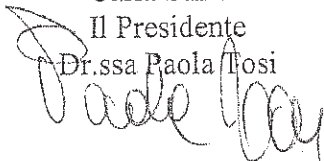
ALLEGATO 2A- bis al disciplinare B (All.2 alla Convenzione)

In relazione allo smaltimento del materiale a rischio biologico, l'Azienda e l'Associazione concordano che il ritiro dei contenitori contenenti rifiuti speciali e taglienti venga effettuato dalla Ditta che ha in affidamento per l'Azienda il servizio di trasporto e smaltimento rifiuti speciali pericolosi e non pericolosi.

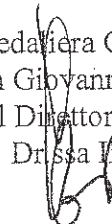
Le modalità operative relative alla conservazione temporanea ed allo smaltimento presso la sede di raccolta sono concordate tramite accordo formale tra SIMT ed Associazione.

Roma, 27 febbraio 2017

Associazione Gruppo Donatori di Sangue –
Carla Sandri
Il Presidente
Dr.ssa Paola Tosi



Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero
San Giovanni Addolorata
Il Direttore Generale
Dr.ssa Ilde Coiro





REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Autorizzazione e accreditamento - Completamento adempimenti legge 12/2011
GR/11/16

Prot. n. 273338

Roma li, 24.05.2016

Prot. E 2/2016

Al Legale Rappresentante
dell'Associazione Carla Sandri
via dell'Amba Aradam n. 9 - 00184 Roma

Al direttore del CRS
aoscamilloforlanini_dirgen@pec.it

Al SIMT del Presidio ospedaliero
San Giovanni di Roma
ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it

OGGETTO: Notifica del Decreto del Commissario ad Acta n. U00175 del 19/05/2016.

Si trasmette, per notifica, il Decreto del Commissario ad Acta n. U00175 del 19/05/2016 avente ad oggetto "Associazione Gruppo Donatori di Sangue "Carla Sandri" Onlus (C.F. 97274430582). Indicazione del Responsabile dell'Unità di Raccolta del sangue denominata "Carla Sandri", sita in via dell'Amba Aradam n. 9 - 00184 Roma. Integrazione del DCA U00348/2015 del 22/07/2015."

IL DIRIGENTE DELL'AREA
Dott. Giorgio Spunticchia



Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. U00175 del 19 MAG. 2016

Proposta n. 5729 del 21/04/2016

Oggetto:

Associazione Gruppo Donatori di Sangue "Carla Sandri" Onlus (C.F. 97274430582). Indicazione del Responsabile dell'Unità di Raccolta del sangue denominata "Carla Sandri", sita in via dell'Amba Aradam n. 9 - 00184 Roma. Integrazione del DCA U00348/2015 del 22/07/2015.

Estensore

Responsabile del Procedimento

Il Dirigente d'Area

CAO MARCO ERNST
Marco E. Ernst

CAO MARCO ERNST
Marco E. Ernst

G. Seunzicchia
G. SEUNZICCHIA

Il Direttore Regionale

V. Panella
V. PANELLA

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario

G. Bissoni
G. BISSONI

- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00272/2015 concernente "Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero San Giovanni, sito in Via di S. Giovanni in Laterano n. 149- 00184 Roma";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00348/2015 del 22/07/2016 concernente "Associazione Gruppo Donatori di Sangue 'Carla Sandri' Onlus (C.F. 97274430582). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dell'Unità di Raccolta sangue denominata 'Carla Sandri' sita in via dell'Amba Aradam n. 9 - 00184 Roma.";

VISTE:

- la nota Prot. n. 67899 del 09/02/2016, con cui la Regione Lazio ha chiesto all' "Associazione Gruppo Donatori di Sangue 'Carla Sandri' Onlus" di comunicare, ai sensi dell'art. 6, comma 4 del D. Lgs. 261 del 20/12/2007, il nominativo del Responsabile dell'Unità di Raccolta del sangue denominata "Carla Sandri", sita in via dell'Amba Aradam n. 9 - 00184 Roma;
- la nota Prot. n. 101895 del 25/02/2016, con cui il Presidente dell' "Associazione Gruppo Donatori di Sangue 'Carla Sandri' Onlus" ha comunicato che il responsabile dell'UdR denominata "Carla Sandri" è il dott. Adriano Petrella, nato a Pescina (AQ) il 18/08/1970, laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università dell'Aquila il 30/09/1997, ed iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Roma con il numero d'ordine 55398;

RITENUTO, per quanto sopra rappresentato, di dover autorizzare l'integrazione del DCA n. U00348/2015 del 22/07/2015 con l'indicazione del Responsabile dell'UdR denominata "Carla Sandri", sita in via dell'Amba Aradam n. 9 - 00184 Roma, individuato nella persona del dott. Adriano Petrella, nato a Pescina (AQ) il 18/08/1970, laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università dell'Aquila il 30/09/1997, ed iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Roma con il numero d'ordine 55398;

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate di:

- di autorizzare l'integrazione del DCA n. U00348/2015 del 22/07/2015 con l'indicazione del Responsabile dell'UdR denominata "Carla Sandri", sita in via dell'Amba Aradam n. 9 - 00184 Roma, individuato nella persona del dott. Adriano Petrella, nato a Pescina (AQ) il 18/08/1970, laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università dell'Aquila il 30/09/1997, ed iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Roma con il numero d'ordine 55398;

Rimane, per il resto, confermato quanto disposto con il DCA n. U00348/2015 del 22/07/2015.

Il presente provvedimento è trasmesso al legale rappresentante dell'Associazione Gruppo Donatori di Sangue "Carla Sandri" Onlus, al CRS (aoscamilloforlanini_affarigenerali@pec.it) ed al SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma (ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it).

L'AUSL ROMA 1, competente per territorio, è l'Ente preposto alla vigilanza sulla persistenza dei requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi e quelli ulteriori di accreditamento.

Al CRS è demandato il compito di effettuare le visite di verifica periodica sul possesso dei requisiti specifici.

Si richiama l'obbligo di effettuare le comunicazioni circa le variazioni della tipologia della struttura, nonché dei locali per ampliamento, trasformazione o trasferimento, ovvero variazioni della tipologia

ESPERIENZE DI LAVORO

▪ Trimestre Agosto – Ottobre 1998

A.S.L. Avezzano-Sulmona

Servizio di guardia medica e continuità assistenziale sede Pescasseroli (AQ).

▪ 27 – 03 – 1999; 07 – 01 – 2000 Distaccamento Aeronautico Jacotenente

Capo Sezione Sanitaria.

▪ Dal 18 – 11 – 2002 ; 01-11-2003

7° Reggimento Bersaglieri Bari

Ufficiale Medico presso l'infermeria del reparto.

▪ Dal 02-11-03

7° Reggimento Bersaglieri Bari

Dirigente del Servizio Sanitario

◆ Dal 25-07-05 trasferito presso il Policlinico Militare Celio perché vincitore della scuola di specializzazione in Ematologia presso L'Università di TOR-VERGATA.

◆ Dal 28-12-05 al 14-02-06 Dirigente del Servizio Sanitario presso il Rol 1+ del Villaggio Italia in KOSOVO .

◆ 27-04-07 al 12-07-07 Dirigente del Servizio Sanitario presso il Level 1 Di Tibnin Libano nell'ambito dell'Operazione Leonte2.

◆ Dal 07-03-08 al 12-05-08 Responsabile del laboratorio analisi dell'ospedale da campo in Abechè Tchad (Africa) nell'ambito dell'operazione Nicole.

◆ 2009 Responsabile del laboratorio analisi dell'ospedale da campo in Abechè Tchad (Africa) nell'ambito dell'operazione Nicole.

◆ dal 25-11-09 al 02-02-10 incarico di medical officer nell'operazione NATO ISAF REGIONAL COMMAND WEST OPERATIONAL MENTORING AND LIAISON TEAM (OMLT) VIII COMANDO.

◆ Da marzo 2011 a giugno 2011 incarico di medical officer nell'operazione NATO ISAF REGIONAL COMMAND WEST OPERATIONAL MENTORING AND LIAISON TEAM (OMLT) VIII COMANDO.

SERVIZIO MILITARE

▪ 07 – 01 – 1999

Scuola di guerra aerea. Scuola di applicazione A.M.

Direzione corsi S.A.A.M.

Inizio frequenza 111° Corso Allievi Ufficiali di complemento del Corpo Sanitario Ruolo Normale dell'Aeronautica Militare. Termine corso 26 – 03 – 1999 ed assegnato al 31° G.R.A.M. Jacotenente, successivamente

Distaccamento Aeronautico Jacotenente con incarico di Capo Sezione Sanitaria dal 27 - 03 - 1999 al 07 - 03 - 2000 in qualità di S.Tenente Corpo Sanitario Ruolo Normale.

▪ 07 - 03 - 2000

Congedo illimitato.

▪ 02 - 09 - 02

Inizio del corso tecnico applicativo (fase teorica) presso la Scuola di Sanità e Veterinaria Roma - Cecchignola perché vincitore del concorso, per titoli ed esami, per la nomina di dieci tenenti in servizio permanente effettivo del Corpo sanitario dell'Esercito, indetto con decreto dirigenziale 25 marzo 2002 (Gazzetta Ufficiale - 4 serie speciale - n. 25 del 29 marzo 2002).

▪ 18 - 02 - 2002/24-07 -05

Assegnazione fine corso tecnico applicativo presso il 7° Reggimento Bersaglieri in Bari.

◆ Da luglio 2005 a tutt'oggi in servizio presso il dipartimento di immunoematologia del Policlinico Militare di Roma. con l'incarico di :
CAPO SERVIZIO DONATORI.

◆ Dal 09-02-2010 al 17-05-2010 frequentatore del 135 corso di Stato Maggiore I sessione

▪ Marzo 2012 Vincitore ed inizio frequenza del Master di II livello di Medicina Trasfusionale

presso l'Università degli Studi Di Firenze.(durata biennale).

LINGUE STRANIERE

- Francese
- Inglese

PUBBLICAZIONI

▪ Rivista: IL PATOLOGO CLINICO N.3-4/2001

Articoli: • Indagine su pazienti ambulatoriali e valutazione del "Turn Aroun Time".

• NAG: Marker precoce di danno tubulare renale del neonato pretermine.

• Determinazione dello stadio di fibrosi epatica in pazienti con

infezione da HCV: Acido ialuronico e piastrine.

▪ Rivista: RIVISTA di MEDICINA di LABORATORIO vol. 2 Ottobre 2001

- La Polimerase Chain Reaction in fase omogenea –Real Time PCR: applicazione qualitativa e quantitativa per HCV.

▪ Rivista: LA TRASFUSIONE DEL SANGUE vol. 47, n. 1 Gen.-Feb. 2002

- Impiego del gel piastrinico: esperienza del S.I.T. di L'Aquila.

CORSI E SEMINARI

- Corso: PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support)
Policlinico Militare, Roma 07 – 07 - 2003
- Corso: PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support)
Policlinico Militare, Roma novembre 2009
- Corso: workshop “ GESTIONE DEI TRAUMI IN COMBAT AREA”
10/11 SETTEMBRE 2010.
- Corso AIRMOBILE COMBAT LIFESAVER
dal 21-02-2011 al 23-02-2011
- Corso: BLSD
Scuola di Sanità e Veterinaria, Roma 11-05-04
- Corso: Aeromedical Evacuation
Scuola di Sanità e Veterinaria ,Roma 12/14 Magg. 04
- ◆ Corso residenziale: Traduzione del segnale nelle leucemie acute, dalla
biologia alla clinica . Lucca, 27 –10-07
- ◆ Stage in Ematologia –I linfomi : Progressi della conoscenza
Bologna dal 12 al 16 novembre 2007
- ◆ Expert Meeting : Rituximab nella terapia di mantenimento.
Relatore di un caso clinico.
Pollenzo-Bra (Cn) dal 24 al 25 gennaio 2008.

- II Giornata di Studio SIDEM LAZIO –Cellule Staminali: Dal Trapianto
Alla Medicina Rigenerativa. Roma 18 Ottobre 2012.
- 17° Corso Nazionale di Aggiornamento SIDEM
Palermo 18/20 Ottobre 2012
- Formazione ed Acquisizione delle Competenze per la Qualificazione del
Personale Medico ed Infermieristico addetto alle attività di raccolta di
Sangue e degli Emocomponenti.
Roma 26/27 ottobre 2012.

ONOREIFICENZE

- Elogi n° 16
- Encomi n° 1



| PERSONALE FORMATO | |
|-----------------------|------------|
| Cognome e Nome | Qualifica |
| DEL PRINCIPE Giovanna | Medico |
| MICCOLI Giuseppe | Medico |
| PETRELLA Adriano | Medico |
| PIERONI Simone | Medico |
| ANDREOZZI Antonio | Infermiere |
| BENFENATI Fabio | Infermiere |
| MARIANI Gianpiero | Infermiere |

| PERSONALE CON CORSO DI FORMAZIONE REGIONALE ESEGUITO | |
|---|------------|
| Cognome e Nome | Qualifica |
| NATALE Giuseppina Antonia | Medico |
| FRANGIOLINI Francesca | Medico |
| PETRI Valentina | Infermiere |
| VARONE Giulia | Infermiere |

RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

Medici Chirurghi

SOSTITUISCE POLIZZA N°

| | | | |
|---|---|---|--------------------------|
| COD. POS 222775 | DENOMINAZIONE POS Horus Consulenti Associati Di Falleroni Angelo E C. S.R.L. | NUMERO POLIZZA 2016/R/154507 | SOSTITUISCE POLIZZA N° |
| EFFETTO POLIZZA dalla ore 24:00 del 25/02/2016 | TERMINE COPERTURA ASSICURATIVA alle ore 24:00 del 25/02/2017 | SCADENZA POLIZZA alle ore 24:00 del 25/02/2017 | FRAZIONAMENTO ANNUALE |

CODICE FISCALE/P. IVA: NTLGPP70B66C352U

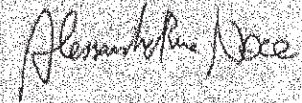
CONTRAENTE GIuseppina Antonia Natale
INDIRIZZO Viale Ammiraglio Del Bono 6 Int. 3 c/o RACHIELE
CAP - CITTA' - PR. 00122 Roma RM

| IMPORTI ESPRESSI IN EURO | NETTO | ACCESSORI | IMPONIBILE | IMPOSTE | TOTALE |
|--------------------------|--------|-----------|------------|---------|--------|
| PREMIO ALLA FIRMA | 706,75 | 0,00 | 706,75 | 157,25 | 864,00 |
| PREMIO DI RATA | 706,75 | 0,00 | 706,75 | 157,25 | 864,00 |
| PREMIO ANNUO | 706,75 | 0,00 | 706,75 | 157,25 | 864,00 |

Il presente modulo di Polizza è composto di 2 pagine, più la Proposta n° 2026106 parte integrante del presente contratto. Le pagine di cui sopra, come anche la presente Scheda, sono compilate esclusivamente sul fronte e lasciate volutamente in bianco sul retro, pertanto qualsiasi dichiarazione riportata sul retro delle stesse è da intendersi nulla e senza effetto.

IL CONTRAENTE

ELITE INSURANCE COMPANY LTD
Il Legale Rappresentante
Alessandro Primo Noco
Firma



Dichiarazioni del Contraente

Al sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, il Contraente dichiara di essere consapevole che le informazioni ed i dati forniti costituiscono elemento essenziale per la validità e per l'efficacia del Contratto e che gli Assicuratori prestano il loro consenso all'assicurazione e determinano il premio in base alle dichiarazioni rese.

Contraente dichiara altresì:

- di non avere provocato - negli ultimi 5 anni - danni a terzi;
- di non essere a conoscenza di fatti e circostanze che negli ultimi 5 anni possano dar luogo a richieste di risarcimento;
- di non effettuare interventi chirurgici in anestesia totale e/o profonda e/o spinale e di non effettuare Atti Invasivi;
- di non aver in corso altre assicurazioni per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto;
- che non sono state annullate o rifiutate polizze per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto;
- di approvare specificatamente le Clausole contenute nella Sezione "Condizioni Particolari di Assicurazione Soggette a Pattuizione Espressa", quando indicati quali operanti.

Deroga, modifica o integrazione alle dichiarazioni che precedono deve risultare per iscritto.

IL CONTRAENTE

Contraente dichiara di aver ricevuto e di accettare:

- le condizioni di assicurazione che regolano il presente Contratto, contenute nel Mod. "CondPolRCPMedici" - Edizione 14.01 e di aver preso atto che costituiscono parte integrante della presente Polizza;
- la Nota Informativa comprensiva del Glossario (Mod. "FascInfNIRCPMedici" - Edizione 14.01), nonché il Fascicolo Informativo del prodotto assicurativo (Mod. "FascInfRCPMedici" - Edizione 14.01);
- la Nota di Informativa sulla Privacy contenuta all'interno delle Condizioni Contrattuali.

IL CONTRAENTE

espressamente accettati:

di cui all'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle condizioni contrattuali Modello "RCPMedici" - Edizione 14.01

- | | | |
|---|---------|--|
| Altre assicurazioni | Art. 21 | Oggetto dell'Assicurazione |
| Cessazione e rinnovo del contratto | Art. 22 | Inizio e termine della garanzia - Claims Made |
| Casi di cessazione dell'assicurazione | Art. 26 | Specializzazioni ed attività assicurabili |
| Estensione Territoriale | Art. 29 | Franchigia |
| Foro Competente | Art. 30 | Esclusioni |
| Arbitrato | Art. 31 | Esclusione degli Atti Invasivi |
| Recesso in caso di Reclamo | Sez. I | Condizioni Particolari di Assicurazione Soggette a Pattuizione espressa |
| Obblighi delle Parti in caso di Richiesta di Risarcimento | Sez. II | Norme che Regolano la Responsabilità Civile Verso Terzi - RCT e Responsabilità Civile Verso i Prestatori d'Opera - RCO |
| Gestione delle Vertenze | | |

IL CONTRAENTE

Modello 14.01

Polizza N° 2016/R/154507

ELEMENTI CONTRATTUALI

ATTIVITA' ESERCITATA: Medici Chirurghi
 INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA' SVOLTA: Patologia Clinica (Escluso Analisi Genetiche)
 REGIME PROFESSIONALE: LIBERO PROFESSIONISTA
 ENTE/AZIENDA SANITARIA PUBBLICA:

MASSIMALE: € 2.000.000,00
 FRANCHIGIA E/O SCOPERTO PER SINISTRO: € 500,00
 RETROATTIVITA': 25/02/2011

| DATA EVENTO | DESCRIZIONE EVENTO | IMPORTO RICHIESTO | IMPORTO RISERVATO COMPAGNIA | IMPORTO LIQUIDATO COMPAGNIA | STATO DEL SINISTRO |
|-------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| | | | | | |

CONDIZIONI PARTICOLARI SOGGETTE A PATTUIZIONE ESPRESSA

| | |
|---|--------------|
| CLAUSOLA A: NEOLAUREATI | NON OPERANTE |
| CLAUSOLA B: CONDIZIONE PARTICOLARE PER "MEDICI FREQUENTATORI" | NON OPERANTE |
| CLAUSOLA C: DANNI ALLE ATTREZZATURE DI LABORATORIO | NON OPERANTE |
| CLAUSOLA D: PERDITE PATRIMONIALI - FORMULA ESTESA | NON OPERANTE |
| CLAUSOLA E: MEDICINA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA | NON OPERANTE |

NOTE:

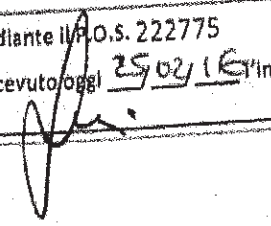
SOGGETTI ASSICURATI

| COGNOME | NOME | CODICE FISCALE | ANNO INIZIO ATTIVITA' | N° ISCRIZIONE | ANNO ISCRIZIONE |
|---------|--------------------|------------------|-----------------------|---------------|-----------------|
| Natale | Giuseppina Antonia | NTLGPP70B66C352U | 2007 | 56028 | 2007 |

SEDI SECONDARIE

| VIA | CITTA' | CAP | PROV. |
|-----|--------|-----|-------|
| | | | |

La presente polizza è stata emessa mediante il P.O.S. 222775 il 26/02/2016 in
 il sopra citato P.O.S. dichiara di aver ricevuto oggi 25/02/16 l'importo totale del premio alla firma di Euro
 Firma dell'addetto/a alla riscossione



RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

Prova da 2017

Medici Chirurghi

| | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|---------|--------|
| COD. POS 222775 | DENOMINAZIONE POS Horus Consulenti Associati Di Falleroni Angelo E C. S.R.L. | NUMERO POLIZZA 2016/R/143533 | SOSTITUISCE POLIZZA N° ***** | | |
| EFFETTO POLIZZA dalle ore 24:00 del 19/10/2016 | TERMINE COPERTURA ASSICURATIVA alle ore 24:00 del 19/10/2017 | SCADENZA POLIZZA alle ore 24:00 del 19/10/2017 | FRAZIONAMENTO ANNUALE | | |
| CONTRAENTE INDIRIZZO CAP - CITTA' - PR | Francesca Frangiolini Via Laurentina 2090/A 00143 Roma RM | CODICE FISCALE/P. IVA: FRNFNC79B68H501S | | | |
| IMPORTI ESPRESSI IN EURO | NETTO | ACCESSORI | IMPONIBILE | IMPOSTE | TOTALE |
| PREMIO ALLA FIRMA | 654,40 | 64,98 | 719,38 | 160,06 | 879,44 |
| PREMIO DI RATA | 654,40 | 64,98 | 719,38 | 160,06 | 879,44 |
| PREMIO ANNUO | 654,40 | 64,98 | 719,38 | 160,06 | 879,44 |

Il presente modulo di Polizza è composto di 2 pagine, più la Proposta n° ~~2043990~~ parte integrante del presente contratto.
Le pagine di cui sopra, come anche la presente Scheda, sono compilate esclusivamente sul fronte e lasciate volutamente in bianco sul retro, pertanto qualsiasi dichiarazione riportata sul retro delle stesse è da intendersi nulla e senza effetto.

IL CONTRAENTE

Francesca Frangiolini

ELITE INSURANCE COMPANY LTD

Legale Rappresentante

Jason Smart

Jason Smart

Dichiarazioni del Contraente

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, il Contraente dichiara di essere consapevole che le informazioni ed i dati forniti costituiscono elemento essenziale per la validità e per l'efficacia del Contratto e che gli Assicuratori prestano il loro consenso all'assicurazione e determinano il premio in base alle dichiarazioni rese.

Il Contraente dichiara altresì:

- di non avere provocato - negli ultimi 5 anni - danni a terzi;
- di non essere a conoscenza di fatti e circostanze che negli ultimi 5 anni possano dar luogo a richieste di risarcimento;
- di non effettuare interventi chirurgici in anestesia totale e/o profonda e/o spinale e di non effettuare Atti Invasivi;
- di non aver in corso altre assicurazioni per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto;
- che non sono state annullate o rifiutate polizze per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto;
- di approvare specificatamente le Clausole contenute nella Sezione "Condizioni Particolari di Assicurazione Soggetta a Pattuizione Espressa", quando indicate quali operanti

Ogni deroga, modifica o integrazione alle dichiarazioni che precedono deve risultare per iscritto.

IL CONTRAENTE

Francesca Frangiolini

Il contraente dichiara di aver ricevuto e di accettare:

- le condizioni di assicurazione che regolano il presente Contratto, contenute nel Mod. "CondPolRCPMedici" - Edizione 14.01 e di aver preso atto che costituiscono parte integrante della presente Polizza;
- la Nota Informativa comprensiva del Glossario (Mod. "FascInfRCPMedici" - Edizione 14.01), nonché il Fascicolo Informativo del prodotto assicurativo (Mod. "FascInfRCPMedici" - Edizione 14.01);
- la Nota di informativa sulla Privacy contenuta all'interno delle Condizioni Contrattuali.

IL CONTRAENTE

Francesca Frangiolini

Articoli espressamente accettati:

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle condizioni contrattuali Modello "CondPolRCPMedici" - Edizione 14.01

| | | | |
|---------|---|---------|--|
| Art. 3 | Altre assicurazioni | Art. 21 | Oggetto dell'Assicurazione |
| Art. 7 | Cessazione e rinnovo del contratto | Art. 22 | Inizio e termine della garanzia - Claims Made |
| Art. 8 | Casi di cessazione dell'assicurazione | Art. 26 | Specializzazioni ed attività assicurabili |
| Art. 11 | Estensione Territoriale | Art. 29 | Franchigia |
| Art. 12 | Foro Competente | Art. 30 | Esclusioni |
| Art. 13 | Arbitrato | Art. 31 | Esclusione degli Attivi Invasivi |
| Art. 14 | Recesso in caso di Reclamo | Sez. I | Condizioni Particolari di Assicurazione Soggette a Pattuizione espressa |
| Art. 15 | Obblighi delle Parti in caso di Richiesta di Risarcimento | Sez. II | Norme che Regolano la Responsabilità Civile Verso Terzi - RCT e Responsabilità Civile Verso i Prestatori d'Opera - RCO |
| Art. 16 | Gestione delle Vertenze | | |

IL CONTRAENTE

Francesca Frangiolini

ModPolRCPMedici14.01

Polizza N° 2016/R/143533

ELEMENTI CONTRATTUALI

ATTIVITA' ESERCITATA: Medici Chirurghi

INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'ATTIVITA' SVOLTA: Patologia Clinica (Escluso Analisi Genetiche)

REGIME PROFESSIONALE: LIBERO PROFESSIONISTA

ENTE/AZIENDA SANITARIA PUBBLICA:

MASSIMALE: € 1.500.000,00

FRANCHIGIA E/O SCOPERTO PER SINISTRO: € 500,00

RETROATTIVITA': 19/10/2010

SINISTROSITA' DICHIARATA (esclusa dalla copertura assicurativa):

| DATA EVENTO | DESCRIZIONE EVENTO | IMPORTO RICHIESTO | IMPORTO RISERVATO COMPAGNIA | IMPORTO LIQUIDATO COMPAGNIA | STATO DEL SINISTRO |
|-------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CONDIZIONI PARTICOLARI SOGGETTE A PATTUIZIONE ESPRESSA

| | |
|---|--------------|
| CLAUSOLA A: NEOLAUREATI | NON OPERANTE |
| CLAUSOLA B: CONDIZIONE PARTICOLARE PER "MEDICI FREQUENTATORI" | NON OPERANTE |
| CLAUSOLA C: DANNI ALLE ATTREZZATURE DI LABORATORIO | NON OPERANTE |
| CLAUSOLA D: PERDITE PATRIMONIALI - FORMULA ESTESA | NON OPERANTE |
| CLAUSOLA E: MEDICINA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA | NON OPERANTE |
| NOTE: | |

SOGGETTI ASSICURATI

| COGNOME | NOME | CODICE FISCALE | ANNO INIZIO ATTIVITA' | N° ISCRIZIONE | ANNO ISCRIZIONE |
|-------------|-----------|------------------|-----------------------|---------------|-----------------|
| Frangiolini | Francesca | FRNFNC79B68H501S | 2014 | 556110 | 2007 |

SEDI SECONDARIE

| VIA | CITTA' | CAP | PROV |
|-----|--------|-----|------|
| | | | |

La presente polizza è stata emessa mediante il P.O.S. 222775 # 25/11/2016 in numero 03 originali.
 Il sopra citato P.O.S. dichiara di aver ricevuto oggi 24/11/16 l'importo totale del premio alla firma di Euro 879,44
 Firma dell'addetto/a alla riscossione _____

ModPolRCPMedic14.01

ARRisks S.r.l. - Underwritti
 Via L. Bissolati 54 - C
 T. +39.06.4214211 Fax +39.0
 P.IVA Cod. Fisc. e n. iscr.ne Registro Impre
 Nr. 08227191007 cap. soc.108.0
 Iscrizione RUI A000184702 del 2

| INFORMAZIONI SUL REGIME PROFESSIONALE | |
|---------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Attività libero-professionale - Convenzionata S.S.N. - Extra-moenia |
| <input type="checkbox"/> | Attività ospedaliera (dipendente pubblico e altre forme di collaborazione) |
| Ente di Appartenenza _____ | |

| MASSIMALE DI COPERTURA RICHIESTO, FRANCHIGIA OPERANTE E RETROATTIVITÀ Limit of indemnity required and related Deductible | | |
|---|-------------------------|-------------------------------|
| Massimale / Limit | Franchigia / Deductible | Retroattività / Retroactivity |
| € 1.500.000,00 | € 500,00 | 19/10/2010 |

| INFORMAZIONI PRECEDENTI ASSICURATIVI Information about previous policies | | | |
|---|----------------|--|--|
| Il proponente, negli ultimi 5 anni, ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio? Has the proposer been insured, in the last five years, for this type of risk? | | | <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI |
| Compagnia / Insurance Company * | Elite | | |
| Data di inizio / Inception Date * | 19/10/2015 | Data di scadenza / Expiry Date * | 19/10/2016 |
| Massimale / Limit of indemnity | 1.500.000,00 € | Retroattività * / Retroactivity | 19/10/2010 |
| Premio pagato / Premium | 879,44 € | N. di anni di copertura precedente continua * / Number of years continuous previous insurance | 2 |
| Sono mai stato rifiutato coperture assicurative? Has any such proposal been declined | | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| Se sì fornire dettagli / If "yes" please provide details | | | |
| Contratti Ancora In Vigore / Contracts still in force | | | |

Proposta N° 2043990

Polizza N° 2016/R/143533

Cognome Nome / Ragione Sociale: Francesca Frangiolini

AlRisk S.r.l. - Underwriting
Via L. Bissolati, 54 - 00144
T. +39 06 421421 Fax +39 06 421422
P.IVA Cod. Fisc. e n. iscr. ne Registro Imprese
Nr 0822793007 cap. soc. 108.000
iscrizione RUI A000184702 del 24/0

| INFORMAZIONI EVENTUALI PRECEDENTI SINISTRI Information about claims | |
|--|----|
| Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile o penale nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni? <i>Has the Proposer settled or received request of Indemnification, accepted or rejected, or errors, omissions or professional negligence in the last five years?</i> | NO |
| Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile o penale del Proponente? <i>Is the Proposer aware of fact or circumstances that could cause request of indemnification for professional negligence, error or omission?</i> | NO |

| Data Evento (*) Claim Date | Descrizione Evento (*) Claim Circumstances | Importo richiesto (*) Requested Amount | Importo Riservato Compagnia Reserved Amount | Importo liquidato della Compagnia Indemnity paid by the company | Stato del Sinistro (*) Claim Status |
|-------------------------------|---|---|---|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |

DICHIARAZIONE

Il Proponente autorizzato alla firma della presente Proposta, dichiara:

- (i) di aver compreso le caratteristiche della polizza *claims made*;
- (ii) che le informazioni contenute nella presente Proposta corrispondono a verità e che
- (iii) nessuna informazione inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa e riconosce che sulla base di detta proposta e delle altre informazioni eventualmente fornite, gli ASSICURATORI presteranno l'eventuale consenso alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente Proposta anche per conto degli altri collaboratori e che gli assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.

Si impegna ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione della presente PROPOSTA e riconosce che la sottoscrizione della presente proposta non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla sottoscrizione del CONTRATTO di ASSICURAZIONE.

Nome e Cognome di chi firma in nome e per conto dei soggetti assicurati

FRANCESCA FRANGIOLINI

Ruolo aziendale

Firma Francesca Frangiolini

Data 2/12/16

"Codice della Privacy" (Art. 13 del d.lgs. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" comunicatici ai fini della Proposta che precede, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa di cui al Codice delle Assicurazioni e del Regolamento ISVAP in materia di intermediazione assicurativa. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici.

Nel confermarvi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "titolare" del "trattamento" è ALL RISKS s.r.l.

La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Proposta N° 2043990

Polizza N° 2016/R/143533

Cognome Nome / Ragione Sociale Francesca Frangiolini



DA RESTITUIRE FIRMATO

MODULO DI ADESIONE alla Polizza Infortuni Collettiva Convenzione WILLIS n. ITBBBY04885 Modulo di Adesione n° 1605200139188

(codice identificativo da dichiarare in caso di sinistro)

DATI DEL RICHIEDENTE/ADERENTE

Nome: Valentina
Cognome: Petri
C.F.: PTRVNT87P49E456V
Indirizzo: Via San Vito Romano, 35,
Professione: Personale esercente attività sanitarie, tecnico sanitarie, riabilitative, diagnostiche, assistenziali
Mail: fbfinf.petri.valentina@gmail.com
Data di decorrenza richiesta: dalle ore 24:00 del 30/04/2016 Data Scadenza: ore 24:00 del 30/04/2017
Premio annuo di Polizza: Opzione "A" €44,00 Opzione "B" €95,00

DATI DELLA COPERTURA

| | Morte da infortunio | Invaldit  permanente da infortunio | Contagio HIV, Epatite B o C | Premio annuo |
|-------------|---------------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------|
| Opzione "A" | max. € 10.000 | max. € 10.000 | max. € 20.000 | € 44,00 |
| Opzione "B" | max. € 50.000 | max. € 50.000 | max. € 50.000 | € 95,00 |

DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE/ADERENTE

PRESO ATTO CHE:

- Willis General Agency, ha stipulato una Polizza collettiva Infortuni Collettiva Convenzione n° ITBBBY04885 per Infermieri, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia e Operatori Socio Sanitari con ACE European Group - Rappresentanza generale per l'Italia - Viale Monza 258 - 20128 Milano - P.I. e C.F. 04124720964 Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di Iscrizione all'albo IVASS 1.00043.
- La copertura assicurativa per singolo Aderente decorrer  dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione ("Data di decorrenza richiesta"), semprech  il premio sia gi  stato versato e risulti pagato entro 7 giorni da tale data come da evidenza contabile inviata unitamente al presente Modulo di Richiesta Adesione compilato in ogni sua parte e firmato a Willis Italia S.p.A. Diversamente la copertura decorrer  dalle ore 24:00 della data di pagamento del premio come da copia contabile.
- La durata della copertura per singolo Aderente   pari a un anno dalla Data di Decorrenza Richiesta, indipendentemente dalla data di pagamento del premio, ed   tacitamente rinnovata, di anno in anno, previo pagamento del relativo rinnovo, salvo disdetta comunicata dall'Assicurato alla Societ  mediante lettera raccomandata con preavviso di 60 giorni dalla scadenza annuale della copertura.
- Le persone gi  assicurate con la presente convenzione, che pagheranno il premio di rinnovo entro 60 giorni dalla Data di Scadenza n entreranno in copertura con effetto dalla Data di Scadenza.
- Il Fascicolo Informativo della Polizza collettiva Infortuni Collettiva Convenzione n° ITBBBY04885 contenente la Nota Informativa, comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e la Nota Informativa sul trattamento dei dati personali   allegato al presente Modulo di Adesione e ne forma parte integrante.
- E' previsto l'esercizio del diritto di recesso entro il limite massimo di 30 (trenta) giorni dalla Data di effetto della copertura comunicando tale volont  a Willis Italia SpA. L'esercizio di tale diritto comporta la restituzione del premio di polizza eventualmente gi  corrisposto;
- Il premio di assicurazione verr  incassato da ACE European Group per il tramite di Willis General Agency.
- Nel rispetto dell'obbligo di acquisire informazioni utili a valutare l'adeguatezza delle coperture proposte - di cui all'art. 52 Regolamento ISVAP n.5 del 16 ottobre 2006 - ACE European Group raccoglie per il tramite di Willis General Agency - dichiarazioni dell'Aderente in ordine alle circostanze del rischio attraverso la sottoscrizione del questionario "ADEGUATEZZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" allegato al presente Modulo di Adesione.
- In ottemperanza a quanto previsto dal Reg. IVASS n. 34/2010, l'Impresa di Assicurazione fornisce informazione relativa alla circostanza per la quale   richiesta all'Aderente la sottoscrizione la ritrasmissione - su supporto durevole - di una copia firmata del Certificato personale di assicurazione per il tramite di Willis Italia SpA, fermo restando che la mancata restituzione dello stesso non comporta l'invalidit  del Contratto, che si intende comunque stipulato secondo i tempi e le modalit  descritte nelle Condizioni di Assicurazione e del presente Modulo di Adesione.

DICHIARO DI:

- di aver letto e accettato prima dell'Adesione alla polizza Collettiva:
- le Condizioni di Assicurazione della Polizza collettiva Infortuni Collettiva Convenzione n° ITBBBY04885 contenute nel Fascicolo Informativo allegato;
 - di aver ricevuto, letto, compreso ed accettato il contenuto della Nota Informativa sul Trattamento Dei Dati Personali;
 - di prestare il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento all'estero dei dati, ivi compresi quelli sensibili, per le finalit  di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della presente polizza;
 - essere a conoscenza che dichiarazioni non veritiere inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.
 - di aver aderito alla copertura assicurativa per me stesso e di pagare il relativo premio secondo le modalit  previste.

DICHIARO INOLTRE DI:

- aver ricevuto, letto, compreso ed accettato il contenuto del documento riepilogativo conforme al modello 7 B e della dichiarazione conforme al modello 7 A previsti dall'art. 49, comma 2 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 allegati;

Data

20/05/2016

Richiedente/Adesione

Valentina Petri

IL RICHIEDENTE/ADERENTE dichiara: Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, di approvare specificatamente gli Articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione: Art. 11) Contagio da HIV, Epatite B o C, Art. 12) Esclusioni, Art. 13) Persone non assicurabili - Limite d'et , Art. 15) Criteri di indennizzabilit , Art. 16) Cumulo di indennit , Art. 17) Pagamento del premio, Art. 18) Modalit  di adesione alla Polizza Collettiva per singolo Assicurato/Adesione, Art. 19) Decorrenza della copertura assicurativa per singolo Assicurato/Adesione, Art. 20) Durata della copertura assicurativa per singolo Assicurato/Adesione, Art. 21) Diritto di Recesso dalla copertura assicurativa per singolo Assicurato/Adesione, Art. 22) Modalit  di disdetta e rinnovo della Polizza Collettiva e della copertura per singolo Assicurato, Art. 24) Denuncia del sinistro - Obblighi relativi, Art. 26) Dichiarazioni del Contraente, Art. 28) Clausola broker, Art. 29) Variazioni di rischio, Art. 30) Controversie, Art. 36) Comunicazione degli Assicurati da parte del Contraente, Art. 37) Gestione dell'Assicurazione, Art. 38) Obbligo di comunicazione all'Assicurato

Data

20/05/2016

Richiedente/Adesione

Valentina Petri

WILLIS GENERAL AGENCY S.r.l.
Via Tortona, 33
20144 Milano
Tel. +39 02 47787301

Societ  ad unico socio sottoposta alla direzione e al coordinamento di Willis Italia S.p.A.
Sede legale: Via Tortona, 33 - 20144 Milano; Cap. Soc. € 25.000 i.v.
C.F./P. IVA n. Iscrizione Registro Imprese MI - 08550530961 - Registro Unico Intermediari A000483907



MATARAZZI VALTER
VIA STATILIA, 9
00185 - ROMA (RM)
Tel. 06-70476359

Tutela professione ar
medico-sanitaria

Assicurazioni

DUPLICATO

Documento di: Polizza

| DATI CONTRATTO | | | | | | | | | | |
|---------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|----|----------------|------------|--------|--------------------|----|
| Agenzia | ROMA | Cod. Agenzia | N00268 | Cod. SubAgenzia | 22 | | | | | |
| N. POLIZZA | 26000111 | | | Tacito Rinnovo | Si | | | | | |
| Dalle Ore 24:00 del | 13/04/2012 | Alle Ore 24:00 del | 13/04/2012 | Durata: Anni | 1 | Mesi | 0 | Giornt | 0 | |
| Scadenza Copertura | 13/10/2012 | Frazionamento | Semestrale | | | Data Emissione | 13/04/2012 | | Regolazione Premio | No |

| CONTRAENTE | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|------------------|---------|-----------|------------------|---------|-------|
| Cognome e Nome | PETRELLA ADRIANO | | | C.F. | PTRDRN70M18G492I | P.I. | Sesso |
| Data di nascita | 18/08/1970 | Luogo di nascita | PEScina | | | | |
| Indirizzo | V B. LUCCHESI 29 int | | | N. Civico | 0003 | CAP | 00146 |
| Località | ROMA | Comune | ROMA | Provincia | RM | Nazione | IT |

| DESCRIZIONE DEL RISCHIO | | | | | |
|-------------------------|-----------------|--------|---|---------|--------|
| Attività | 000017 - Medici | Tipo | 101 - Ematologia esclusi atti invasivi, diagnostici e terapeutici | | |
| Ubicazione | - | Comune | | Nazione | ITALIA |

| RESPONSABILITA' CIVILE | | |
|------------------------|--------------|--------------|
| | MASSIMALI | PREMIO NETTO |
| RCT Professionale | 750.000,00 € | 564,00 |

| SVILUPPO DEI PREMI | | | | | | | | |
|------------------------|--------------|---------|--------------|------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------|
| ALLA FIRMA | IMPONIBILE | IMPOSTA | TOTALE | | | | | |
| RESPONSABILITA' CIVILE | 290,46 € | 64,63 € | 355,09 € | | | | | |
| | PREMIO NETTO | ABBUONO | TOTALE NETTO | TOTALE ACCESSORI | TOTALE DIRITTI | TOTALE IMPONIBILE | TOTALE IMPOSTA | TOTALE EURO |
| Rata alla firma | 290,46 € | 0,00 € | 290,46 € | 0,00 € | 0,00 € | 290,46 € | 64,63 € | 355,09 € |
| Rate successive | 290,46 € | 0,00 € | 290,46 € | 0,00 € | 0,00 € | 290,46 € | 64,62 € | 355,08 € |

Il presente atto è emesso in 3 esemplari ad un solo effetto in ROMA il 13/04/2012
 Il pagamento del premio è stato effettuato il _____

L'AGENTE

XX



Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
 Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it
 Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Assicurazioni

Tutela professione area medico-sanitaria

| | | | |
|------------------|----------|---------------|------------|
| Contraente | Polizza | Mot.emissione | Data |
| PETRELLA ADRIANO | 26000111 | Polizza | 13/04/2012 |

In conformità al disposto della legge n° 1216 del 29 ottobre 1961 (Nuove disposizioni tributarie in materia di assicurazioni private e di contratti vitalizi) e successive modifiche ed integrazioni, la Società rilascia il foglio in questione con lo scopo di fornire al Contraente il dettaglio dei premi delle garanzie sottoscritte con la presente polizza e le relative aliquote d'imposta applicate in funzione dei rispettivi articoli di tariffa (*).

RATA DI PERFEZIONAMENTO

| | Imponibile | Imposte | Premio Totale | Articolo di tariffa (*) e Aliquota d'Imposta applicata |
|----------------|------------|---------|---------------|--|
| 13-RC Generale | 290,46 € | 64,63 € | 355,09 € | A4 - 22,25000% |

TOTALE GENERALE

| | | |
|----------|---------|----------|
| 290,46 € | 64,63 € | 355,09 € |
|----------|---------|----------|

RATA SUCCESSIVA

| | Imponibile | Imposte | Premio Totale | Articolo di tariffa (*) e Aliquota d'Imposta applicata |
|----------------|------------|---------|---------------|--|
| 13-RC Generale | 290,46 € | 64,62 € | 355,08 € | A4 - 22,25000% |

TOTALE GENERALE

| | | |
|----------|---------|----------|
| 290,46 € | 64,62 € | 355,08 € |
|----------|---------|----------|



Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
 Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80215.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it
 Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane Al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 6-10 Rue d'Astorg

APPENDICE DI RINNOVO

Appendice a polizza n. 350650432 Ag. MONTEROTONDO Cod. 802
Contraente VARONE GIULIA Rateazione ANNUALE
Data emissione 12/07/2016

La Società prende atto che il Contraente dichiara di voler rinnovare l'assicurazione di cui alla presente polizza dalle ore 24:00 del 27/07/2016 alle ore 24:00 del 27/07/2017 alle condizioni contrattuali in corso, salvo quanto previsto sotto in relazione alla determinazione e al pagamento del premio.

Il premio annuo di rinnovo si intende fissato in euro 222,13 così suddiviso:

| <i>Imponibile</i> | <i>Imposta</i> | <i>Premio finito di rata</i> |
|-------------------|----------------|------------------------------|
| 181,70 | 40,43 | 222,13 |

Il rinnovo decorre dalla data sopra indicata se la rata di premio è stata pagata oppure dalle ore 24 del giorno di pagamento della rata, salve le agevolazioni previste dal contratto in caso di rinnovo entro il quindicesimo giorno successivo alla scadenza.

Ai fini dell'applicazione della disciplina del Bonus Malus si dà atto di quanto segue:

- la nuova classe di merito assegnata al Contraente è: -1
- la parte di premio annuo relativa alla garanzia Responsabilità Civile professionale è stabilita in:

| <i>Premio annuo imponibile</i> | <i>Imposta</i> | <i>Premio annuo finito</i> |
|--------------------------------|----------------|----------------------------|
| 181,70 | 40,42 | 222,12 |

Nel conteggio del premio sopra esposto è stato applicato uno sconto del 0,00 % sui premi e/o tassi base di tariffa.

Fermi il resto.

La presente appendice forma parte integrante della suindicata polizza.

MONTEROTONDO il 15/07/2016

Generali Italia S.p.A.



Contraente/Assicurato



Il pagamento dell'importo di euro 222,13 è stato effettuato in mie mani addì 15/07/2016 alle ore 16.00
L'ACQUISITORE [Signature]



**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE per infermieri professionali, assistenti sanitari -
vigilatrici d'infanzia e Operatori Socio Sanitari -
MODULO DI ADESIONE ad uso proposta irrevocabile di contratto ex art.1329 C.C.**

| | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|--|---|--|-------------------------|
| COGNOME | BENFENATI | | NOME | FABIO | |
| INDIRIZZO | VIA BELLEGRA 49, | | | | |
| CAP | 00171 | CITTA' | ROMA | | PROV. RI |
| DATA DI NASCITA | 20/10/1974 | COMUNE DI NASCITA | ROMA | | PROVINCIA DI NASCITA RM |
| TELEFONO | 3398787922 | | INDIRIZZO E:MAIL | FABIOBENFENATI@YAHOO.IT | |
| COLLEGIO IPASVI - SE INFERMIERE | RM | NUMERO ISCRIZIONE | 24179 | CODICE FISCALE | BNFFBA74R20H501F |
| ADESIONE RICHIESTA DALLE ORE 24 DEL | | 24/10/2016 | | MASSIMALE RICHIESTO PER SINISTRO/ANNO 2.000.000,00 | |
| ATTIVITA' SVOLTA: INFERMIERE | | | SETTORE DI OCCUPAZIONE <input type="checkbox"/> Pubblico <input checked="" type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Libero Professionista | | |
| ATTIVITA' SVOLTA PRESSO LA STRUTTURA: | | CARLA SANDRI VIA DELL'AMBA ARADAM N° 9 00184 -- ROMA CF: 97274430582 | | | |

DECORRENZA ED EFFICACIA:
Per le nuove adesioni: la copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato sul modulo di adesione se il premio è stato pagato entro 7 giorni da tale data; diversamente decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, sempreché sia anche stato inviato il pre "Modulo di Adesione", compilato e sottoscritto, seguendo le Indicazioni ricevute da Willis Italia SpA.
Rinnovanti: qualora il pagamento del premio sia avvenuto entro 30 giorni dalla scadenza della polizza, sarà garantita la continuità della copertura assicurativa. Qualora invece il pagamento del premio dovesse avvenire oltre il termine di 30 giorni, la polizza sarà efficace dalla data di pagamento.

DURATA/SCADENZA:
Per le nuove adesioni la durata di ciascuna garanzia è pari a un anno dalla data di decorrenza richiesta, indipendentemente dalla data di pagamento del premio. La polizza è tacitamente rinnovabile salvo disdetta comunicata dall'Assicurato alla Società mediante lettera raccomandata con preavviso di 60 giorni dalla scadenza annuale della copertura.
Rinnovanti: la durata di ciascuna garanzia è pari a un anno dalla data di scadenza della precedente polizza, indipendentemente dalla data di pagamento del premio. La polizza è tacitamente rinnovabile salvo disdetta comunicata dall'Assicurato alla Società mediante lettera raccomandata con preavviso di 60 giorni dalla scadenza annuale della copertura.

Nel caso di corresponsabilità tra più Assicurati nel medesimo Sinistro, la massima esposizione dell'Assicuratore sarà pari ad Euro 7.500.00

Premio annuo lordo 38,00

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto da Willis Italia SpA preventivamente alla sottoscrizione del presente Modulo, copia delle relative Condizioni di Assicurazione e della Nota Informativa della polizza RC professionale.

L'Assicurato

Con la firma del presente "Modulo di Adesione" che costituisce proposta irrevocabile di contratto ex art. 1329 c.c., l'Assicurato dichiara di esercitare la professione di Infermiere professionale, assistente sanitario, vigilatrice d'infanzia secondo quanto previsto dalla normativa vigente e conferma il carattere impegnativo della Sua adesione alla polizza, che l'Assicurato dichiara di aver ricevuto e letto e che, con la sottoscritta sottoscrizione, accetta integralmente.

L'Assicurato dichiara inoltre, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 c.c., di non essere a conoscenza di alcun elemento che potrebbe far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile e prende atto che eventuali fatti nati al momento della sottoscrizione che diano in futuro adito a sinistri, non saranno ricompresi nell'oggetto della presente garanzia.

L'Assicurato

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara di approvare specificamente i seguenti articoli della Polizza: Art. 1: Pagamento del premio; Art. 6: Altre assicurazioni; Art. 7: Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. 8: Documenti da allegare alla denuncia di sinistro; Art. 9: Recesso in caso di sinistro; Art. 10: Proroga dell'Assicurazione; Art. 11: Oneri fiscali; Art. 13: Foro competente; Art. 14: Clausola di continuità; Art. 15: Oggetto dell'assicurazione; Art. 16: Estensione territoriale; Art. 17: Persone non considerate terzi; Art. 18: Danni esclusi; Art. 19: Gestione delle vertenze di danno - Spese legali; Art. 21: Gestione del contratto - Clausola broker; Art. 22: Validità della garanzia (claims made); Art. 24: Limite di indennizzo; Art. 25: Coesistenza di altre assicurazioni.

L'Assicurato

DI CHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI E SENSIBILI
Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex Art. 13 D. Lgs. 153/2001 e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

L'Assicurato

MODULO

LLOYD'S

| | | | | |
|--|---------------------|-------------------|-------------|----------------------------|
| Codice Ramo | Cod. Corrispondente | N° Lloyd's Broker | Codice Doc. | Cover Note / Binder |
| 4 | 112623 EMD | WLM 801 | B | 24 mar 2016 / 7 - 33207P16 |
| Tipo di assicurazione: RC Professionale Infermieri Nuovo Il presente Modulo forma parte integrante del Certificato N° DSNZ0082620 | | | | UMR: B080133207P16 |

Nome dell'Assicurato o Contraente: Benfenati Fabio
 Indirizzo : Via Bellegra 49
 CAP e Città : 00171 Roma - RM (ITALIA)
 Codice Fiscale/Partita IVA : BNFFBA74R20H501F

Durata dell'Assicurazione -
 dalle ore 24:00 del 24/10/2016 alle ore 24:00 del 24/10/2017
 Data della Proposta che forma parte integrante del presente Contratto: 24/10/2016

Condizioni Generali e Particolari come da seguenti stampati allegati
 al presente Modulo:

Quota Lloyd's: 100,00%

Numero e percentuale dei Sindacati del Lloyd's che hanno assunto il rischio per la quota Lloyd's sopra indicata:

| | | | |
|------|---------|---|---------|
| 1218 | 100,00% | - | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |
| - | - | - | - |
| | | | 100,00% |

Rischi e importi assicurati, Franchigie e Scoperti, estensione territoriale e Condizioni Speciali (che prevalgono sulle Condizioni Particolari e Generali di cui sopra)

Premio (Euro):

| Rischio | Premio Netto | Accessori | Imponibile | Imposte | Totale |
|---------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| 4,245 RC Professionale | 31,08 | 0,00 | 31,08 | 6,92 | 38,00 |
| - | - | - | - | - | - |
| TOTALE COMPLESSIVO | 31,08 | 0,00 | 31,08 | 6,92 | 38,00 |


Il premio deve essere pagato al Coverholder dei Lloyd's di seguito specificato, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è concordato con detto intermediario, nel rispetto della normativa vigente

| Rata dovuta al | Premio Netto | Accessori | Imponibile | Imposte | Totale |
|----------------|--------------|-----------|------------|---------|--------|
| - | - | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - | - |

Modalità del pagamento del Premio: Annuale

Data
 08 novembre 2016

L'Assicurato o il Contraente


VITTORIO SCALA
 Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's
 in nome e per conto dei membri sottoscrittori
 che assumono il rischio di cui al presente contratto

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO, IL FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE LA NOTA INFORMATIVA COMPRESIVA DEL GLOSSARIO E LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DI CUI AL REGOLAMENTO ISVAP (ora IVASS) n° 35 DEL 26/05/2010.

Il Contraente: 

Il Coverholder del Lloyd's incaricato alla gestione del presente Certificato è:
 Willis General Agency S.r.l.

Il pagamento del Premio per l'importo di è stato fatto in mie mani
 in data L'Incaricato

2227

Polizza
Multirischi del Professionista
Scheda di Polizza

UnipolSai **PROFESSIONE**
MEDICO

NUMERO POLIZZA 1/10206/122/116272375
AGENZIA ROMA CODICE SUBAGENZIA 501

Contraente/Assicurato ANDREOZZI ANTONIO
Indirizzo VIA MARIA LUGIA TANCREDI, 13 - 00132 ROMA - RM
Codice Fiscale NDRNTN76D21B963I



| DATI GENERALI | | | |
|---------------------|------------|----------------------|------------|
| Effetto polizza | 06/06/2015 | Scadenza polizza | 06/06/2016 |
| Scadenza prima rata | 06/06/2016 | Frazionamento premio | ANNUALE |
| Convenzione | NO | Campagna di vendita | NO |
| Vincolo | NO | Tacito rinnovo | NO |
| Regolazione Premio | NO | Indicizzazione | NO |

| PREMI IN EURO | | | | | |
|-----------------------------|--------|----------------------------|------------|---------|--------|
| PREMI DI RATA | Netto | Oneri per il frazionamento | Imponibile | Imposte | TOTALE |
| Rata alla firma | 167,69 | == | 167,69 | 37,31 | 205,00 |
| Rate successive | 168,05 | == | 168,05 | 37,39 | 205,44 |
| PREMI DI SEZIONE | | | | | |
| Responsabilità Civile | 168,05 | == | == | == | == |
| PREMIO ANNUO IN EURO | | | | | 205,44 |

GARANZIE VALIDE PER I BENI ASSICURATI

PROFESSIONISTA

Assicurato: ANDREOZZI ANTONIO
Data Nascita: 21/04/1976 Sesso: M C.F.: NDRNTN76D21B963I
Attività professionale: 30115 Operatori sanitari
Classe di rischio: 11 Dipendente a tempo pieno presso aziende sanitarie pubbliche
Ubicazione dell'ufficio/studio - Indirizzo: VIA MARIA LUGIA TANCREDI 13
Cap: 00132 Comune: ROMA RM

| SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE | Massimale | Premio annuo netto EURO |
|---|------------|-------------------------|
| Garanzie prestate | | |
| RCT/RCO - Responsabilità civile professionale | 500.000,00 | 168,05 |

la garanzia è operante con applicazione della franchigia e scoperto prevista nell'art. denominato "FRANCHIGIA/SCOPERTO"

| Cod. | Condizione Particolare prestata |
|------|---------------------------------|
| 704 | Attività extramuraria |

CONDIZIONI PARTICOLARI ESPRESSAMENTE PATTUITE OPERANTI

A seguito di trattativa individuale le parti hanno raggiunto un accordo sulle seguenti clausole, che integrano e/o derogano al contratto:

148 DEROGA GARANZIA BASE DI RESPONSABILITA' CIVILE

La Garanzia base della Sezione Responsabilità Civile della presente polizza si intende integrata dalla condizione che segue. In conformità a quanto previsto dall'art. 3 del D.L. 13 agosto 2011 n. 138, convertito dalla Legge 14 settembre 2011 n. 148, e dall'Art. 5 del D.P.R. 7 agosto 2012 n. 137, l'assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per danni e perdite patrimoniali involontariamente cagionati ai proprio clienti e derivanti da distruzione, smarrimento o deterioramento di valori e/o documenti di qualsiasi genere, dai clienti stessi dati in custodia e/o consegnati all'Assicurato. La garanzia è operante anche nei casi di furto, rapina e incendio. Per tale attività, l'assicurazione viene prestata con applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 1.000 per sinistro. Limitatamente ai valori, nonché nei casi di furto e rapina, la garanzia opera fino alla concorrenza di un importo per sinistro di € 2.000 e per anno di € 10.000 al netto della franchigia di cui sopra che per questa garanzia resta ferma anche se la polizza preveda l'applicazione per ciascun sinistro di uno scoperto o di una franchigia di importo superiore. Quanto sopra deroga alla esclusione contenuta all'art. 7.3 Rischi esclusi lett. h) della medesima Sezione ed abroga e sostituisce quanto eventualmente già previsto in contratto in ordine allo smarrimento, alla distruzione o al deterioramento di atti, documenti, e titoli

2227

Polizza Multirischi del Professionista

1 003 00000 00110615962

Scheda di Polizza

UnipolSai **PROFESSIONE**

MEDICO

NUMERO POLIZZA
AGENZIA

1/10206/122116272375
ROMA

CODICE SUBAGENZIA

501

al portatore.

INFORMAZIONI RELATIVE AI PREMI

Il presente contratto:

- È soggetto all'imposta sulle assicurazioni calcolata secondo le aliquote vigenti;

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

INFORMATIVA HOME INSURANCE

Ai sensi del Provvedimento IVASS n. 7/2013, a partire dal 7 marzo 2014, nella *home page* del sito internet della Società (www.unipolsai.it) è disponibile un'apposita Area Riservata, a cui i Contraenti possono accedere per consultare *on line* la propria posizione contrattuale, riferita alla data di aggiornamento specificata.

Le credenziali personali identificative necessarie per l'accesso sono rilasciate ai Contraenti mediante processo di "auto registrazione" *on line* disponibile nell'Area stessa.

Ai sensi dell'articolo 38 ter del Provvedimento non vi è l'obbligo di attivare le aree riservate per determinate tipologie di polizze relative a rischi particolari.

ESTREMI DELLA POLIZZA E DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- ✓ di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo Informativo edizione 01/04/2014 comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy;
- ✓ di avere ricevuto l'Informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nel contratto, e di impegnarsi a consegnare loro una copia e di acconsentire, ai sensi degli articoli 23, 26 e 43 del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali (comuni ed eventualmente sensibili) da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'informativa, nonché a un eventuale loro trasferimento all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE), nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa;
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Fascicolo Informativo edizione 01/04/2014, incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte.
- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
 - non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente;
 - non si sono verificati sinistri nei tre anni precedenti la stipula della polizza a carico delle garanzie prestate;
 - non sono state annullate per sinistro, né dalla Società né dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati.

Dichiarazioni del Contraente specifiche per il Settore Responsabilità Civile:

- ✓ relative ai sinistri
 - di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di circostanze o situazioni che possono determinare richieste di risarcimento indennizzabili con la presente polizza.

Avvertenza: si invita il Contraente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direzione Generale Assicurativa

Franco Stella

Il Contraente

UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol

UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol

UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol

UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol

UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol

UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol

2227

1 003 00000 00108362706

Polizza
Multirischi del Professionista
Scheda di Polizza

UnipolSai **PROFESSIONE**
MEDICO

NUMERO POLIZZA 1/10206/122/116222256
AGENZIA ROMA CODICE SUBAGENZIA 501

Contraente/Assicurato **MARIANI GIAMPIERO**
Indirizzo **VIA PIA NALLI, 71 - 00134 ROMA - RM**
Codice Fiscale **MRNGPR71S16H501R**

| DATI GENERALI | | | |
|---------------------|------------|----------------------|------------|
| Effetto polizza | 16/04/2015 | Scadenza polizza | 16/04/2016 |
| Scadenza prima rata | 16/04/2016 | Frazionamento premio | ANNUALE |
| Convenzione | NO | Campagna di vendita | NO |
| Vincolo | NO | Tacito rinnovo | NO |
| Regolazione Premio | NO | Indicizzazione | NO |

| PREMI IN EURO | | | | | |
|-----------------------------|--------|----------------------------|------------|---------|---------------|
| PREMI DI RATA | Netto | Oneri per il frazionamento | Imponibile | Imposte | TOTALE |
| Rata alla firma | 167,69 | == | 167,69 | 37,31 | 205,00 |
| Rate successive | 168,05 | == | 168,05 | 37,39 | 205,44 |
| PREMI DI SEZIONE | | | | | |
| Responsabilità Civile | 168,05 | == | == | == | == |
| PREMIO ANNUO IN EURO | | | | | 205,44 |

GARANZIE VALIDE PER I BENI ASSICURATI

PROFESSIONISTA

Assicurato: **MARIANI GIAMPIERO**
Data Nascita: 16/11/1971 Sesso: M C.F.: **MRNGPR71S16H501R**
Attività professionale: 30115 Operatori sanitari
Classe di rischio: 11 Dipendente a tempo pieno presso aziende sanitarie pubbliche
Ubicazione dell'ufficio/studio - Indirizzo: **VIA PIA NALLI 71**
Cap: 00134 Comune: **ROMA RM**

| SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE | Massimale | Premio annuo netto EURO |
|---|------------|-------------------------|
| Garanzie prestate | | |
| RCT/RCO - Responsabilità civile professionale | 500.000,00 | 168,05 |
| la garanzia è operante con applicazione della franchigia e scoperto prevista nell'art. denominato "FRANCHIGIA/SCOPERTO" | | |

| Cod. | Condizione Particolare prestata |
|------|---------------------------------|
| 704 | Attività extramuraria |

CONDIZIONI PARTICOLARI ESPRESSAMENTE PATTUITE OPERANTI

A seguito di trattativa individuale le parti hanno raggiunto un accordo sulle seguenti clausole, che integrano e/o derogano al contratto:

148 DEROGA GARANZIA BASE DI RESPONSABILITA' CIVILE

La Garanzia base della Sezione Responsabilità Civile della presente polizza si intende integrata dalla condizione che segue.
In conformità a quanto previsto dall'art. 3 del D.L. 13 agosto 2011 n. 138, convertito dalla Legge 14 settembre 2011 n. 148, e dall'Art. 5 del D.P.R. 7 agosto 2012 n. 137, l'assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per danni e perdite patrimoniali involontariamente cagionati ai proprio clienti e derivanti da distruzione, smarrimento o deterioramento di valori e/o documenti di qualsiasi genere, dai clienti stessi dati in custodia e/o consegnati all'Assicurato.
La garanzia è operante anche nei casi di furto, rapina e incendio.
Per tale attività, l'assicurazione viene prestata con applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 1.000 per sinistro. Limitatamente ai valori, nonché nei casi di furto e rapina, la garanzia opera fino alla concorrenza di un importo per sinistro di € 2.000 e per anno di € 10.000 al netto della franchigia di cui sopra che per questa garanzia resta ferma anche se la polizza preveda l'applicazione per ciascun sinistro di uno scoperto o di una franchigia di importo superiore.
Quanto sopra deroga alla esclusione contenuta all'art. 7.3 Rischi esclusi lett. h) della medesima Sezione ed abroga e sostituisce quanto eventualmente già previsto in contratto in ordine allo smarrimento, alla distruzione o al deterioramento di atti, documenti, e titoli

2227

Polizza Multirischi del Professionista

Scheda di Polizza

UnipolSai **PROFESSIONE**
MEDICO

NUMERO POLIZZA 1/10206/122/116222256 CODICE SUBAGENZIA 501
AGENZIA ROMA

al portatore.

INFORMAZIONI RELATIVE AI PREMI

Il presente contratto:

- È soggetto all'imposta sulle assicurazioni calcolata secondo le aliquote vigenti;

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

INFORMATIVA HOME INSURANCE

Ai sensi del Provvedimento IVASS n. 7/2013, a partire dal 7 marzo 2014, nella *home page* del sito internet della Società (www.unipolsai.it) è disponibile un'apposita Area Riservata, a cui i Contraenti possono accedere per consultare *on line* la propria posizione contrattuale, riferita alla data di aggiornamento specificata.

Le credenziali personali identificative necessarie per l'accesso sono rilasciate ai Contraenti mediante processo di "auto registrazione" *on line* disponibile nell'Area stessa.

Ai sensi dell'articolo 38 ter del Provvedimento non vi è l'obbligo di attivare le aree riservate per determinate tipologie di polizze relative a rischi particolari.

ESTREMI DELLA POLIZZA E DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- ✓ di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo Informativo edizione 01/04/2014 comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy;
- ✓ di avere ricevuto l'Informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nel contratto, e di impegnarsi a consegnare loro una copia e di acconsentire, ai sensi degli articoli 23, 26 e 43 del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali (comuni ed eventualmente sensibili) da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'Informativa, nonché a un eventuale loro trasferimento all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE), nei limiti e per le finalità indicate nell'Informativa;
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Fascicolo Informativo edizione 01/04/2014, incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte.
- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
 - non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente;
 - non si sono verificati sinistri nei tre anni precedenti la stipula della polizza a carico delle garanzie prestate;
 - non sono state annullate per sinistro, né dalla Società né dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati.

Dichiarazioni del Contraente specifiche per il Settore Responsabilità Civile:

- ✓ relative ai sinistri
 - di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di circostanze o situazioni che possono determinare richieste di risarcimento indennizzabili con la presente polizza.

Avvertenza: si invita il Contraente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE

Il Contraente

UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol
UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol
UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol
UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol
UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol
UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol
UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol
UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol

2227

1 013 00000 0008645621

Atto di Quietanza

NUMERO POLIZZA 1/10208/122/81382140
 AGENZIA VITERBO

PRODUTTORE //

CODICE SUBAGENZIA 10
 progressivo 04309

Contraente MICCOLI GIUSEPPE
 Domicilio VIA DELLA CAPPELLA 20 - 00060 - FORMELLO
 Codice Fiscale MCCGPP81R23B180S

| DATI GENERALI | | | |
|------------------------------|------------|--------------------------|------------|
| Effetto quietanza | 26/07/2016 | Scadenza polizza | 26/07/2017 |
| Scadenza prima rata | 26/07/2017 | Frazionamento del premio | Annuale |
| Convenzione | NO | Campagna | NO |
| Vincolo | NO | Tacito rinnovo | SI |
| Polizza a regolazione premio | NO | Indicizzazione | NO |

| PREMI IN EURO | | | | | | |
|-----------------------------|--------|-----------|----------------------------|------------|---------|--------|
| PREMI DI RATA | Netto | Accessori | Oneri per il frazionamento | Imponibile | Imposte | TOTALE |
| Rata alla firma | 622,28 | 0,00 | 0,00 | 622,28 | 138,46 | 760,74 |
| SEZIONI PRESTATE | | | | | | |
| Responsabilità Civile | 622,28 | == | == | == | == | == |
| PREMIO ANNUO IN EURO | == | == | == | == | == | 760,74 |

| SEZIONE GARANZIE E SOMME ASSICURATE | |
|-------------------------------------|---|
| GARANZIE | SOMMA ASSICURATA/MASSIMALE/IMPORTO/INDENNITA' |
| RC - PROFESSIONALE | 3.000.000,00 |


| CONDIZIONI PARTICOLARI OPERANTI |
|---------------------------------|
| 900 |

| INFORMAZIONI RELATIVE AI PREMI |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni calcolata secondo le aliquote vigenti. - I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente. - Le rate successive alla prima avranno cadenza Annuale. |

| INFORMATIVA ZIONE/INSURANCE |
|--|
| <p>Ai sensi del Provvedimento IVASS n. 7/2013, a partire dal 7 marzo 2014, nella home page del sito internet della Società www.unipolsai.it disponibile un'apposita Area Riservata, a cui i Contraenti possono accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale, riferita alla data di aggiornamento specificata.</p> <p>Le credenziali personali identificative necessarie per l'accesso sono rilasciate ai Contraenti mediante processo di "auto registrazione" on line disponibile nell'Area stessa.</p> <p>Ai sensi dell'articolo 38 ter del Provvedimento non vi è l'obbligo di attivare le aree riservate per determinate tipologie di polizze relative rischi particolari.</p> |

| ESTREMI DELLA QUIETANZA |
|---|
| Il contratto: - assicura numeri oggetti/teste 1. |

UnipolSai Assicurazioni SpA
 Direzione Generale Assicurativa
 Matteo Latorza



Emessa il 06/06/2016
 Il pagamento del premio è stato effettuato il

L'Agente o l'incaricato

**QUIETANZA DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

Quietanza n. 16QT-00250872

Polizza n. **7031500004**

Intestata a: MICCOLI GIUSEPPE

VIA DELLA CAPANNELLA 20

00060 FORMELLO - RM

Codice Fiscale / Partita IVA: MCGPP81R23B180S



70398-AGENTE

Gentile/ Spett.le

MICCOLI GIUSEPPE

VIA DELLA CAPANNELLA 20

00060 FORMELLO - RM

| Premio dovuto per il periodo | Frazionamento | Agenzia |
|------------------------------|----------------|--------------|
| Dal 01/08/2016 al 01/08/2017 | Annuale | 70398 |
| Descrizione | Indicizzazione | Massimale |
| Tutela Legale | Inclusa | € 20.958,02 |
| Premio netto | Imposta | Premio lordo |
| € 145,69 | € 33,97 | € 179,66 |

Il pagamento è stato effettuato in data: _____

Intermediario: _____

Altre informazioni

Vi ricordiamo il nuovo servizio di denuncia telefonica di D.A.S. che vi permette di attivare le garanzie di polizza con una semplice telefonata!

Chiamate il numero verde 800848090, i nostri esperti vi sapranno consigliare la soluzione migliore per tutelare i vostri diritti. Per informazioni sui sinistri già aperti è possibile contattare il numero: 045/8378901.



Società per Azioni - Fondata nel 1963 - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Banca Carige, iscritto con il n. 044 all'Albo dei Gruppi Assicurativi Istituito presso l'Invep, ed esoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Carige Vita Nuova S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale: Italia - Viale Certosa 222 - 20156 MILANO - Tel. 02.3078.1 - Telex 02.3086125 www.carigeassicurazioni.it - Cap. Soc. € 182.894.160,00 int. vers. - Cod. Fisc. e numero d'iscrizione al Registro delle Imprese di Milano: 01677750158 - Partita IVA 01677750159 - R.E.A. 624483 - Numero d'iscrizione nell'Albo delle Imprese tenuto dall'Invep: I.00931 - Imprese autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.1.63 (G.U. del 5.4.63 n. 83)

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

n. 801311590

H

| COD. RAMO | COD. S/ RAMO | COD. PRODOTTO | COD. AGENZIA | DENOMINAZIONE | SUB AGENZIA | CONVENZIONE | COD. CLIENTE |
|-----------|--------------|---------------|--------------|---------------|-------------|-------------|--------------|
| 70 | 1 | 45004 | 1588 | ROMA GENERALE | 30 | | 203421338 |

DATI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

| COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE SOCIALE / RAGIONE SOCIALE | TITOLO / TIPO SOCIETA' | COD. PROFESSIONE | COD. FISCALE / PARTITA IVA |
|--|------------------------|------------------|----------------------------|
| DEL PRINCIPE GIOVANNA | 000 | 31 | DLPGNN75A58B501X |

| INDIRIZZO (VIA, NUMERO CIVICO) | CAP | LOCALITA' | PROVINCIA |
|--------------------------------|-------|-----------|-----------|
| VIA VEZIO CRISAPULLI 39 | 00176 | ROMA | RM |

DATI DELLA POLIZZA

| EFFETTO ORE 24.00 DEL | SCADENZA ORE 24.00 DEL | DURATA ANNI/MESI/GIORNI | FRAZIONAMENTO | SCADENZA PRIMA RATA | INDICIZZAZIONE |
|------------------------|------------------------|-------------------------|---------------|---------------------|--|
| 11/03/2012 | 11/03/2013 | 1 / 00 / 00 | ANNUALE | 11/03/2013 | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| SOSTITUISCE POLIZZA N. | SOSTITUISCE POLIZZA N. | SOSTITUISCE POLIZZA N. | NS. QUOTA | RISCHIO COMUNE | ALLEGATI |
| 800961934 | | | 100 | | |

Al zeni e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile il Contraente dichiara, anche per conto delle persone assicurate che: a) non sono affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e che è a conoscenza che la sopravvivenza in corso di contratto di detta affezioni, costituisce causa di cessazione dell'assicurazione; b) non sono affette da difetti fisici, mutilazioni o malattie in atto; c) non hanno subito precedenti infortuni; d) non hanno in corso altre polizze infortuni con la presente o con altre società; e) non sono state loro annullate per sinistri polizze infortuni. Ogni deroga, modifica od integrazione alle dichiarazioni che precedono, deve esplicitamente risultare in polizza.

ELENCO PERSONE ASSICURATE

| N. | COGNOME E NOME | SESSO | DATA DI NASCITA | COD. PROFESS. | CLASSE | DESCRIZIONE PROFESSIONE PRINCIPALE E SECONDARIA |
|----|-----------------------|-------|-----------------|---------------|--------|---|
| 1 | DEL PRINCIPE GIOVANNA | F | 18/01/1975 | 126 | A | MEDICI |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

CAPITALI ASSICURATI

| N. | MORTE | INVALIDITA' PERMANENTE | INABILITA' TEMPORANEA | RIMBORSO SPESE MEDICHE | INDENNITA' DA RICOVERO | CONDIZIONI AGGIUNTIVE | PREMIO IMPONIBILE |
|----|------------|------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------|
| 1 | 185.000,00 | 155.000,00 | | | | 1,5 | 365,80 |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |

PREMIO COMPLESSIVO

| | NETTO | ACCESSORI | IMPOSTE | TOTALE |
|-----------------|--------|-----------|---------|--------|
| ALLA FIRMA | 281,38 | 84,42 | 9,15 | 374,95 |
| RATE SUCCESSIVE | 281,38 | 84,42 | 9,15 | 374,95 |

Il premio, dovuto per l'intera annualità, può essere pagato con assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità, oppure con bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico indicando come beneficiario l'intermediario in qualità di rappresentante della Società o la Società medesima; è ammesso il pagamento in contanti secondo le vigenti disposizioni in materia di anticiclaggio.

| L'ammontare complessivo della prima rata di premio, è stato pagato | | | | Emessa | |
|--|---------|-----|----------|--------------|------------|
| il | f.c. n° | del | l'Agente | in località: | in data: |
| 05/03/2012 | | | | ROMA | 05/03/2012 |
| Con | | | | | |

12-3-2012

http://mail3a.webmail.libero.it/cp/ps/Mail/preview/ImgWrapperUrl?msurl=http%3A... 07/01/2015

CARIGEASSICURAZIONI

GRUPPO BANCA CARIGE

Istituto per Azioni - Fondata nel 1988 - Istituto appartenente al Gruppo Assicurativo Banche Carige iscritto con n. 044 al sito del Gruppo Assicurativo italiano presso i servizi di assegnazione a Direzione e sovrintendenza della Consob - Assicurazione Carige Vita Nuova S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale Italia - Viale Cantù 232 - 00198 ROMA - Tel. 06.5075.1 - Telex: 013000104 - Pagine Gialle: Carige Vita - Cap. Soc. € 162.894.188,00 in vers. e Cod. Fisc. e numero d'iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 01077740150 - Partita IVA 01677740150 - R.E.A. 0244033 - Numero d'iscrizione nell'Albo delle Imprese tenenti dell'art. 1.099/01 e Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.5.1970 U. del R. 4.64 n. 931

APPENDICE

polizza n- 801311500 appendice n. 250 effetto ore 24 del 10/12/2014

DATI DELLA POLIZZA

| | | | | | | | |
|--------------------|---------------------|------------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------|-------------|
| cod ramo | denominazione | cod prodotto | codice agenzia | denominazione | no agenzia | convenzione | cod cliente |
| 50 | 1 | 36101 | 1338 | ROMA GENERALE | 30 | | 203421330 |
| effetto ore 24 del | scadenza ore 24 del | durata: | inquadramento | scadenza prima rata | indicizzazione | | |
| 10/12/2014 | 11/03/2015 | anni mesi 03 giorni 01 | ANNUALE | 11/03/2015 | | | |

DATI DEL CONTRAENTE

| | | | |
|--|--|--------------------|-----------|
| cognome e nome/denominazione sociale/ragione sociale | | cod fiscale/ P/iva | |
| DEL PRINCIPE GIOVANNA | | DLPGNN75A58H501X | |
| indirizzo (via, n. civico) | | C.A.P. | località |
| VIA VESIO CRISAPOLI 39 | | 00176 | ROMA |
| | | | provincia |
| | | | RM |

APPENDICE DI VARIAZIONE PREMI

A DECORRERE DALL'EFFETTO DELLA PRESENTE APPENDICE, CHE FORMA PARTE INTEGRANTE DELLA POLIZZA SOPRA INDICATA, SI CONVIENE TRA LE PARTI DI APPLICARE ALLA POLIZZA LE MODIFICHE DI SEGUITO ELENcate :

| CODICE RISCHIO | SOMME ASSICURATE | MASSIMALE | PREMI ANNUI IMPONIBILI |
|--|------------------|--------------|------------------------|
| EL PRINCIPE GIOVANNA DLPGNN75A58H501X 053010 R.C.MEDICI | R.C.T. MAX UNICO | 1.500.000,00 | 929,50 |

| netto | accessori | imposte | totale |
|--------|-----------|---------|----------|
| 59,41 | 17,82 | 17,17 | 94,40 |
| 715,00 | 214,50 | 206,81 | 1.136,31 |

CARIGEASSICURAZIONI S.p.A.

no della prima rata di premio è stato versato

Firma in ROMA



Il Contraente

03/12/2014

http://mail3a.webmail.libero.it/cp/ps/Mail/preview/ImgWrapperUrl?msurl=http%3A... 07/01/2015

R.C. Professionale Operatori Sanitari
Frontespizio di Polizza N° RCPMEDICALCLUB/051000/1/01649

| | |
|--|---|
| Classe di provenienza: Proveniente da altra forma tariffaria | Classe di assegnazione: CLASSE 1 |
|--|---|

CONTRAENTE

| | | | | |
|----------------------------------|----------------|-------------------|-----------------|--------|
| COGNOME / NOME - RAGIONE SOCIALE | | | | |
| PIERONI SIMONE | | | | |
| DOMICILIO / SEDE LEGALE VIA NUM | | LOCALITA' COMUNE | PROV. | C.A.P. |
| via gesualdo bufalino, 22 | | Roma | RM | 00139 |
| CODICE FISCALE | PARTITA I.V.A. | COMUNE DI NASCITA | DATA DI NASCITA | PROV. |
| PRNSMN80D06E2020 | | GROSSETO | 06/04/1980 | GR |

MASSIMALI DI GARANZIA PER SINISTRO E PER ANNO

| | |
|---------------------|-----------------|
| PER SINISTRO | PER ANNO |
| € 1.000.000,00 | € 1.000.000,00 |

PREMIO (INCLUSO ACCESSORI ED IMPOSTE) ED ELEMENTI RELATIVI

| | | | | |
|--|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------|
| PREMIO ALLA FIRMA | PREMIO ANNUO | DECORRENZA DALLE ORE 24:00 DEL | SCADENZA ALLE ORE 24:00 DEL | FRAZIONAMENTO |
| € 528,53 (incluse imposte del 22.25%) | € 528,53 (incluse imposte del 22.25%) | 30/06/2016 | 30/06/2017 | ANNUALE |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| SE L'ADERENTE E' UNO STUDIO ASSOCIATO/SOCIETA' LA GARANZIA E' PRESTATATA PER: ASSICURATO | Nome e Cognome dell'Assicurato | Codice Fiscale |
| | PIERONI SIMONE | PRNSMN80D06E2020 |
| ATTIVITA' ASSICURATA: | - Medico generico o di base - Ematologo - Medico Legale | |
| DATA/N ISCRIZIONE ORDINE: | 15/03/2007 | |

LISTA GARANZIE

| | | | |
|--|----|--|----|
| GARANZIA BASE | SI | DIRETTORE SANITARIO RESPONSABILE DI STRUTTURA COMPLESSA | NO |
| GARANZIA BASE SPECIALIZZANDO | NO | SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA | NO |
| GARANZIA BASE NEOLAUREATO | NO | SCONTO NEOLAUREATO | NO |
| POLIZZA A SECONDO RISCHIO (GARANZIA BASE) | NO | SALVAGUARDIA NEOLAUREATO | NO |
| PREMIO RETROATTIVITA' | SI | SCONTO SPECIALIZZANDO | NO |
| CLAUSOLA SALVAGUARDIA UNO | NO | RATEO PREMIO SPECIALIZZATO | NO |

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

| | |
|--|------------------------------|
| Polizze in corso per lo stesso rischio: | 0 |
| Precedente Assicurazione: | TORUS INSURANCE (UK) LIMITED |
| Sinistri negli ultimi 5 anni: | 0 |

Prendo atto che l'operatività delle garanzie è subordinata all'effettivo pagamento del premio e ha efficacia dalle ore 24:00 della data del pagamento o da quella della decorrenza se posteriore.

Emessa il 19/07/2016

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA
PartnerRe Ireland Insurance Limited
per delega speciale

MARINTEC S.r.l.

CLUB MEDICI SERVICE SRL

L'importo di € 528,53 è stato pagato oggi 19/07/2016 alle ore _____ in mie mani. L'Esattore Via G. B. De Rossi, 26/28 00187 Roma

P.IVA 08227321000
Marco Versella

Polizza n° 036235.31.000257

Agenzia di ROMA GALLIA

Codice agenzia

Contraente Gruppo Donatori Di Sangue Carla Sandri
Indirizzo: Via Dell'amba Aradam, 6 - 00183 - Roma (RM) **Codice fiscale:** 97274

Durata 1 anno **Inizio:** 06/05/2015 **Scadenza:** 06/05/2016 **Tacito rinn**

Prima rata Dalle ore 24.00 del 06/05/2015 alle ore 24.00 del 06/05/2016

Rate successive Scadenza: 06/05 di ciascun anno

Rateazione Annuale dal 06/05/2016

Allegati NO

| | netto | addizionale | imponibile | aliquota imposta | imposte | TOT |
|-----------------------------|---------------|-------------|---------------|------------------|--------------|-----|
| Infortuni/Malattie | 649,45 | -- | 649,45 | 2,50 | 16,24 | |
| Responsabilità civile | 136,04 | -- | 136,04 | 22,25 | 30,27 | |
| Premio annuo euro | 785,49 | -- | 785,49 | | 46,51 | |
| Infortuni/Malattie | 649,45 | -- | 649,45 | 2,50 | 16,24 | |
| Responsabilità civile | 136,04 | -- | 136,04 | 22,25 | 30,27 | |
| Prima rata euro | 785,49 | -- | | | 46,51 | |
| Rate successive euro | 785,49 | | 785,49 | | 46,51 | |



Ulteriori dichiarazioni

Con riferimento agli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, il Contraente dichiara altresì che:

- Il rischio è conforme alle dichiarazioni di polizza in base alle quali Cattolica (Duomo) ha determinato i relativi premi.
- Negli ultimi tre anni non ha subito danni o è stato coinvolto in sinistri relativi ai rischi assicurati.
- Non ha altre assicurazioni per gli stessi rischi.
- Negli ultimi tre anni non ha avuto polizze annullate per sinistro per gli stessi rischi.

Il Contraente dichiara inoltre di:

- aver ricevuto l'informativa privacy (ex art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003 e successive modifiche ed integrazioni) MOD. ED. 01/09/2014 e di aver rilasciato i relativi consensi
- essere stato informato che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le tempistiche e le pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia (www.cattolica.it).

Il Contraente prende atto che l'assicurazione è prestata alle condizioni e con le modalità pattuite nel presente contratto, con modalità che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare integralmente.

Il Contraente dichiara, inoltre, che il contratto è costituito esclusivamente dai seguenti documenti che ne costituiscono parte integrante:

- le condizioni di assicurazione MOD. CVOL 2 - ED. 05/2011
- scheda tecnica n° 1

di non averne ricevuti altri ad integrazione, che gli stessi sono stati regolarmente ricevuti e non contengono rettifiche, cancellazioni o precisazioni.

Il presente contratto è stato redatto in 3 esemplari a un solo effetto in ROMA il 29/04/2015.

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC. COOP.

L'AGENTE O L'INCARICATO

AG. CATTOLICA ASS.NI SOC. COOP.

IL CONTRAENTE
Paolo

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornire le Indicazioni al momento della stipulazione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Agli effetti dell'articolo 1341 del codice civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei articoli, (se operanti), delle condizioni di assicurazione: art. 4 proroga del contratto; art. 9 altre assicurazioni; art. 11 recesso in caso di sinistro; art. 14 foro territorialmente competente; art. 15 identificazione dei volontari assicurati; art. 44 con riguardo alla determinazione dell'indennizzo.

IL CONTRAENTE
Paolo

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della polizza e ai sensi del regolamento ISVAP n. 3 del 29 maggio 2010, il fascicolo informativo contenente: la nota informativa MOD. CVOL 5 - ED. 30/05/2014; le condizioni di assicurazione MOD. CVOL 2 - ED. 05/2011; modulo di proposta, ove previsto.

IL CONTRAENTE
Paolo

Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge

Il pagamento dell'importo dovuto alla firma della presente, è stato effettuato a mie mani il _____
in Roma 29/4/2015

L'AGENTE O L'INCARICATO
AG. CATTOLICA ASS.NI SOC. COOP.

SCHEDA TECNICA N. 1

La presente scheda tecnica è parte integrante della polizza n° 036235 .31 .000257

Codice rischio: 2.46.21
Settore attività: Sanita - Donazione sangue

Il contraente dichiara che:

- l'organizzazione di volontariato è costituita ai sensi della "legge - quadro sul volontariato" n° 266/91;
- l'organizzazione è composta da un n. di aderenti rientrante nella fascia: Fino a 50 e che i volontari in servizio contemporaneo arrivi fino al seguente n° massimo: 20

INFORTUNI/MALATTIE

| | <i>Somma assicurata per assicurato in euro</i> | <i>Limite massimo per evento in euro</i> | <i>Premio netto in</i> |
|------------------------------------|--|--|----------------------------|
| Morte per infortunio | 100.000,00 | 1.500.000,00 | 25 |
| Invalità permanente per infortunio | 100.000,00 | 1.500.000,00 | 31 |
| Ricovero per infortunio | 25,00 | 50.000,00 | 4 |
| Ricovero per malattia | 5,00 | 10.000,00 | |
| Spese di cura per infortunio | 2.500,00 | 50.000,00 | 2 |
| Premio annuo totale netto | | euro | 64 |

RESPONSABILITA' CIVILE

L'assicurazione vale fino alla concorrenza di euro 1.500.000,00

Che rappresentano il massimale complessivo per sinistro riguardante le garanzie di responsabilità civile verso terzi (RCT) e verso prestatori di lavoro (RCO) con il limiti di:

| <i>Massimali assicurati in euro</i> | <i>R.C.T.</i> | <i>R.C.O.</i> |
|---|---------------|---------------|
| per ogni persona deceduta o ferita | 1.500.000,00 | |
| per danni a cose | 1.500.000,00 | |
| Premio annuo totale netto R.C.T | euro | 11 |
| Premio annuo totale netto R.C.O. | euro | es |
| Premio annuo totale netto | euro | 11 |

ALLEGATO
Precisazioni contrattuali secondo la Convenzione ONU
sui diritti delle persone con disabilità

Polizza n° 036235 .31. 000257

Agenzia di ROMA GALLIA
Contraente Gruppo Donatori Di Sangue Carla Sandri

Gentile Cliente,

La informiamo che in ossequio alla Convenzione Onu ratificata con la legge nazionale del 3 marzo 2009 n. 18, a parziale deroga di quanto stabilito nelle condizioni generali di polizza, non sono più operanti sia la clausola che esclude dalle persone assicurabili i soggetti affetti da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, ferma restando l'esclusione della copertura per tali patologie, sia la clausola che prevede la risoluzione automatica del contratto per effetto della assunzione di farmaci o per la comparsa delle affezioni di cui sopra successivamente alla sottoscrizione della polizza.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa in relazione alla non operatività, in ossequio alla Convenzione Onu ratificata con la legge del 3 marzo 2009 n. 18, operanti sia della clausola che esclude dalle persone assicurabili i soggetti affetti da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, ferma restando l'esclusione della copertura per tali patologie, sia la clausola che prevede la risoluzione automatica del contratto per effetto della assunzione di farmaci o per la comparsa delle affezioni di cui sopra successivamente alla sottoscrizione della polizza.

Luogo e data

Roma 29/04/2015

IL CONTRAENTE

Paolo Bon



SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETA' COOPERATIVA - Sede legale: Lungotevere Capranica, 16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 991 1111 - Fax 045 8 991 112 - P.I. 02430040363 - C.A.B. 03020160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9952 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100379 - Albo Imprese presso INAS n. 1.00012 - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso INAS al n. D19 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1972 - www.cattolica.it

QUIETANZA DI PREMIO
ANTICIPATO

AGENZIA DI 036235 - ROMA COD.PRODUT.

TIPO POLIZZA
CATTOLICA&VOLONTARIATO

IL CONTRAENTE HA PAGATO IL PREMIO RELATIVO ALLA PRESENTE QUIETANZA

| PREMIO IMPONIBILE | IMPOSTE | TOTALE EURO |
|-------------------|---------|-------------|
| 785,48 | 46,52 | 832,00 |

CONTRAENTE
GRUPPO DONATORI DI SANGUE CARLA SANDRI

CODICE FISCALE/PARTITA IVA
97274430582

DOMICILIO
VIA DELL'AMBA ARADAM 6
00183 ROMA RM

POLIZZA 036235.31.000257 RATEAZIONE ANNUALE

PERIODO AL QUALE SI RIFERISCE L'ASSICURAZIONE
DALLE ORE 24 DEL 06/05/2016 ALLE ORE 24 DEL 06/05/2017

PAGATO IL 22/05/2016 ALLE ORE 15:00

FIRMA DELL'AGENTE
O INCARICATO AG. CATTOLICA ASS. SOC. COOP.

IL CONTRAENTE PUO' CHIEDERE LE CREDENZIALI DI ACCESSO ALL'AREA RISERVATA, SECONDO LE MODALITA' PUBBLICATE NELLA HOME PAGE DEL SITO INTERNET DELLA COMPAGNIA (WWW.CATTOLICA.IT).

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC. COOP.

QUOTE DI RIMBORSO UNIFORMI ED ONNICOMPRESIVE SU TUTTO IL TERRITORIO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ SVOLTE DALLE ASSOCIAZIONI E FEDERAZIONI DI DONATORI VOLONTARI DI SANGUE

| Attività | Euro |
|---|-------|
| Rimborsi per le attività associative | |
| Donazione di sangue intero | 22,0 |
| Donazione di plasma in aferesi e donazione multicomponent | 24,75 |
| Rimborsi per le attività di raccolta | |
| Raccolta di sangue intero | 39,50 |
| Raccolta di plasma in aferesi e raccolta multicomponent | 46,00 |
| Rimborsi per le attività associative e le attività di raccolta | |
| Sangue intero | 61,50 |
| Plasma da aferesi e procedure multicomponent | 70,75 |

Si conferma che per quanto riguarda la raccolta, le quote si riferiscono ad attività svolte dalle Associazioni/Federazioni dei donatori volontari di sangue, con il materiale fornito dal Servizio Trasfusionale di riferimento.



Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. ~~1000~~ 12 del 12 GEN. 2017

Proposta n. 19879 del 20/12/2016

Oggetto:

Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006). Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero San Giovanni sito in via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma. Indicazione del Responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma. Integrazione del DCA U00272/2015.

Estensore

Responsabile del Procedimento

Il Dirigente d'Area

CAO MARCO ERNST

Marco E. P. Ernst

CAO MARCO ERNST

Marco E. P. Ernst

A. IACHINO

A. Iachino

Il Direttore Regionale

V. DANIELLA

V. Daniela

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario

G. BISSONI

G. Bissoni

Oggetto: Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006). Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero San Giovanni sito in via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma. Indicazione del Responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma. Integrazione del DCA U00272/2015.

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002, e ss. mm. e ii.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;
- la delibera del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014 con la quale l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4, e successive modifiche e integrazioni;
- il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007, n. 2, e successive modifiche e integrazioni;
- la Legge 21 ottobre 2005, n. 219 "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto "Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro";
- il Regolamento Regionale 13 novembre 2007, n.13;
- i Decreti del Commissario ad Acta n.U0082/2009 e n.U0092/2010 che istituiscono e confermano il Centro Regionale Sangue;
- il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato - Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 e, in particolare, l'art. 13, comma 14;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0087 del 18.12.2009 avente ad oggetto "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012";
- la Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3, e successive modifiche ed integrazioni;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0017/2010 avente ad oggetto "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003";
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10 novembre 2010 concernente l'approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie, con il quale è stato avviato, tra l'altro, il procedimento di accreditamento definitivo;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 che modifica e integra il Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010;
- il Decreto del Commissario ad Acta n.U0122 del 29.12.2011 con il quale sono state centralizzate le attività di qualificazione biologica del sangue;

- la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.138 che ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali";
- la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.139 che ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica;
- l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti";
- la Determinazione dirigenziale n. B04512 del 20.07.2012 con la quale è stato recepito il Regolamento per l'organizzazione e la conduzione delle visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti svolte dal team di valutatori qualificati che comprende gli ispettori designati dalla Regione Lazio e inseriti nell'Elenco nazionale dei valutatori per il sistema trasfusionale di cui al DM del 26 maggio 2011, ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 207 del 20 giugno 2014 che ha confermato il ruolo del Centro Regionale Sangue, in particolare, ha recepito nell'Allegato I l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012, con l'approvazione delle "Linee guida per l'accreditamento dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti". Rep Atti n.149 del 25.07.2012;
- il Decreto Legge n. 192 del 31.12.2014 convertito dalla Legge 27 febbraio 2015, n. 11, che proroga al 30 giugno 2015 il termine del 31 dicembre 2014 previsto dall'articolo 2, comma 1-sexies, lettera c), del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2011, n. 10, per dare compiuta attuazione all'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, in materia di requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014 che approva i Programmi Operativi 2013-2015;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00010 del 10 gennaio 2015 che determina i criteri e le modalità per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento Istituzionale dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 10 marzo 2015 che determina i criteri e modalità per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento Istituzionale delle Unità di Raccolta Sangue associative e delle Articolazioni Organizzative dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 155 del 17 aprile 2015 che stabilisce i requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie che svolgono attività trasfusionali;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00263 del 23 giugno 2015 avente ad oggetto "Modifiche e integrazioni al DCA n. U00010 del 12.1.2015 DCA e al DCA n. U00101 del 10.3.2015 che definiscono i criteri e le modalità per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale dei Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) e delle Unità di Raccolta Sangue associative (UdR) e delle loro articolazioni.";

VISTO il DCA U00272/2015 concernente "Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero San Giovanni, sito in via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma", con cui è stata rilasciata l'autorizzazione all'esercizio

e l'accreditamento istituzionale per il SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma, relativamente all'attività di Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale con le condizioni indicate nel verbale di verifica;

VISTO il DCA U00377/2015 concernente "Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dei Punti di Raccolta fissi del sangue e degli emocomponenti gestiti dai Servizi Trasfusionali dei SIMT della Regione Lazio", con cui è stata rilasciata l'autorizzazione all'esercizio al Punto di Raccolta Fisso (PRF) del sangue e degli emocomponenti gestito dal SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma, con le condizioni indicate nel verbale di verifica;

CONSIDERATO che ai sensi del DCA U00263/2015 la Regione adotta il provvedimento di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle sedi dei Servizi Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) sulla base dell'attestazione di conformità, non conformità o conformità condizionata, ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi della struttura esaminata trasmessa dal CRS;

VISTE:

- la nota Prot. n. 87650 del 18/02/2016, con cui la Regione Lazio ha chiesto al Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma di comunicare, ai sensi dell'art. 6, comma 4 del D. Lgs. 261 del 20/12/2007, il nominativo del Responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma;
- la nota Prot. n. 113168 del 02/03/2016, con cui il Direttore Generale del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma ha comunicato che il responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma è la dott.ssa Rita Marinelli, nata a Roma il 14/03/1951, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma il 03/11/1976, specializzata in Immunoematologia presso l'Università degli Studi di Pisa il 22/07/1985, ed iscritta all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Roma con il numero d'ordine 23719;

VISTE:

- la nota Prot. n. 572702 del 16/11/2016 del valutatore regionale, che attesta come le azioni di miglioramento effettuate hanno coperto tutte le carenze precedentemente rilevate per il SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma e per il Punto di Raccolta Fisso del Sangue afferente al SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma, come da verbale del CRS prot. n. 1212/2016;
- la nota Prot. n. 572702 del 16/11/2016 con la quale il Direttore del Centro Regionale Sangue Lazio attesta che il SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito in via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, risulta conforme ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla normativa vigente;
- la nota Prot. n. 627074 del 16/12/2016 con la quale il Direttore del Centro Regionale Sangue Lazio attesta che il Punto di Raccolta Fisso del Sangue afferente al SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito in via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, risulta conforme ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla normativa vigente;

RITENUTO, per quanto sopra rappresentato:

- di dover rilasciare all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006) la conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale per SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, relativamente all'attività di:

- Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;

- Punto di Raccolta Fisso del Sangue;
- di dover autorizzare l'integrazione del DCA U00272 del 26/06/2015 con l'indicazione del Responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, nella persona della dott.ssa Rita Marinelli, nata a Roma il 14/03/1951, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma il 03/11/1976, specializzata in Immunoematologia presso l'Università degli Studi di Pisa il 22/07/1985, ed iscritta all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Roma con il numero d'ordine 23719;

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate:

- di rilasciare all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006) la conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale per SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, relativamente all'attività di:

- Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;
- Punto di Raccolta Fisso del Sangue;

- di autorizzare l'integrazione del DCA U00272 del 26/06/2015 con l'indicazione del Responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, nella persona della dott.ssa Rita Marinelli, nata a Roma il 14/03/1951, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma il 03/11/1976, specializzata in Immunoematologia presso l'Università degli Studi di Pisa il 22/07/1985, ed iscritta all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Roma con il numero d'ordine 23719.

Il presente provvedimento è trasmesso al legale rappresentante dell' AO San Giovanni Addolorata, al CRS, all'ASL Roma 1 ed al Comune di Roma.

L'AUSL Roma 1, competente per territorio, è l'ente preposto alla vigilanza sulla persistenza dei requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi e quelli ulteriori di accreditamento.


Al CRS è demandato il compito di effettuare le visite di verifica periodica sul possesso dei requisiti specifici.

La struttura è soggetta alle disposizioni di cui al capo IV del Regolamento Regionale n. 2/2007 in materia di autorizzazione, ed è tenuta al rispetto di quanto previsto dall'art. 11 del regolamento Regionale n. 13/2007 in materia di accreditamento. La presente autorizzazione potrà subire variazioni per effetto della modifica dei requisiti minimi.

La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e comunque questa, previo congruo preavviso, può subire riduzioni e variazioni per effetto di provvedimenti, anche di programmazione, nazionali e regionali.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Nicola Zingaretti



12 GEN. 2017
ROMA, 11





Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. *000348* del 22 LUG. 2015

Proposta n. 11518 del 21/07/2015

Oggetto:

Associazione Gruppo Donatori di Sangue "Carla Sandri" Onlus (C.F. 97274430582), Autorizzazione all'esercizio accreditamento istituzionale dell'Unità di Raccolta sangue denominata "Carla Sandri" sita in via dell'Amba Aradam n. 9 - 00184 Roma.

Estensore

Responsabile del Procedimento

Il Dirigente d'Area

CAO MARCO ERNST

CAO MARCO ERNST

G. SPUNTIACCHIA

Marco E. P. Ernst

Marco E. P. Ernst

G. Spuntiacchia

Il Direttore Regionale

E. DEGRASSI

E. Degrassi

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario

G. BISSONI

G. Bissoni

OGGETTO: Associazione Gruppo Donatori di Sangue "Carla Sandri" Onlus (C.F. 97274430582
Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dell'Unità di Raccolta sangue denominata
"Carla Sandri" sita in via dell'Amba Aradam n. 9 - 00184 Roma.

IL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002, e ss. mm. e ii.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;
- la delibera del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014 con la quale l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4, e successive modifiche e integrazioni;
- il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007, n. 2, e successive modifiche e integrazioni;
- la Legge 21 ottobre 2005, n. 219 "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro";
- il Regolamento Regionale 13 novembre 2007, n.13;
- il D.Lgs. 261 del 20 dicembre 2007, Art. 2, comma 1, con il quale sono state individuate e definite le attività svolte dai Servizi Trasfusionali e dalle Unità di raccolta;
- i Decreti del Commissario ad Acta n.U0082/2009 e n.U0092/2010 che istituiscono e confermano il Centro Regionale Sangue;
- il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato - Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 e, in particolare, l'art. 13, comma 14;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0087 del 18.12.2009 avente ad oggetto "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012";
- la Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3, e successive modifiche ed integrazioni;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0017/2010 avente ad oggetto "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003";
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10 novembre 2010 concernente l'approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie, con il quale è stato avviato, tra l'altro, il procedimento di accreditamento definitivo;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 che modifica e integra il Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010;
- il Decreto del Commissario ad Acta n.U0122 del 29.12.2011 con il quale sono state centralizzate le attività di qualificazione biologica del sangue;

- la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.138 che ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali";
- la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.139 che ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica;
- l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti";
- la Determinazione dirigenziale n. B04512 del 20.07.2012 con la quale è stato recepito il Regolamento per l'organizzazione e la conduzione delle visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti svolte dal team di valutatori qualificati che comprende gli ispettori designati dalla Regione Lazio e inseriti nell'Elenco nazionale dei valutatori per il sistema trasfusionale di cui al DM del 26 maggio 2011, ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 207 del 20 giugno 2014 che ha confermato il ruolo del Centro Regionale Sangue, in particolare, ha recepito nell'Allegato 1 l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012, con l'approvazione delle "Linee guida per l'accreditamento dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti". Rep Atti n.149 del 25.07.2012;
- la nota Prot. 371590 del 30.06.2014 trasmessa ai legali rappresentanti delle Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue unitamente alla scheda e alla relativa check list da compilare per ogni unità di raccolta di sangue (UdR) al fine di avviare le procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale;
- la nota Prot. n.424449 del 23.07.2014 trasmessa ai legali rappresentanti delle Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue con la quale è stato richiesto di integrare la documentazione prodotta con il modulo della dichiarazione preliminare ai fini del rilascio di una nuova autorizzazione all'esercizio e/o di conferma dell'autorizzazione delle unità di raccolta di sangue, ai sensi della Legge Regionale n. 4/2003 e del Regolamento Regionale n. 2/2007;
- il Decreto Legge n. 192 del 31.12.2014 convertito dalla Legge 27 febbraio 2015, n. 11, che proroga al 30 giugno 2015 il termine del 31 dicembre 2014 previsto dall'articolo 2, comma 1-sexies, lettera c), del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2011, n. 10, per dare compiuta attuazione all'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, in materia di requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014 che approva i Programmi Operativi 2013-2015;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00010 del 10 gennaio 2015 che determina i criteri e le modalità per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento Istituzionale dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 10 marzo 2015 che determina i criteri e modalità per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento Istituzionale delle Unità di Raccolta Sangue associative e delle Articolazioni Organizzative dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 155 del 17 aprile 2015 che stabilisce i requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie che svolgono attività trasfusionali;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00263 del 23 giugno 2015 avente ad oggetto "Modifiche e integrazioni al DCA n. U00010 del 12.1.2015 DCA e al DCA n. U00101 del 10.3.2015 che definiscono i criteri e le modalità per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento

- istituzionale dei Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) e delle Unità di Raccolta Sangue associative (UdR) e delle loro articolazioni.”;
- il DCA U00272/2015 concernente “Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006). Autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero San Giovanni, sito in Via di S. Giovanni in Laterano n. 149 – 00184 Roma.”;

CONSIDERATO che l’Associazione Gruppo Donatori di Sangue “Carla Sandri” Onlus (C.F. 97274430582) ha partecipato alla procedura prevista dal DCA U00101/2015 per dell’Unità di Raccolta sangue denominata “Carla Sandri”, sita in via dell’Amba Aradam n. 9 – 00184 Roma;

VISTA la nota Prot. n. 552 del 01/07/2015 con la quale il Centro Regionale Sangue Lazio, relativamente all’Associazione Gruppo Donatori di Sangue “Carla Sandri” Onlus, notifica che l’associazione ha come SIMT di riferimento il SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni ed opera attraverso i seguenti Punti di Raccolta Temporanei (PRT):

- PRT denominato “Parrocchia San Francesco d’Assisi”, sito in via Cesidio da Fossa n. 18 - Roma;
- PRT denominato “Parrocchia S. Pier Damiani”, sito in G. Biagi n. 16 - Roma;
- PRT denominato “Parrocchia S.M. di Loreto”, sito in via S.M. di Loreto n. 9 – Castelverde - Roma;

VISTE:

- la nota Prot. n. 581 del 08/07/2015 con le quali il Direttore del Centro Regionale Sangue Lazio attesta che i punti di raccolta denominati “Parrocchia S. Pier Damiani” e “Parrocchia S.M. di Loreto” risultano conformi ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, previsti dalla normativa vigente;
- la nota del CRS Prot. n. 611 del 17/07/2015, che comunica come non sia stato possibile effettuare il numero di verifiche previste dal DCA U00101/2015 ai fini dell’autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale dei punti di raccolta temporanei, ma che queste verranno comunque completate entro l’anno come prevede la normativa regionale vigente;

CONSIDERATO:

- l’esigenza di garantire la continuità operativa complessiva della rete trasfusionale della Regione Lazio, che si basa su una estesa e capillare rete di punti di raccolta di sangue temporanei;
- che il Centro Regionale Sangue dovrà comunque completare le verifiche per tutti i punti di raccolta sangue temporanei entro i 12 mesi successivi;
- che ai sensi dell’art 15 del DCA 263/2015, successivamente all’adozione del provvedimento di conferma dell’autorizzazione all’ esercizio e di accreditamento istituzionale, è fatto assoluto divieto alle strutture interessate di svolgere le attività in locali/siti non preventivamente autorizzati e accreditati;

RITENUTO, per quanto sopra rappresentato:

- di dover rilasciare all’ Associazione Gruppo Donatori di Sangue “Carla Sandri” Onlus (C.F. 97274430582) l’autorizzazione all’esercizio e l’accreditamento istituzionale per l’ Unità di Raccolta sangue denominata) per l’Unità di Raccolta sangue denominata “Carla Sandri” sita in via dell’Amba Aradam n. 9 – 00184 Roma per :
- il PRT denominato “Parrocchia San Francesco d’Assisi”, sito in via Cesidio da Fossa n. 18 - Roma;
- il PRT denominato “Parrocchia S. Pier Damiani”, sito in G. Biagi n. 16 - Roma;
- il PRT denominato “Parrocchia S.M. di Loreto”, sito in via S.M. di Loreto n. 9 – Castelverde – Roma;
- di dover disporre che il CRS deve completare le verifiche per tutti i punti di raccolta temporanei dell’Associazione entro i 12 mesi successivi all’emanazione del presente provvedimento e che

l'eventuale non verifica di un punto temporaneo di raccolta sangue ne determina la revoca dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale;

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate di:

- di rilasciare all'Associazione Gruppo Donatori di Sangue "Carla Sandri" Onlus (C.F. 97274430582) l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale per l'Unità di Raccolta sangue denominata) per l'Unità di Raccolta sangue denominata "Carla Sandri" sita in via dell'Amba Aradam n. 9 - 00184 Roma per :

- il PRT denominato "Parrocchia San Francesco d'Assisi", sito in via Cesidio da Fossa n. 18 - Roma;
- il PRT denominato "Parrocchia S. Pier Damiani", sito in G. Biagi n. 16 - Roma;
- il PRT denominato "Parrocchia S.M. di Loreto", sito in via S.M. di Loreto n. 9 - Castelverde - Roma;

- di disporre che il CRS deve completare le verifiche per tutti i punti di raccolta temporanei dell'Associazione entro i 12 mesi successivi all'emanazione del presente provvedimento e che l'eventuale non verifica di un punto temporaneo di raccolta sangue ne determina la revoca dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale;

Il presente provvedimento è trasmesso al legale rappresentante dell'Associazione Gruppo Donatori di Sangue "Carla Sandri" Onlus, al CRS ed al SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma.

L'AUSL RMA, competente per territorio, è l'Ente preposto alla vigilanza sulla persistenza dei requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi e quelli ulteriori di accreditamento.

Al CRS è demandato il compito di effettuare le visite di verifica periodica sul possesso dei requisiti specifici.

Si richiama l'obbligo di effettuare le comunicazioni circa le variazioni della tipologia della struttura, nonché dei locali per ampliamento, trasformazione o trasferimento, ovvero variazioni della tipologia delle prestazioni che dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Regione.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

DECRETO 22 LUG. 2015 Nicola Zingaretti

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Autorizzazione e Accreditamento - Completamento Adempimenti Legge 12/2011

Prot. n. 18.332 GR/11/16

Roma, li 07-06-2016

Al Legale Rappresentante
Carla Sandri
Via dell'Amba Aradam 9
Roma 00184

Inviato con RR

Oggetto: DCA n. U00348 del 22.07.2015 – Presidio Sanitario "Carla Sandri"

Con la presente si trasmette il Decreto del Commissario ad Acta n. U0034
22.07.2015:
Associazione Gruppo Donatori di Sangue "Carla Sandri" Onlus (C.F. 97274430582).
Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dell'Unità di Raccolta sangue
denominata "Carla Sandri" sita in via dell'Amba Aradam n. 9 – 00184 Roma.

Distinti saluti.

Il Dirigente dell'Area
Dott. Giorgio Spunticchie



AZIENDA OSPEDALIERA
SAN GIOVANNI ADDOLORATA

Associazione Onlus Gruppo Donatori di Sangue
"Carla Sandri"
per i pazienti dell'Azienda Ospedaliera
San Giovanni Addolorata

FIDAS



DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE

Questa Associazione, secondo quanto indicato nella "Tabella di programmazione raccolta Associazioni Lazio" trasmessa dall'Area Programmazione della rete ospedaliera della Regione Lazio il 17 gennaio 2017, dichiara di impegnarsi per l'anno 2017 a conferire n. 3500 unità di sangue complessive .

L'anno 2017 sarà l'anno di transizione durante il quale sarà possibile suddividere al meglio le due attività (gestione associativa e attività UDR).

Roma, 22-02-2017

Il Presidente
Paola Tosi
Paola Tosi

ALLEGATO ALLA CONVENZIONE FRA AZIENDE E ASSOCIAZIONI/FEDERAZIONI
DONATORI VOLONTARI DI SANGUE

1. Incremento 2018-2019 donazioni di sangue

La programmazione è triennale e, pertanto, rispetto ai dati numerici indicati per l'anno in corso 2017, si richiede per l'anno 2018 un incremento percentuale, finalizzato al conseguimento dell'autosufficienza per emazie concentrate e in condizioni immutate di attività assistenziale regionale, pari al 5%, oltre le 2001 donazioni effettuate, e all'8%, al di sotto delle 2000 donazioni.

Pari incremento è richiesto con le stesse proporzioni per l'anno 2019 rispetto ai numeri conseguiti nell'anno 2018.

2. Variazione infra-annuale attività di donazioni di sangue

Il numero di donazioni si intende distribuito nell'arco dei 12 mesi con una tolleranza di variazione mensile massima del 20%.

3. Monitoraggio attività di donazioni di sangue

L'Associazione convenzionata è tenuta ad inviare al Centro Regionale Sangue un report semestrale della quantità di donazioni di sangue mensili effettuate a seguito delle attività svolte in convenzione (gestione associativa e gestione Unità di Raccolta), validato dal Servizio Trasfusionale di riferimento, entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro 15 gennaio per il secondo semestre.

La mancata trasmissione del report o un significativo scostamento del numero di donazioni effettuate, rispetto a quanto indicato nella programmazione, possono costituire il presupposto per l'eventuale rescissione della convenzione.

4. Donazioni di plasma con procedure di aferesi

Al fine di conseguire gli obiettivi indicati nel Piano Nazionale Plasma 2016-2020, le attività di donazione di plasma con procedure di aferesi sono oggetto di uno specifico progetto predisposto secondo quanto indicato dal disciplinare C dello Schema tipo di convenzione cui al DCA U00388/2016.

ROMA 22-02-2017

Il Presidente
Paola Tosi
Paola Tosi

| | | |
|----------------------------|---|--|
| AZIENDE | AVIS Comunale Roma | Carla Sandri |
| AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA | Attività UdR (56 sedute)=1000 unità, gestione associativa =300 unità | Attività UdR (sedute 20)= 410 unità; gestione associativa= 3000 |

Polizza n° 002106.31.300258
 Agenzia di ROMA GRANDI RISCHI

Codice agenzia 002106

Codice fiscale: 04735061006

Contraente Az.osp. S.g. Addiciorata
 Indirizzo: Via Dell'amba Aradam, 9 - 00184 - Roma (RM)

Durata 2 anni **Inizio:** 30/04/2015 **Scadenza:** 30/04/2017 **Tacito rinnovo:** NO

Prima rata Dalle ore 24.00 del 30/04/2015 alle ore 24.00 del 30/04/2016

Rate successive Scadenza: 30/04

Rateazione Annuale

Regolazione premio SI

Premio minimo annuo garantito euro 100,00

Allegati NO

| Assicurato | Qualifica | Premio annuo totale netto in euro |
|-----------------------------|---|-----------------------------------|
| Assicurati non identificati | DONATORI DI SANGUE | 1.707,40 |
| Assicurati non identificati | DIPENDENTI IN MISSIONE AUTOMEZZI DELL'ENTE | 814,55 |

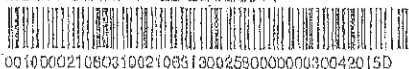
| | netto | addizionale | imponibile | aliquota imposte | imposte | TOTALE |
|----------------------|----------|-------------|------------|------------------|---------|----------|
| Infortuni | 2.321,95 | -- | 2.321,95 | 2,50 | 58,05 | 2.380,00 |
| Premio annuo euro | 2.321,95 | -- | 2.321,95 | | 58,05 | 2.380,00 |
| Infortuni | 2.321,95 | -- | 2.321,95 | 2,50 | 58,05 | 2.380,00 |
| Prima rata euro | 2.321,95 | -- | 2.321,95 | | 58,05 | 2.380,00 |
| Rate successive euro | 2.321,95 | -- | 2.321,95 | | 58,05 | 2.380,00 |

Il premio annuo totale beneficia di uno sconto pari al 1,00% per la durata pluriennale (Art. 1899 del codice civile).

MOD. POL INF 1 - ED 25/02/2014

stampato in data 08/05/2015

COPIA PER LA DIREZIONE



1 / 4



00100002106031002106313002580000030042015D

Ulteriori dichiarazioni

Il Contraente dichiara inoltre di:

- aver ricevuto l'Informativa privacy (ex art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003 e successive modifiche ed integrazioni) MOD. POL INF 6 - ED 01/2010 e di aver rilasciato i relativi consensi;
- consegnare copia agli Assicurati dell'Informativa privacy (ex art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003 e successive modifiche ed integrazioni) MOD. POL INF 6 - ED 01/2010, di raccogliere il loro consenso sottoscritto e di trasmetterlo a Cattolica tempestivamente;
- essere stato informato che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le tempistiche e le modalità pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia (www.cattolica.it)
- essere a conoscenza che, a fronte della riduzione di premio applicata, per durata contrattuale fino a cinque anni, non sarà possibile esercitare la facoltà di recesso fino alla naturale scadenza pattuita (Art. 1899 del codice civile).

Il Contraente prende atto che l'assicurazione è prestata alle condizioni e con le modalità pattuite nel presente contratto, condizioni e modalità che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare integralmente.

- le condizioni di assicurazione MOD. POL INF 2 - ED. 4371/2015
- schede tecniche n° 1, 2

di non averne ricevuti altri ad integrazione, che gli stessi sono stati regolarmente ricevuti e non contengono rettifiche, cancellature e/o precisazioni.

Il presente contratto è stato redatto in 3 esemplari a un solo effetto in ROMA il 08/05/2015.

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC COOP.
 L'AGENTE O L'INCARICATO
 RACCOMANDA GENERALE
 Aido Ingùria

IL CONTRAENTE
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 SAN GIOVANNI ADDOLORATA
 Il Direttore Amministrativo
 DR. MASSIMILIANO GERLI

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornire le indicazioni richieste al momento della stipulazione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Agli effetti dell'articolo 1341 del codice civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli, (se operanti), delle condizioni di assicurazione: Art. 7 recesso in caso di sinistro;
 art. 9 foro competente;
 art. 10 durata dell'assicurazione;
 art. 20 persone non assicurabili.

AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 SAN GIOVANNI ADDOLORATA
 Il Direttore Amministrativo
 DR. MASSIMILIANO GERLI

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della polizza e al sensi del regolamento S.V.A.P n° 35 del 26 maggio 2010, il fascicolo informativo contenente: la nota informativa MOD. POL INF 5 - ED. 30/05/2014; le condizioni di assicurazione MOD. POL INF 2 - ED. 4371/2015; modulo di proposta, ove previsto.

IL CONTRAENTE
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 SAN GIOVANNI ADDOLORATA
 Il Direttore Amministrativo
 DR. MASSIMILIANO GERLI

Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato all'agente (in qualità di agente della Società);
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge

Il pagamento dell'importo dovuto alla firma della presente, è stato effettuato a mie mani il _____
 In _____

L'AGENTE O L'INCARICATO

SCHEDA TECNICA N. 1
POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA

La presente scheda tecnica è parte integrante della polizza n° 002106 ,31. 300258

Assicurato: Donatori di sangue
 Qualifica: DONATORI DI SANGUE
 Parametro calcolo premio: N° assicurati
 Valore parametro: 3.500
 Premio unitario netto in euro: 0,49
 Premio annuo totale netto in euro: 1.707,40
 Beneficiari in caso di morte: EREDI

| Garanzie principali | Somma assicurata / Massimale in euro | Scoperto / Franchigia % | Franchigia giorni | Scoperto minimo in euro |
|---|---|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| Morte | 268.228,45 | -- | -- | -- |
| Invaldita permanente | 268.228,45 | 0,00 | -- | -- |
| Inabilità temporanea | 20,66 | -- | 0 | -- |
| Rimborso spese di cura per infortunio | 5.154,27 | 0,00 | -- | 0,00 |
| Rimborso spese di cura per danni estetici | -- | -- | -- | -- |
| Diaria da ricovero | -- | -- | -- | -- |
| Diaria da gessatura | -- | -- | -- | -- |

RIEPILOGO LIMITI DI INDENNIZZO, RISARCIMENTO, SCOPERTI E FRANCHIGIE

| Clausole | Giorni | Limiti di indennizzo % | euro |
|--|--------|---------------------------|--------------|
| INF008 Cumulo catastrofale | -- | -- | 5.165.000,00 |
| INF050 Abolizione franchigia su inabilità temporanea | -- | -- | -- |
| INF032 Invaldita permanente per infortunio | -- | -- | -- |
| INF056 Diaria per inabilità temporanea | -- | -- | -- |

SCHEDA TECNICA N. 2
POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA

La presente scheda tecnica è parte integrante della polizza n° 002106 .31. 300258

Assicurato: Dipendenti in missione automezzi dell'ente
Qualifica: DIPENDENTI IN MISSIONE AUTOMEZZI DELL'ENTE
Parametro calcolo premio: N° assicurati
Valore parametro: 15
Premio unitario netto in euro: 40,97
Premio annuo totale netto in euro: 614,55
Beneficiari in caso di morte: EREDI

| Garanzie principali | Somma assicurata / Massimale in euro | Scoperto / Franchigia % | Franchigia giorni | Scoperto minimo in euro |
|---|---|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| Morte | 103.291,38 | --- | --- | --- |
| Invalità permanente | 103.291,38 | 0,00 | --- | --- |
| Inabilità temporanea | --- | --- | --- | --- |
| Rimborso spese di cura per infortunio | --- | --- | --- | --- |
| Rimborso spese di cura per danni estetici | --- | --- | --- | --- |
| Diaria da ricovero | --- | --- | --- | --- |
| Diaria da gessatura | --- | --- | --- | --- |

RIEPILOGO LIMITI DI INDENNIZZO, RISARCIMENTO, SCOPERTI E FRANCHIGIE

| Clausole | Giorni | Limiti di indennizzo % | Limiti di indennizzo euro |
|---|--------|---------------------------|------------------------------|
| INF008 Cumulo catastrofale | --- | --- | 5.165.000,00 |
| INF032 Invalità permanente per infortunio | --- | --- | --- |

**CONSENSO AL TRATTAMENTO
 DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI
 ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196
 e successive modificazioni**

Preso atto delle informazioni che Le abbiamo comunicato in relazione al trattamento dei Suoi dati personali:

Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi

Per poter emettere e dare esecuzione al contratto di assicurazione, nonché all'eventuale ridistribuzione del rischio, e per adempiere a obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, è necessario che Lei consenta per iscritto a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa di:

- utilizzare i Suoi dati personali, compresi quelli sensibili;
- comunicarli alle categorie di enti terzi specificati nell'Informativa;
- trasferirli all'estero.

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

Per poter valutare il rischio assicurando, gestire e liquidare i sinistri e per adempiere a obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, è necessario che Lei consenta per iscritto a Mapfre Warranty di:

- utilizzare i Suoi dati personali, compresi quelli sensibili;
- comunicarli alle categorie di enti terzi specificati nell'Informativa;
- trasferirli all'estero.

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi statistici, informativi e promozionali

Inoltre, come già specificato, Lei può decidere liberamente di dare o meno il Suo consenso a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa per l'utilizzo dei Suoi dati personali, a esclusione di quelli sensibili, per scopi statistici, informativi e promozionali; tale consenso è utile per migliorare i servizi e farLe conoscere nuovi prodotti della nostra azienda e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni. Le ribadiamo che il Suo consenso è del tutto facoltativo e il Suo rifiuto non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione. In particolare, Lei può consentire a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa di utilizzare i Suoi dati personali, a esclusione di quelli sensibili, per:

- rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche, anche tramite società terze incaricate delle suddette operazioni;
- realizzare iniziative promozionali;
- comunicarli alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, per lo svolgimento delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.

| | |
|----|----|
| SI | NO |
| SI | NO |
| SI | NO |

Luogo e Data: ROMA 08/05/2015

N° documento (polizza, proposta) _____

CONTRAENTE - Nome e cognome (leggibile) _____

Firma _____

ASSICURATI (se diversi dal contraente)

Nome e cognome (leggibile) _____

Firma _____

Nome e cognome (leggibile) _____

Firma _____

Nome e cognome (leggibile) _____

Firma _____

Nome e cognome (leggibile) _____

Firma _____

Nome e cognome (leggibile) _____

Firma _____



CAPITOLATO DI POLIZZA

INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra

AZIENDA OSPEDALIERA S. GIOVANNI ADDOLORATA
Viale dell' Amba Aradam, 9
00184 ROMA C.F.I.P.
IVA 04735061006

e

Società Assicuratrice

SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE
Agenzia 2106 Roma Grandi Rischi

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :

30/04/2015

Alle ore 24.00 del :

30/04/2017

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Art. 2 Decorrenza dell'assicurazione - pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio viene pagato entro il trentesimo giorno dalla data di effetto, in caso contrario la polizza decorre dalle ore 24 del pagamento.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dal giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine alla Ragioneria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società, a mezzo raccomandata, o telex o telefax.

Art. 3 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 4 Aggravamento del rischio

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 5 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

Art. 6 Pagamento dell'indennizzo

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo.

Art. 7 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di comunicare il proprio recesso dal contratto con effetto dalla successiva scadenza annuale del premio, rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore a centoventi giorni.

Art. 8 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 9 Foro competente

Per le controversie diverse da quelle previste dall'art. 29, il Foro competente è esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede sociale dell'Assicurato.

Art. 10 Durata dell'assicurazione

Il presente contratto ha validità dalle ore 24.00 del 30.04.2015 alle ore 24.00 del 30.04.2017 (scadenza anniversaria al 30 aprile di ogni anno) e cesserà automaticamente alla scadenza

senza obbligo di disdetta.

Il Contraente si riserva la facoltà di chiedere il rinnovo del contratto, a condizioni ritenute vantaggiose, entro 60 giorni antecedenti la scadenza, per un ulteriore anno.

E' facoltà del Contraente richiedere ed è facoltà della Società concedere, una proroga tecnica temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 120 giorni decorrenti dalla scadenza o dalla cessazione in caso di recesso, finalizzata all'espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova polizza a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Si precisa che in caso di gara regionale l'Amministrazione si riserva il diritto di rescindere il contratto alla prima scadenza anniversaria utile.

Art. II Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. I2 Obblighi dell'appaltatore relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

- La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto;
- Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3;
- Il Contraente verifica in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari;
- L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Contraente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali), compreso il rischio in itinere.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'affissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patentè di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.

Art. 14 Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 15 - Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per difesa; legittima

- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 15 Estensioni di garanzia:

Rischio Guerra

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di mentre si trova all'estero.

Morte Presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

Danni Estetici

In caso di infortunio non escluso dal presente contratto, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 2.582,28 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 16 Infortuni aeronautici

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, e durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.032.913,80 per il caso di morte, € 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente totale e € 258,23 giornaliero per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di € 5.164.568,99 per il caso morte, € 5.164.568, per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.164,57 giornaliero per il caso di inabilità temporanea assoluta.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 17 Servizio militare

Durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta sospesa. Entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore all'inizio del servizio di cui sopra il Contraente ha facoltà di chiedere il rimborso dei premi pagati relativi periodo al periodo in cui l'assicurazione è rimasta sospesa; rimborso che verrà corrisposto al netto delle imposte.

Art. 18 Limiti territoriali e di risarcimento

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.164.568,99. Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 19 Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settantacinque anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 20 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici cui fossero affette le persone assicurate.

Art. 21 Esonero denuncia generalità degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

Art. 22 Altre assicurazioni

È data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni-obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Art. 23 Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di 15 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 24 Criteri di indennizzo

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quando stabilito dall'art. 27.

Art. 25 Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premonienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60, comma 3, del Codice Civile (vedi precedente art. 16 di polizza).

Art. 26 Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.V. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni

singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art.29.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Art. 27 Caso di inabilità temporanea

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- b) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

Art. 28 Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria

legittima.

Art. 29 Controversie e collegio arbitrale

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso la Sede Legale del Contraente. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte. Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

Art. 30 Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (v. art. 1916 del Codice Civile) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

Art. 31 Clausola di revisione periodica del prezzo

Il presente contratto è soggetto alla revisione periodica del prezzo ai sensi della Legge 23.12.1994 n. 724 laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una riduzione.

Art. 32 Coassicurazione e delega

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione, a deroga dell'art. 1911 c.c., la Delegataria risponderà direttamente anche della parte di indennizzo a carico delle Coassicuratrici.

Le Società in coassicurazione affidano la delega relativa alla gestione del presente contratto ad una di esse (Delegataria). Pertanto, tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti dal Contraente con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza, il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla direzione della Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

Art. 33 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati;
- c) sinistri liquidati;
- d) sinistri respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ASSICURATI: sono assicurati gli appartenenti alle seguenti categorie per i capitali e indicati:

A) DONATORI SANGUECapitali

€ 258.228,45 Morte

€ 258.228,45 I.P.

€ 20,66 I.T.

€ 5.164,27 R.S.M.O.

Garanzie

Infortuni avvenuti durante la donazione sia durante le visite di controllo negli ambulatori, inclusi il rischio in itinere e le conseguenze derivanti dalla donazione, compresa la plasmafelisi del sangue le conseguenze derivanti dalle operazioni di citoafelisi e leucoafelisi.

Inoltre deve essere garantito il rimborso delle spese sostenute in Istituti di cura non accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale ed in eccedenza alle spese non riconosciute, in tutto o in parte, dal Servizio Sanitario Nazionale per:

- onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'assicurato.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

**B) DIPENDENTI IN MISSIONE CHE UTILIZZANO LA PROPRIA AUTOVETTURA
(DPR 384 del 28/11/1990)**Capitali

€ 103.291,38 Morte

€ 103.291,38 I.P.

Garanzie

Infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di conducente di veicoli, per incidenti di circolazione dal momento in cui sale a quello in cui discende dal veicolo; l'assicurazione vale anche mentre

egli, in caso di fermata accidentale, si trova a terra per eseguire le operazioni necessarie a consentire al veicolo di riprendere la marcia.

Sono assicurati i dipendenti autorizzati a servirsi in occasione di missioni e per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, del mezzo di trasporto, proprio o di altro familiare, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio;

Individuazione degli assicurati:

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali il Contraente si impegna a registrare in modo analitico:

- data e luogo della trasferta;
- generalità del dipendente autorizzato alla trasferta;
- numero dei chilometri percorsi;
- dichiarazione redatta dal Contraente, in caso di sinistro, che il conducente, con il relativo mezzo, era in missione per conto e su autorizzazione dello stesso.

C) DIPENDENTI IN MISSIONE CHE UTILIZZANO AUTOMEZZI DELLA CONTRAENTE (DPR 384 del 28/11/1990)

Capitali

€ 103.291,38 Morte

€ 103.291,38 I.P.

Garanzie

Infortunati che l'Assicurato subisce in qualità di conducente di veicoli, per incidenti di circolazione dal momento in cui sale a quello in cui discende dal veicolo; l'assicurazione vale anche mentre egli, in caso di fermata accidentale, si trova a terra per eseguire le operazioni necessarie a consentire al veicolo di riprendere la marcia.

Sono assicurati i conducenti dei veicoli in proprietà o in locazione alla Contraente.

Individuazione degli assicurati:

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento all'elenco delle targhe dei veicoli della contraente indicati al successivo articolo "Calcolo del premio".

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio conteggiato in base ai costi finiti (inclusa l'imposta) sottoindicati, viene anticipato in via provvisoria sui seguenti preventivi annui denunciati dalla Contraente,

Entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il numero complessivo degli assicurati (o altro dato) affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 30 giorni dalla data di ricezione del relativo documento di regolazione.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo

all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine alla Ragioneria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società, a mezzo raccomandata, o telex o telefax.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Cat. A) DONATORI SANGUE

€ 0.50 € lordo procapite

X n 3.500 donazioni

Cat. B) DIPENDENTI IN MISSIONE CHE UTILIZZANO AUTOMEZZI DELLA CONTRAENTE

€ 42.00 lordo procapite X n 15 automezzi, identificati dai seguenti numeri di targa:

| |
|---------|
| DV366DK |
| DS183ZB |
| BF970EP |
| CS592FI |
| BX731GR |
| BY766MW |
| BX208ZX |
| BW822FW |
| DP005XA |
| DP006XA |
| AX050JZ |
| DR969WM |
| DP003XA |
| BE469SD |
| CP812HG |

| Categoria | Tipo dato variabile | Dato variabile | Premio lordo pro capite | Premio annuo lordo |
|---|---------------------|----------------|-------------------------|--------------------|
| a) donatori di sangue | Numero donazioni | 3.500 | € 0.50 | € 1.750,00 |
| b) dipendenti in missione Automezzi dell'Ente | Numero automezzi | 15 | € 42,00 | € 630,00 |

PREMIO ANNUO

| | |
|-------------------------|-------------------|
| Premio annuo imponibile | € 2.321,95 |
| Imposte | € 58,05 |
| TOTALE | € 2.380,00 |

Riparto di coassicurazione:

| Società | Agenzia | Percentuale di ritenzione |
|---------|---------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC. COOP.
 ROMA, GRANDI ORIENTALI 106
 L'AGENZIA GENERALE
Alto Iaquina

CONTRAENTE/ASSICURATO
 AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO OSPEDALIERO
 SAN GIOVANNI ADDOLORATA
 Il Direttore Amministrativo
 Dott. MASSIMILIANO GERLI

NOTA INFORMATIVA

Le informazioni contenute nella presente nota sono finalizzate alla corretta comprensione, da parte del contraente, del contratto di Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa e sono redatte secondo le indicazioni contenute nel D. lgs. n° 175 del 17 marzo 1995.

I. TERMINOLOGIA

- **Cattolica**: Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa brevemente denominata anche Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.;
- **Assicurato**: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **Assicurazione o contratto**: contratto di assicurazione;
- **Contraente**: soggetto che stipula l'assicurazione e che paga il premio;
- **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- **Indennizzo**: somma che Cattolica è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di sinistro.
- **IVASS (ex ISVAP)**: L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la Legge n° 135 del 17 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del D.L. n° 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42 della L. n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

II. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Informazioni generali:

Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa, sede legale e sede sociale in Italia, Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona - tel. 0458391111 - fax 0458391112 - sito Internet: www.cattolica.it - e-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 Registro delle Imprese di Verona n° 00320160237; iscrizione all'albo imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00012, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa:

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 1.841 milioni di euro (capitale sociale: 170 milioni di euro - totale riserve patrimoniali: 1.087 milioni di euro).

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 3,99 ed è determinato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

III. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

A. Legge applicabile all'assicurazione

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

B. Pagamento del premio

Il pagamento del premio da parte del contraente deve essere eseguito alle scadenze pattuite e può essere eseguito secondo le seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a Cattolica o all'agente in qualità di agente Cattolica;

MOD. POL INF 5 - ED. 30/05/2014

stampata in data 03/05/2015

Polizza n° 002106,31.300258



1 / 2

COPIA PER IL CONTRAENTE

0030000210603100210631300258000000300420150

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande, 14 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - C.A./I.A. e numero di iscrizione al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della G.C.I.A.A. di Verona n. 9982 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A.100378 - Albo imprese presso IVASS n. 1.00012 - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923 - www.cattolica.it

- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario Cattolica o l'agente in qualità di agente Cattolica.

Non è possibile il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a euro 750,00 (settecentocinquanta/00).

AVVERTENZA: In presenza di pagamento contestuale di più premi riferiti a contratti diversi, e quindi con un'unica operazione di importo complessivamente pari o superiore a euro 5.000,00 (cinquemila/00) sarà vietato il ricorso al denaro contante.

C. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop. - Servizio Reclami
Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia)
Fax: 045/8372354
E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it

Indicando i seguenti dati:

- Nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- Numero della polizza e nominativo del contraente;
- Numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;
- Indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

Qualora l'esponente ritenga non soddisfacente la risposta al reclamo o non riceva risposta entro il termine di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale n° 21 - 00187 Roma - Fax 06 42133745 oppure 06 42133353, allegando copia del reclamo già inoltrato alla Società ed il relativo eventuale riscontro.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o del perito di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere completamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm

Si ricorda che permane la facoltà di ricorrere all'autorità Giudiziaria.



D. Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

NOTA BENE

Si richiama l'attenzione del contraente sulla necessità di leggere attentamente l'assicurazione prima di procedere alla sua sottoscrizione. Eventuali spiegazioni o chiarimenti possono comunque essere richiesti alle nostre agenzie.

ALLEGATO 8

| | | | |
|--|---|-------------|---|
|  AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA | ALL.2 al documento concordato SIMT – Associazione Donatori Carla Sandri <i>Elenco apparecchiature</i> | |  GRUPPO DONATORI SANGUE CARLA SANDRI |
| | UOC Med. Trasfusionale | ALL.2 ELDoc | |

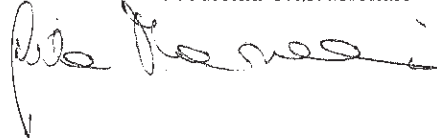
Elenco apparecchiature SIMT SGA fornite in uso temporaneo al personale dell'Unità di Raccolta Associazione Donatori Volontari Carla Sandri:

| Tipo apparecchiatura | Marca e modello | numero | Inventario | gestore |
|------------------------------------|--------------------------------|--------|------------|--------------------------------|
| Bilancia-miscelatore per donazioni | MOELCA Bag Mixer Plus | 6 | VSC 0351 | SIMT SGA (Ditta MOELCA) |
| | | | VSC 0347 | |
| | | | VSC 0349 | |
| | | | VSC 0350 | |
| | | | VSC 0348 | |
| | | | VSC 0352 | |
| Saldatore per sacche | Fresenius Composeal NBPI | 2 | 086517 | SIMT SGA (Ing.clinica) |
| | | | 086516 | |
| | | | | |
| Emoglobinometro Hemocue | Hemocue HB301 | 2 | 0805811139 | (SIMT SGA) Ditta Hemocue |
| | | | 0805811138 | |

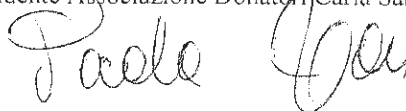
Elenco apparecchiature di proprietà dell'UdR Associazione Donatori Volontari Carla Sandri fornite in uso temporaneo a SIMT SGA:

| Tipo apparecchiatura | Marca e modello | numero | Inventario | gestore |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|------------|---------|
| Defibrillatore automatico portatile | Mindray Beneheart D1 | 1 | ----- | n.a. |
| Poltrona portatile per donazione | Haemoclub International DL100 | 4 | ----- | n.a. |

Direttore UOC Medicina Trasfusionale



Presidente Associazione Donatori Carla Sandri



CONTRATTO DI COMODATO D'USO GRATUITO DI IMMOBILE

TRA

AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA, in persona del Direttore Generale Dott.ssa Ilde Coiro, con sede in Roma, Via dell'Amba Aradam n. 9 (C.F. e P.IVA 04735061006), di seguito "**Comodante**"

E

Associazione Gruppo Donatori di sangue CARLA SANDRI, in persona del Presidente, (C.F. e P.IVA 97274430582), di seguito "**Comodatario**"

PREMESSO

- (a) la Regione Lazio, nell'ambito di un procedimento finanziario complesso di copertura, tramite cartolarizzazione del debito pregresso del Sistema Sanitario Regionale, ha costituito una Società – SAN.IM. S.p.A., ai sensi della legge regionale 3 agosto 2001, n. 16, che ha acquistato dalle Aziende Sanitarie n. 56 complessi ospedalieri che sono stati poi concessi, in locazione finanziaria, alle stesse Aziende Sanitarie;
- (b) che in data 28 giugno 2002 è stato sottoscritto il Contratto di Locazione Finanziaria Immobiliare - Rep. n. 41795 – Racc. n. 11080 - tra la Soc. SAN.IM. S.p.a. (Locatrice) e l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (Conduttrice);
- (c) il Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.U00388 del 07.12.2016, avente ad oggetto *"Recepimento Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n.61/CSR del 14 aprì le 2016 concernente: "Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato/Regioni 20 marzo 2008 (Rep. Atti 115/CSR) relativo alla stipula di convenzioni tra Regioni, Province Autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue" - Approvazione del nuovo schema di Convenzione tra le Aziende/Enti e le Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue della Regione Lazio"*;
- (d) Che l'Azienda in attuazione del citato Decreto del Commissario ad Acta ha individuato alcuni locali come di seguito meglio si specifica, da concedere nella forma giuridica del comodato d'uso alla Associazione Gruppo Donatori di sangue CARLA SANDRI per lo svolgimento dell'attività che verrà in essere a seguito della convenzione tra l'Azienda e la stessa Associazione di cui al citato D.C.A.:

A. Presidio Ospedaliero Addolorata: Roma – via Santo Stefano Rotondo, n.5/Λ - n.2 locali coperti al Piano Primo (ala Dx), in uso alla "Carla San-

dri" ONLUS e destinati a deposito con specifico disimpegno, area c.a 16 m² (Allegato "A");

B. Presidio Santa Maria – Roma – Via San Giovanni in Laterano, n.151 – 155 - corpo L: n.8 locali coperti al Piano Terra, in uso alla "Carla Sandri" ONLUS, area 44,36 m² del complessivo dei locali (ingresso, ufficio; disimpegno, deposito; gruppo servizi igienici) (Allegato "B");

- (e) che l'Azienda, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 18.3 del citato Contratto di Locazione Finanziaria Immobiliare con nota prot. n.5508/2017 del 21.02.2017 ha richiesto alla Società SAN.IM. S.p.A. di esprimere il proprio consenso alla stipula del contratto di che trattasi;
- (f) che la Società SAN.IM. S.p.A. con nota prot. n. 22/2017 del 22.02.2017, acquisita al protocollo generale di questa Azienda con n. 5702 del 23.02.2017, ha espresso il proprio consenso alla concessione dei locali, sopra meglio individuati, nella forma giuridica del comodato d'uso;
- (g) che l'Associazione Gruppo Donatori di sangue "CARLA SANDRI" ha manifestato il proprio interesse a stipulare un contratto di comodato d'uso gratuito avente ad oggetto le predette Unità Immobiliari, al fine di destinare le stesse ad attività d'istituto fino al termine di cui alla premessa *sub (d)*;

* * * * *

Tutto ciò premesso, tra il Comodante e il Comodatario si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1 Efficacia delle premesse e degli allegati

- 1.1 Costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto le premesse e le planimetrie delle Unità Immobiliari (Allegati "A" e "B");
- 1.2 Ogni modifica alle pattuizioni oggetto della presente scrittura dovrà farsi, a pena di nullità, per iscritto.

Art. 2 Consenso e consegna

2.1 La Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata concede transitoriamente, a titolo di comodato, alla Associazione Gruppo Donatori di sangue CARLA SANDRI, che accetta, allo scopo di destinarlo ad attività finalizzata alla convenzione che verrà stipulata tra le parti in virtù del Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n.U00388 del 07 dicembre 2016, le Unità Immobiliari indicate in premessa, qui di seguito descritte:

- A. Presidio Ospedaliero Addolorata: Roma – via Santo Stefano Rotondo, n.5/A - n.2 locali coperti al Piano Primo (ala Dx), destinati a deposito con specifico disimpegno, area c.a 16 m²(Allegato “A”);
- B. Presidio Santa Maria – Roma – Via San Giovanni in Laterano, n.151 – 155 - corpo L: n.8 locali coperti al Piano Terra, area 44,36 m² del complessivo dei locali (ingresso, ufficio; disimpegno, deposito; gruppo servizi igienici) (Allegato “B”);

2.2 Il Comodante consegna contestualmente al presente atto al Comodatario le chiavi delle Unità Immobiliari suddette, intendendosi così adempiuta la consegna ai sensi e per gli effetti dell’art. 1803 c.c. e perfezionato il presente contratto.

2.3 Le Unità Immobiliari, si trovano in ottimo stato di manutenzione, esente da vizi ed idonee alla loro funzione, così come risultante dal verbale di presa in consegna agli atti della U.O.A.D. Affari Generali.

Art. 3 Durata del comodato

3.1 Salvo diverse disposizioni della Regione Lazio, le Unità Immobiliari vengono temporaneamente concesse in comodato d’uso gratuito per la durata di anni 3 (tre) decorrenti dalla data di stipula della Convenzione di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta citato.

3.2 Il Comodatario, che riceve in consegna le Unità Immobiliari, si impegna a restituirle al Comodante in caso di esercizio del diritto di recesso di cui ai successivi articoli 13.1 e 13.3.

Art. 4 Stima

4.1 Ai sensi e per gli effetti dell’art. 1806 c.c., il Comodante e il Comodatario convengono quale valore patrimoniale delle Unità Immobiliari comodate come di seguito meglio specificato:

A. Locali siti presso il Presidio Ospedaliero Addolorata: Roma – via Santo Stefano Rotondo, n.5/A, - valore concessorio annuo è pari ad €823,68 (ottocentoventitre/68) per un valore concessorio complessivo per l’intera durata della concessione pari ad €2471,04 (duemilaquattrocentosettantuno/04) - valore patrimoniale annuo è pari ad €35.200,00 (trentacinquemiladuecento/00) per un valore patrimoniale complessivo per l’intera durata della concessione pari ad €105.600,00 (centocinquemilaseicento/00);

B. Locali siti presso Presidio Santa Maria – Roma – Via San Giovanni in Laterano, n.151 – 155 - corpo L, - valore concessorio annuo è pari ad €1716,00 (millesettecentosedici/00) per un valore concessorio complessivo per l’intera durata della concessione pari ad €5148,00 (cinquemilacentoquarantotto/00) - valore patrimoniale annuo è pari ad €110.000,00 (centodiecimila/00) per

un valore patrimoniale complessivo per l'intera durata della concessione pari ad €330.000,00 (trecentotrentamila/00);

4.2 Detta stima è effettuata unicamente al fine della eventuale responsabilità per perimento del bene concesso in comodato, restando inteso che la proprietà del medesimo permane al titolare del diritto di proprietà.

Art. 5 Uso dell'Unità Immobiliare

5.1 Il Comodatario non potrà utilizzare le Unità Immobiliari in oggetto per usi diversi dall'attività individuata dalla Convenzione di cui alle premesse.

5.2 Il Comodatario dovrà custodire e conservare le Unità Immobiliari concesse in comodato d'uso con la diligenza del buon padre di famiglia, e mantenerle in buono stato e tale da servire all'uso convenuto.

5.3 Il Comodatario dichiara altresì di essere a conoscenza dello stato dei collaudi relativi alle Unità Immobiliari e che si farà carico di ogni procedura connessa all'avvio dello svolgimento della specifica attività. Sarà pertanto cura del Comodatario, a titolo esemplificativo e non esaustivo, ottenere tutte le autorizzazioni amministrative, i certificati di prevenzione incendi e quant'altro di competenza dei vigili del Fuoco, le autorizzazioni di competenza delle autorità sanitarie e quelle relative alla prevenzione infortuni e quant'altro relativo alle normative per lo svolgimento dell'attività dedicata. Il Comodante resta in ogni caso esonerato da ogni responsabilità o conseguenza per difetto, diniego o revoca di concessioni, autorizzazioni, licenze amministrative o nullavista, anche se dipendenti dalle Unità Immobiliari concesse in comodato. Il Comodatario garantisce, durante tutta la durata del rapporto e fino alla riconsegna delle Unità Immobiliari, l'osservanza di tutte le norme e regolamenti amministrativi che disciplinano l'attività di cui trattasi. Egli, pertanto, provvederà ad espletare tutte le formalità necessarie, presso i competenti uffici, per assicurare il periodico adempimento degli obblighi derivanti dalle suddette norme e regolamenti, anche se successivi alla stipula del presente contratto.

Art. 6 Godimento dell'Unità Immobiliare

6.1 Il Comodante deve permettere al Comodatario il godimento delle Unità Immobiliari in oggetto ed è tenuto ad astenersi dal compimento di atti di disposizione materiale o giuridica sul bene ed in genere da turbative di fatto o di diritto che possano pregiudicare il concreto godimento da parte del Comodatario.

Art. 7 Spese relativa all'ordinaria e straordinaria manutenzione

7.1 Sono a carico del Comodatario le spese di manutenzione ordinaria delle Unità Immobiliari, anche eccedenti le piccole riparazioni, fatta salva ogni eventuale autorizzazione da parte dell'Azienda e da parte della Società SAN.IM. S.p.A, per i locali siti presso il Presidio Ospedaliero Addolorata di cui all'art.2.1, lettera A.

7.2 Rimangono a carico del **Comodante** le spese di manutenzione straordinaria, salvo il disposto dell'art. 1808, comma 2, c.c. e salvo l'obbligo del **Comodatario** di avvisare il **Comodante** stesso circa la necessità di effettuare tali ultime spese.

Art. 8 Addizioni e miglioramenti sulle Unità Immobiliari

8.1 Al **Comodatario** è fatto divieto di effettuare addizioni e modifiche sull'immobile, fatta salva ogni eventuale autorizzazione da parte dell'Azienda e da parte della Società SAN.IM. S.p.A, per i locali siti presso il Presidio Ospedaliero Addolorata di cui all'art.2.1, lettera A.

Art. 9 Restituzione delle Unità Immobiliari

9.1 Le Unità Immobiliari dovranno essere restituite nello stesso stato in cui attualmente si trovano, salvo il deterioramento per effetto dell'uso.

9.2 A tal fine le parti convengono che il **Comodatario** dovrà ripristinare lo stato dei luoghi così come esistente al momento della presa in consegna. A titolo esemplificativo e non esaustivo, esso dovrà riverniciare i locali, le porte e gli infissi, interni ed esterni, riparare eventuali imperfezioni nella chiusura degli infissi esterni e delle maniglie interne, sostituire i rubinetti difettosi, sostituire eventuali piastrelle danneggiate, etc.; il tutto in espressa deroga a quanto disposto dall'art. 1807 c.c..

Art. 10 Perimento dell'Unità Immobiliare

10.1 Il rischio del perimento totale o parziale dell'Unità Immobiliare è a carico del **Comodatario**. Ai fini dell'art. 1806 c.c., le parti dichiarano di stimare come meglio precisato al precedente articolo 4.

10.2 Rimane a carico del **Comodante** proprietario la responsabilità per rovina dell'edificio ai sensi dell'art. 2053 c.c..

Art. 11 Danni, responsabilità civile e polizza assicurativa

11.1 Il **Comodatario** è responsabile per i danni subiti da persone e/o cose all'interno delle Unità Immobiliari concesse in comodato d'uso. Esso si impegna pertanto a rispondere integralmente dei danni a persone e/o cose, del **Comodante** e/o di terzi, derivanti dall'utilizzo delle Unità Immobiliari ed imputabili al **Comodatario** o ai suoi associati, obbligandosi espressamente a manlevare e tenere indenne il **Comodante** da ogni responsabilità.

11.2 A tal riguardo, è facoltà del **Comodatario** costituire una polizza assicurativa che copra tutti i rischi specificati, inclusa la responsabilità civile verso terzi per danni patrimoniali e/o non patrimoniali.

11.3 Qualora il **Comodatario**, o chi per esso, non dovesse provvedere tempestivamente al risarcimento del danno, il **Comodante** è autorizzato a provvedere direttamente allo stesso addebitando il relativo importo al **Comodatario**.

Art. 12 Subcomodato e locazione

12.1 È vietata al **Comodatario** la stipulazione di qualsiasi contratto che abbia come effetto quello di attribuire a terzi, persone fisiche o giuridiche, il godimento anche parziale delle Unità Immobiliari concesse in comodato d'uso. È vietato, in particolare, il subcomodato, anche parziale, delle Unità Immobiliari e la cessione, anche parziale, del contratto.

Art. 13 Scioglimento del rapporto

13.1 Il **Comodante** potrà recedere anticipatamente dal presente contratto e richiedere la restituzione immediata delle Unità Immobiliari:

(a) in caso di inadempimento degli obblighi sopra descritti da parte del **Comodatario**;

13.2 Il **Comodatario** potrà recedere liberamente dal presente contratto; in tal caso, il **Comodante** sarà obbligato a ricevere immediatamente la restituzione delle Unità Immobiliari.

13.3 Il recesso sia da parte del **Comodante** che del **Comodatario** dovrà essere comunicato alla controparte, con un preavviso di almeno 30 giorni, con lettera raccomandata a/r.

Art. 14 Elezione di domicilio

14.1 A tutti gli effetti del presente contratto, il **Comodatario** dichiara di eleggere domicilio presso la sua sede legale in Roma, Via dell'Amba Aradam, n.9 - c.a.p.00184.

14.2 Il **Comodante** elegge domicilio presso la sua sede legale in Roma, Via dell'Amba Aradam n. 9 - c.a.p.00184.

Art. 15 Registrazione

15.1 Le spese del presente atto sono a carico del **Comodatario**.

Art. 16 Foro competente

16.1 Il foro competente, in via esclusiva, sarà quello di Roma.

Letto, confermato e sottoscritto in Roma, il 24. 02. 2017

Il Comodante

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN GIOVANNI ADDOLORATA

IL DIRETTORE GENERALE

DOTTOSSA ILDE COIRO



Il Comodatario

ASSOCIAZIONE GRUPPO DONATORI DI
SANGUE "CARLA SANDRI"

IL PRESIDENTE

DOTTOSSA PAOLA TOSI



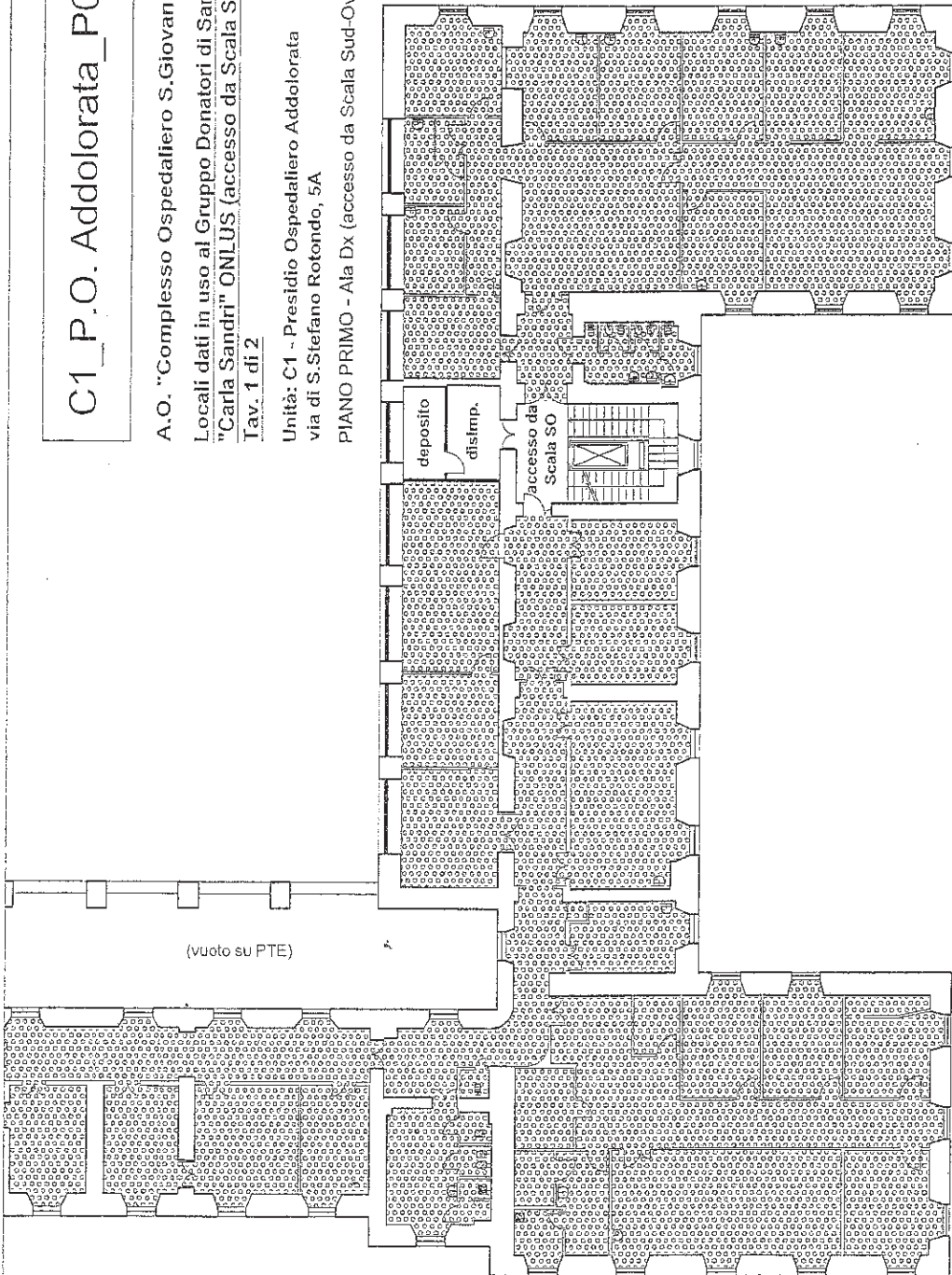


C1_P.O. Addolorata_P01.dx

A.O. "Complesso Ospedaliero S. Giovanni-Addolorata"

Locali dati in uso al Gruppo Donatori di Sangue
"Carla Sandri" ONLUS (accesso da Scala Sud-Ovest) -
Tav. 1 di 2

Unità: C1 - Presidio Ospedaliero Addolorata
via di S. Stefano Rotondo, 5A
PIANO PRIMO - Ala Dx (accesso da Scala Sud-Ovest)



Legenda



altri locali, non destinati alle attività della "Carla Sandri" ONLUS
(servizi sanitari aziendali)

scala metrica



Azienda Ospedaliera
San Giovanni Addolorata
UOC Progettazione, Conservazione
e Valorizzazione del Patrimonio
Immobiliare Storico
Il Direttore
Dr. Arch. Francesco Pontariero

lato via S. Stefano Rotondo

UOC Progettazione
Edizione 20170221
su filevi Corley

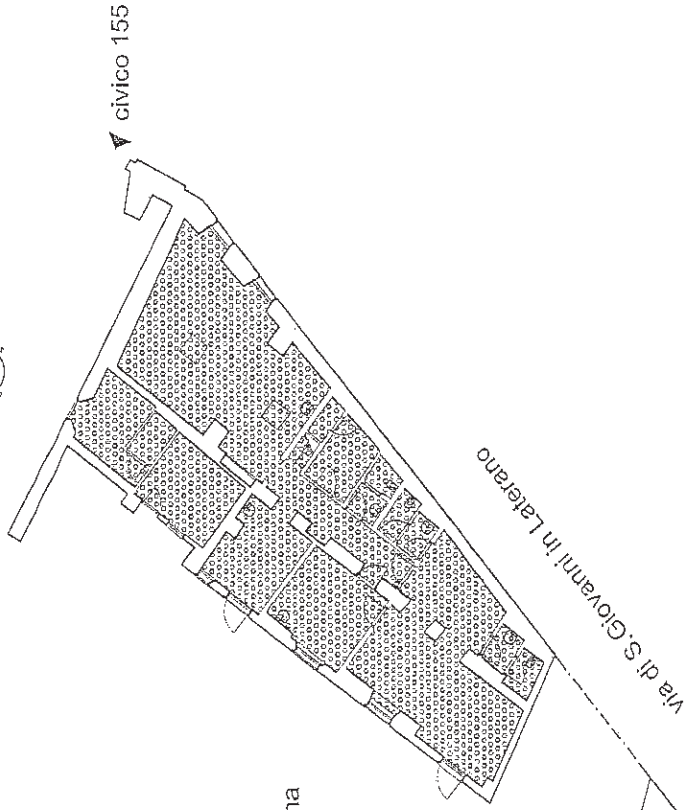
B3_P.S. Santa Maria_Corpo L_PTE

A.O. "Complesso Ospedaliero S.Giovanni-Addolorata"

Locali dati in uso al Gruppo Donatori di Sangue
"Carla Sandri" ONLUS (accesso da corte interna)-
Tav. 2 di 2

Unità: B3 - Presidio Sanitario Santa Maria
via di S.Giovanni in Laterano, 155; via Merulana, 143A

Corpo L
PIANO TERRA



ingresso
proprio accesso diretto

ufficio

corte interna

Via di S. Giovanni in Laterano

civico 155

Azienda Ospedaliera
San Giovanni Addolorata
UOC Progettazione, Conservazione
e Valorizzazione del Patrimonio
Immobiliare Storico
Il Direttore
Dr. Arch. Francesco Pontariero

Legenda



altri locali, non destinati alle attività della "Carla Sandri" ONLUS
(servizi sanitari aziendali)

UOC Progettazione
Edizione 2017/02/21
su rilievi Colety

ADDENDUM alla Convenzione stipulata il 28 Febbraio 2017

ai sensi dell'Accordo Stato Regioni in applicazione dell'articolo 6, comma 1, lettera b) Legge 219/2005

TRA

L'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata (di seguito Azienda) CF. e P.I. 04735061006 con sede in Roma, Via dell'Amba Aradam n. 9, a cui afferisce il Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT), nella persona del legale rappresentate pro tempore, il Direttore Generale, Dr.ssa Ilde Coiro, nato a Sant'Arzenio (SA) il 16.09.1954, domiciliato per la carica presso la sede legale dell'Azienda

E

L'Associazione Gruppo Donatori di Sangue - Carla Sandri Onlus (di seguito Associazione) iscritta nel Registro Regionale del Volontariato, sezione Sanità, sottosezione Donatori di Sangue con DGR n. 0066 del 10.03.2003 C.F. 97274430582 con sede in Roma, Via dell'Amba Aradam, 9, nella persona del legale rappresentate pro tempore, il Presidente, Dr.ssa Paola Tosi, nata a Roma il 27.02.1949, domiciliato per la carica presso la sede legale dell'Associazione

Premesso che

- con nota prot. n. 73104 del 13.02.2017 (ns. prot. n. 4621/2017 del 13.02.2017), la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali - Area Programmazione della rete ospedaliera e risk management della Regione Lazio ha fissato nel 28 febbraio 2017 la convocazione di questa Azienda per la sottoscrizione delle nuove Convenzioni tra l'Azienda e le Associazioni/Federazioni stessa, tra cui l'Associazione Gruppo Donatori di Sangue - Carla Sandri Onlus,
- con nota prot. n. 143912 del 20.03.2017 (ns. prot. n. 8394/2017 del 21.03.2017), la Direzione Regionale ha trasmesso in allegato i verbali relativi alle sottoscrizioni delle nuove Convenzioni tra l'Azienda e le Associazioni/Federazioni, tra cui l'Associazione Gruppo Donatori di Sangue - Carla Sandri Onlus, e la nota "Aspetti attuativi nuove convenzioni tra le Aziende/Enti e le Associazioni /Federazioni di donatori volontari di sangue - DCA N. U00388/2016", firmati in data 28 febbraio 2017 presso la sede della Regione Lazio;
- con nota prot. n. 243941 del 15.05.2017 (ns. prot. n. 13799/2017 del 15.05.2017), la Direzione Regionale ha inviato lo schema (da sottoscrivere e allegare alla Convenzione) sulle modalità operative di trattamento del materiale a rischio biologico e del trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti, al fine di integrare le Convenzione con lo schema ivi allegato con la precisazione che *"nelle more dell'espletamento della gara regionale per il trasporto sangue ed emocomponenti è facoltà dell'Azienda /Ente e delle Associazioni /Federazioni, determinare modalità differenti di rimborso della quota dovuta al trasporto;*
- con nota prot. 257579 GR1149 del 22.05.2017 (ns. prot. n. 14565/2017 del 22.05.2017) la Direzione Regionale, ha rappresentato che, come indicato anche dal Direttore del Centro Nazionale Sangue con la nota prot. n. 0000753 del 10.04.2017, la decorrenza e l'applicazione delle nuove Convenzioni tra le Aziende/Enti e Associazioni/Federazioni di donatori di sangue si intendono effettive dall'1 gennaio 2017;

Tutto ciò premesso si conviene e stipula quanto segue:

1) Materiale a rischio biologico

Premesso che la normativa prevede che la titolarità della gestione del materiale a rischio biologico è sotto la responsabilità di chi lo produce, considerato che l'Associazione che da Convenzione gestisce l'attività sanitaria di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Unità di raccolta - UdR) ha di conseguenza tale responsabilità, l'Associazione gestisce direttamente il

trattamento e la conservazione temporanea del materiale a rischio biologico prodotto durante l'attività di raccolta e concorda con l'Azienda in Convenzione e con il Servizio Trasfusionale di riferimento, sotto la cui responsabilità tecnica operano le UdR, le modalità di smaltimento dello stesso.

L'Azienda provvede allo smaltimento secondo tempi e modalità concordate senza attribuire oneri economici aggiuntivi all'Associazione in Convenzione.

2) Trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti

Il trasporto del sangue e degli emocomponenti, raccolti dalle UdR gestite dall'Associazione, verso i Servizi Trasfusionali di riferimento o Strutture Trasfusionali dagli stessi indicate, rientra nelle attività previste a carico dell'Associazione sulla base della Convenzione stipulata e i relativi costi sono compresi nelle quote di rimborso, definite dall'Accordo Stato/Regioni, Rep. Atti n. 61/CSR del 14 aprile 2016.

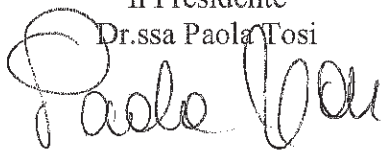
L'Associazione, non potendo garantire le modalità di trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti nel rispetto della tracciabilità, sicurezza e qualità previsti dalla normativa vigente, concorda con l'Azienda e con il Servizio Trasfusionale di riferimento tempi e modalità del trasporto stesso effettuato dall'Azienda, a fronte del rimborso economico del servizio prestato.

Tale rimborso, sulla base dei provvedimenti amministrativi già espletati per la fornitura di servizi di trasporto delle unità di sangue da sedi di raccolta esterna verso il Servizio Trasfusionale, si definisce nel costo unitario di € 30 per singolo percorso di viaggio. La contabilizzazione di tale onere a carico dell'Associazione viene gestita, a compensazione, nell'ambito della corresponsione delle quote dei rimborsi conseguenti alle attività svolte sulla base della Convenzione stipulata.

Quanto disposto nel presente Addendum, per effetto della sottoscrizione delle parti, deve intendersi parte integrante e sostanziale della Convenzione.

Roma, **05 GIU. 2017,**

Associazione Gruppo Donatori di Sangue -
Carla Sandri
Il Presidente
Dr.ssa Paola Tosi



Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero
San Giovanni Addolorata
Il Direttore Generale
Dr.ssa Ilde Coiro

