

Bozza risposta a quesiti del 16/04/2024

In riscontro ai punti 1-2-3-4-5 e 7 si allega questionario sanitario compilato.

Punto 6 - MISURE COVID-19

Specificare le variazioni all'attività ordinaria e trasmettere le misure e protocolli adottati in relazione all'emergenza sanitaria da Covid_19 in atto

- Numero di decessi avvenuti a partire dal 01.01.2019: 29
- Numero di decessi avvenuti a partire dal 01.01.2020: 53
- Numero di decessi avvenuti a partire dal 01.01.2021: 40
- Numero di decessi avvenuti a partire dal 01.01.2022: 37
- Numero di decessi con positività Covid 19 dall'inizio dell'emergenza sanitaria L'ASP non è in grado di fornire il dato richiesto in quanto in situazioni di aggravamento di patologie l'ospite viene trasferito presso strutture ospedaliere.
- Numero di assistiti con positività Covid 19 dall'inizio dell'emergenza sanitaria L'ASP non è in grado di fornire il dato richiesto
- Numero attuale di assistiti con positività Covid 19 L'ASP non è in grado di fornire il dato richiesto
- Numero di tamponi effettuati ai Prestatori di Lavoro e indicazione della percentuale di personale testato L'ASP non è in grado di fornire il dato richiesto L'ASP non è in grado di fornire il dato richiesto
- N° Medici, Operatori Sanitari e Prestatori di lavoro colpiti da Covid-19 L'ASP non è in grado di fornire il dato richiesto
- N° Medici e Operatori Sanitari e Prestatori di lavoro deceduti con positività Covid 19 da inizio emergenza: Nessuno
- Sequestri di cartella clinica avvenuti nel 2020, 2021 e 2022 Nessuno

8. Si chiede di pubblicare le statistiche sx in formato Excel e relative agli ultimi 10 anni, specificando:

- Data dell'evento
- Data della richiesta di risarcimento
- Danneggiato (dipendente; paziente / assistito; terzo accompagnatore)
- Descrizione dell'accadimento e del danno residuo
- Stato del sinistro (aperto, chiuso con pagamento, chiuso senza pagamento)
- Riserva
- Importo liquidato

In riferimento alla statistica sinistri si invia tabella sinistri relativa agli ultimi 5 anni. L'ASP non è in possesso dei dati aggiornati precedenti al 2019 in quanto la nuova gestione decorre dal 04/02/2019 data di approvazione dello statuto

9. Indagini Penali e fatti pregressi

- Indicare se negli ultimi cinque anni sono avvenuti sequestri di cartella clinica da parte dell'Autorità Giudiziaria, dettagliando:

- data del sequestro

- Data dell'accesso/ricovero

- Motivo dell'accesso/ ricovero

- Numero di cartella clinica

- Indicare se sono noti eventuali procedimenti penali instaurati nei confronti di Personale Dipendente, Personale Convenzionato e Personale in regime Libero-Professionale per morte o lesioni subite da pazienti che non siano collegati a sinistri riportati nella statistica sinistri allegata

-Indicare se al Proponente/Assicurato siano note altre azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 10.

Si comunica che l'ASP non ha nulla da comunicare in merito



QUESTIONARIO R.C.

CASE DI RIPOSO E STRUTTURE RESIDENZIALI

Ragione sociale del Proponente: AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA RAVENNA CERVIA E RUSSI
Indirizzo sede legale: PIAZZA DEL POPOLO 1 Comune: RAVENNA Provincia: RAVENNA (RA)
Partita I.V.A.:02312680396 Data costituzione: 01/07/2008 Codice ATECO: 873000

Convenzionato con il servizio sanitario nazionale? X Sì No Specificare A.S.L.:
RAVENNA

Ubicazione strutture: COMUNI DI RAVENNA CERVIA E RUSSI

Trattasi di:

- Casa di Riposo, Casa Albergo, Casa Famiglia X Posti letto totali: 179
di cui accreditati: 128
- Residenza Sanitario Assistenziale Posti letto totali: _____
di cui accreditati: _____
- Altro (specificare) _____ Posti letto totali: _____
di cui accreditati: _____

Breve descrizione dell'attività svolta:
SERVIZI DI ASSISTENZA ANZIANI

FATTURATO

ANNO	FATTURATO CONSEGUITO	FATTURATO PREVENTIVATO
Anno successivo		€ 6.500.000,00
Anno corrente		€ 6.253.982,00
I anno precedente	€ 5.999.122,00	
II anno precedente	€ 5.825.666,00	
III anno precedente	€ 5.773.091,00	
IV anno precedente	€ 6.075.603,00	

Indicare la suddivisione percentuale dei ricavi derivanti dall'attività del Proponente/Assicurato:

50 % Pazienti Paganti

50 % S.S.N./Pubblico

__ % Donazioni

TIPOLOGIA DI ATTIVITA' SVOLTA	NR ACCESSI	NR POSTI LETTO	% OCCUPAZIONE POSTI LETTO
Riabilitazione ortopedica			
Riabilitazione neurologica			
Psichiatria			
Centro diurno anziani	45	45	100%
Centro diurno disabili			
Trattamento dipendenze			

Cure palliative			
Altro			

Indicare le attività/specialità che rappresentano le percentuali più elevate nella costituzione del fatturato complessivo conseguito/preventivato negli anni indicati:

ANNO	ATTIVITA'/SPECIALITA'		% FATTURATO
	A. SVOLTE ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA	B. SVOLTE ALL'ESTERNO DELLA STRUTTURA	
Anno in corso	1. Servizi di assistenza agli anziani		A. 100.0% B.%
	2.		A.% B.%
	3.		A.% B.%
I anno precedente	1. Servizi di assistenza agli anziani		A. 100.0% B.%
	2.		A.% B.%
	3.		A.% B.%

Specialità, Nr dei medici e Nr prestazioni svolte:

	Attività svolte all'interno della struttura	Med. Dipendenti	Med. Strutturati	Med. Lib. Prof.	Nr. Prestazioni annue
1	Allergologia, immunologia				
2	Anatomia patologica				
3	Andrologia				
4	Anestesia, terapia intensiva				
5	Angiologia				
6	Audiologia				
7	Cardiologia				
8	Diabetologia (o malattie del metabolismo)				
9	Ematologia e medicina trasfusionale				
10	Endocrinologia				
11	Farmacologia				
12	Farmacia ospedaliera				
13	Gastroenterologia				
14	Geriatrics				
15	Malattie infettive				
16	Medicina di base				
17	Medicina d'urgenza				
18	Medicina fisica riabilitativa				
19	Medicina generale				
20	Medicina termale				

21	Neurologia				
22	Neuropsichiatria				
23	Oculistica e oftalmologia (senza interventi chirurgici)				
24	Ortopedia				
25	Pneumologia				
26	Psichiatria				
27	Reumatologia				
28	Urologia				
29	Altro (specificare):				
30	Altro (specificare):				

Indicare specialità e numero di prestatori di lavoro che svolgono attività all'interno della struttura:

	ATTIVITA'	NUMERO PRESTATORI DI LAVORO	
		DIPENDENTI	NON DIPENDENTI
1	Medici		1
2	Infermieri	9	4
3	Fisioterapisti / tecnici di neurofisioreabilitazione		2
4	Educatori professionali		
5	ASA, OTA, OSS	67	20
6	Altro personale	17	5

INFORMAZIONI SPECIFICHE SULL'ATTIVITÀ

- I. La struttura assistenziale è dotata di un poliambulatorio che effettua visite anche a soggetti esterni?
 Sì No
- II. A) Per quante ore al giorno è garantita la presenza del personale medico? 1.50 ore
 B) Per quante ore al giorno è garantita la presenza del personale infermieristico? 12 ore
- III. Esiste il servizio di Day Hospital e/o Day Surgery?
 Sì No

Se sì, indicare: specializzazioni e nr. addetti distinguendo tra dipendenti e non dipendenti:

IV. Specificare, se presenti, il **numero degli ambienti** dedicati alle seguenti attività:

- a) Laboratori di analisi chimico-cliniche-microbiologiche Sì No Nr. _____
- b) Diagnostica per immagini – radiodiagnostica Sì No Nr. _____
- c) Mammografie Sì No Nr. _____
- d) Ambulatori medici per visite Sì No Nr. 3
- e) Ambulatori medici per attività invasive (chirurgia minore) Sì No Nr. _____
- f) Palestre Sì No Nr. 3
- g) Piscine Sì No Nr. _____

h) Percorsi pedonali esterni

Sì No Nr. 3

i) Altri ambienti: _____

V. Il proponente dispone di propri mezzi mobili di pronto intervento? Sì No

Se sì indicare: Nr. Ambulanze _____ Nr. Unità mobili di rianimazione _____

Se no indicare eventuali convenzioni: _____

VI. Viene eseguita la distribuzione ed utilizzo di sangue e/o emoderivati?

Sì No

VII. L'attività viene svolta anche a domicilio del paziente?

Sì No

VIII. Esiste un centro trasfusionale con emoteca direttamente gestita? Sì No

IX. La Società richiede al personale medico (dipendente e non) l'esibizione di polizza R.C. professionale stipulata individualmente?

Sì No

RISK MANAGEMENT

I. Indicare se esiste una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico (Risk Manager):

Sì No

II. Indicare i progetti di risk management in corso:

III. Esistono protocolli per l'acquisizione del consenso informato finalizzati per tipologia di intervento e/o terapia eseguite nelle strutture assicurate?

Sì No

IV. Il consenso informato è sempre acquisito in forma scritta?

Sì No

V. Il modulo del consenso informato da quali figure sanitarie è controfirmato (es. primario o operatore sanitario autorizzato)? Medico di Medicina Generale

VI. I documenti che attestano il consenso informato sono sempre registrati e custoditi?

Sì No Con che modalità? _____

VII. Nel caso di medici liberi professionisti che svolgono attività all'interno della struttura, il consenso informato viene acquisito:

Direttamente e in via autonoma da parte del medico libero professionista

Utilizzando moduli già predisposti e autorizzati dalla Direzione Sanitaria

VIII. Sono previsti controlli e/o verifiche periodiche sugli standards di qualità e correttezza delle procedure di acquisizione del consenso informato?

Sì No Ogni quanti mesi? 1 volta all'anno

IX. Il personale medico viene formato sulla politica aziendale in tema di informazione al paziente e acquisizione al consenso delle prestazioni?

Sì No NON ABBIAMO MEDICI DIPENDENTI

- X. Al paziente o ai suoi legali rappresentanti è concesso un lasso di tempo idoneo (in ragione della gravità delle patologie) per valutare la situazione ed esprimere il consenso?
 Sì No
- XI. Esiste un programma strutturato per la manutenzione delle apparecchiature mediche?
 Sì No
- XII. La manutenzione delle apparecchiature è svolta periodicamente?
 Sì No Ogni quanti mesi? 12 mesi
- XIII. La manutenzione delle apparecchiature è effettuata da:
 personale interno fornitore terzi
 In caso di terzi è richiesta polizza RC? Sì No
- XIV. Viene tenuta una cartella o diario infermieristico aggiornato regolarmente? Sì No
 Se sì, sono utilizzati strumenti informatici (cartella clinica elettronica)? Sì No

POLIZZE IN CORSO O PRECEDENTI

Anno	2023	2022	2021	2020	2019
Compagnia	Generali Italia	Generali Italia	Generali Italia	Generali Italia	Generali Italia
Massimale per sinistro	<p><i>Responsabilità civile verso terzi (RCT)</i> euro 6.000.000,00 per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone che abbiano sofferto danni per morte o lesioni personali o abbiano subito danni a cose di loro proprietà, con i limiti di euro 5.000.000,00 per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali e di euro 5.000.000,00 per danni cose, anche se appartenenti a più persone.</p> <p><i>Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO)</i> euro 5.000.000,00 per ogni sinistro, qualunque sia il numero dei prestatori d'opera</p>	<p><i>Responsabilità civile verso terzi (RCT)</i> euro 6.000.000,00 per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone che abbiano sofferto danni per morte o lesioni personali o abbiano subito danni a cose di loro proprietà, con i limiti di euro 5.000.000,00 per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali e di euro 5.000.000,00 per danni cose, anche se appartenenti a più persone.</p> <p><i>Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO)</i> euro 5.000.000,00 per ogni sinistro, qualunque sia il numero dei prestatori d'opera</p>	<p><i>Responsabilità civile verso terzi (RCT)</i> euro 6.000.000,00 per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone che abbiano sofferto danni per morte o lesioni personali o abbiano subito danni a cose di loro proprietà, con i limiti di euro 5.000.000,00 per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali e di euro 5.000.000,00 per danni cose, anche se appartenenti a più persone.</p> <p><i>Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO)</i> euro 5.000.000,00 per ogni sinistro, qualunque sia il numero dei prestatori d'opera</p>	<p><i>Responsabilità civile verso terzi (RCT)</i> euro 6.000.000,00 per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone che abbiano sofferto danni per morte o lesioni personali o abbiano subito danni a cose di loro proprietà, con i limiti di euro 5.000.000,00 per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali e di euro 5.000.000,00 per danni cose, anche se appartenenti a più persone.</p> <p><i>Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO)</i> euro 5.000.000,00 per ogni sinistro, qualunque sia il numero dei prestatori d'opera</p>	<p><i>Responsabilità civile verso terzi (RCT)</i> euro 6.000.000,00 per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone che abbiano sofferto danni per morte o lesioni personali o abbiano subito danni a cose di loro proprietà, con i limiti di euro 5.000.000,00 per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali e di euro 5.000.000,00 per danni cose, anche se appartenenti a più persone.</p> <p><i>Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO)</i> euro 5.000.000,00 per ogni sinistro, qualunque sia il numero dei prestatori d'opera</p>

	infortunati, ma con il limite di euro 3.000.000,00 per ogni infortunato	infortunati, ma con il limite di euro 3.000.000,00 per ogni infortunato	infortunati, ma con il limite di euro 3.000.000,00 per ogni infortunato	infortunati, ma con il limite di euro 3.000.000,00 per ogni infortunato	infortunati, ma con il limite di euro 3.000.000,00 per ogni infortunato
Massimale aggregato annuo					
Franchigia per sinistro	relativamente alla <u>garanzia RCT</u> euro 1.000,00 ; per ogni danno a cose euro 5.000,00 per ogni danno alla persona (per morte o lesioni) relativamente alla <u>garanzia RCO</u> euro 2.500,00 per ogni danno	relativamente alla <u>garanzia RCT</u> euro 1.000,00 ; per ogni danno a cose euro 5.000,00 per ogni danno alla persona (per morte o lesioni) relativamente alla <u>garanzia RCO</u> euro 2.500,00 per ogni danno	relativamente alla <u>garanzia RCT</u> euro 1.000,00 ; per ogni danno a cose euro 5.000,00 per ogni danno alla persona (per morte o lesioni) relativamente alla <u>garanzia RCO</u> euro 2.500,00 per ogni danno	relativamente alla <u>garanzia RCT</u> euro 1.000,00 ; per ogni danno a cose euro 5.000,00 per ogni danno alla persona (per morte o lesioni) relativamente alla <u>garanzia RCO</u> euro 2.500,00 per ogni danno	relativamente alla <u>garanzia RCT</u> euro 1.000,00 ; per ogni danno a cose euro 5.000,00 per ogni danno alla persona (per morte o lesioni) relativamente alla <u>garanzia RCO</u> euro 2.500,00 per ogni danno
Franchigia aggregata annua					
SIR					
Claims Made o Loss Occurrence?					
Retroattività	10 anni	10 anni	10 anni	10 anni	10 anni
Premio Annuo Lordo	48.000	48.000	48.000	48.000	48.000

- La Vostra attuale polizza assicurativa:
 - o include la copertura RC personale del personale sanitario convenzionato/strutturato? Sì No
 - o include la copertura RC personale dei medici libero professionisti? Sì No
- Indicare la data di scadenza della polizza: 30/06/2024
- Vi sono mai state delle disdette di polizze RCT o RCT/O per sinistro? Sì No
Se sì, indicare anno e compagnia: _____
- Vi sono noti eventuali procedimenti penali instaurati nei confronti del personale dipendente e/o libero professionista per morte o lesioni subite da pazienti? Sì No
Se sì, specificare: _____
- Al personale Libero Professionista è chiesta la sottoscrizione e il mantenimento di una polizza per responsabilità civile professionale? Sì No
- Se sì, è richiesto un massimale minimo? Quale? Sì No Importo € _____
- Viene richiesto al personale sanitario dipendente e/o strutturato la sottoscrizione di una polizza di Responsabilità Civile per Colpa Grave? Sì No

- Viene effettuato un controllo delle polizze assicurative di tutto il personale sanitario (dipendenti, convenzionati e libero professionisti)? Con quale Frequenza?

SCHEDA SINISTROSITA'

Si prega di fornire un elenco completo delle richieste di risarcimento degli ultimi 10 anni e degli eventuali fatti noti che potrebbero portare ad una richiesta di risarcimento, compilando il file Excel allegato.

CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA RICHIESTA

MASSIMALE RICHIESTO:

- 500.000€ 1.000.000€ 1.500.000€
 2.000.000€ 5.000.000€ Altro: _____

Garanzie particolari aggiuntive richieste:

- Scoperto: 10% 15% 20%
 Franchigia: 5.000€ 10.000€ 20.000€ Altro: _____
 Retroattività dal: 10 anni dalla data di effetto del contratto

Estensione della garanzia alla responsabilità del Direttore Sanitario? Sì No

NON E' PREVISTA LA FIGURA DEL DIRETTORE SANITARIO
Se Sì indicare:

Nominativo _____

Tipologia di contratto: Dipendente Non Dipendente

In passato ha già svolto questa tipologia di incarico? Sì No

Esistono a suo carico sinistri pregressi? Sì No

Se Sì, si prega di fornire informazioni (in particolare data dell'evento e importi):

NOTE AGGIUNTIVE:

Data: 30/01/24

Firma: 