



Studio Legale

TADDIA
Academy



CORSO DI FORMAZIONE per affiliati



TADDIA®
— group —

dal 1990 la Sicurezza del Risarcimento

MODULO 8

Secure Refund S.r.l.



Studio Legale

TADDIA
Academy



CORSO DI FORMAZIONE WEB

per affiliati



MODULO 8

CENTRALIZZAZIONE SANITARIA E MALASANITÀ

LAVORATORI CON MALATTIE PROFESSIONALI RICONOSCIUTE

FONTE OPEN DATA INAIL - RILEVAZIONE 30 APRILE 2016

2011

2012

2013

2014

2015

MASCHI

13.129

12.710

13.789

14.128

12.696

FEMMINE

4.822

4.490

4.880

4.921

4.365

TOTALE

17.951

17.200

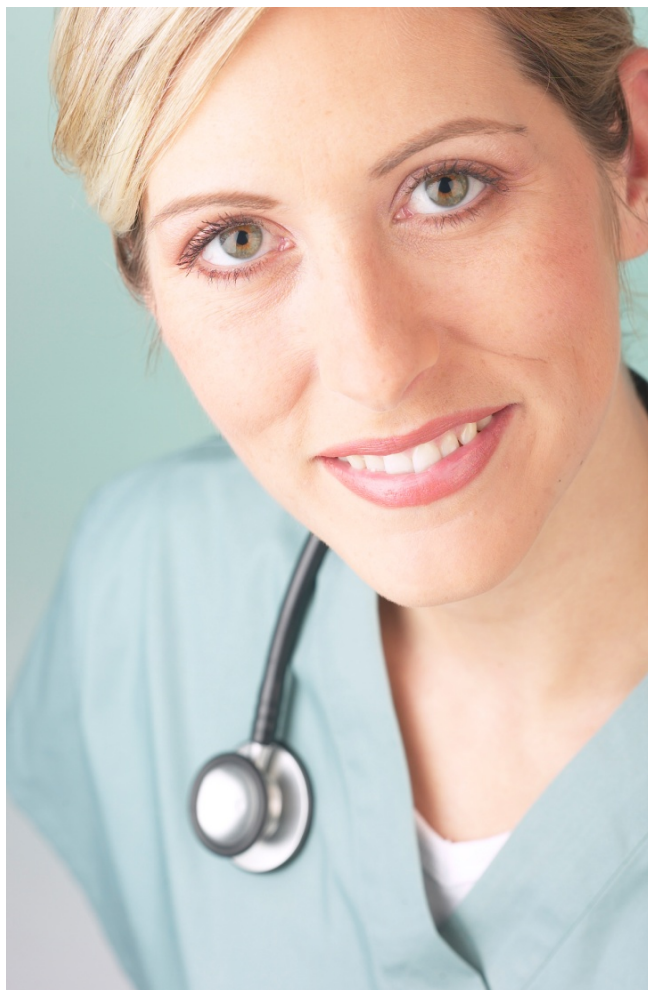
18.669

19.049

17.061



PRELIMINARE: ACCORDI CON POLIAMBULATORI LOCALI









LA PROCEDURA ORDINARIA - 2

PRENOTAZIONE DELLA PRIMA VISITA

- Il Poliambulatorio di zona contatta il cliente per programmare la prima visita.
- Il Poliambulatorio di zona consegna il certificato medico al cliente che lo consegna in agenzia entro e non oltre 2 giorni
- L'agenzia inserisce copia del certificato nel programma gestionale





LA PROCEDURA ORDINARIA - 3

PRENOTAZIONE MEDICO-LEGALE

Alla conclusione dell'iter medico,

l'agenzia richiede visita medico – legale tramite e-mail

fre.santini79@gmail.com

IMPORTANTE!

Entro al massimo 15 gg dalla data della visita medico legale di parte, tutte le spese mediche devono essere caricate all'interno del programma gestionale, per permettere la trattazione completa della pratica. Una volta trattata e chiusa la pratica, non saranno più accettate eventuali altre spese mediche aggiuntive che per dimenticanza non siano state precedentemente caricate.





LA PROCEDURA ORDINARIA - 4

CHIUSURA PRATICA SANITARIA

- Verrà inviata all'agenzia copia della perizia medico legale ;
- Verranno inseriti nei documenti del gestionale le fatture relative all'iter clinico e la nota proforma della visita medico legale

L'affiliato

- Controlla la relazione medico legale;
- La inserisce nel gestionale

Al momento della definizione della pratica, la Direzione sinistri di San Marino richiede la fattura della relazione medico-legale via e-mail fre.santini79@gmail.com, che la inserisce nel programma gestionale.





PROCEDURA SPECIALE

CASI DI MALASANITÀ





CASI DI MALASANITÀ

- 1

MODULO INTERVISTA



COGNOME _____ **NOME** _____
NATO A _____ **R** _____/_____/_____
PROFESSIONE ALL'EPOCA DEI FATTI: _____ **ATTUALE:** _____

INFORMAZIONI GENERALI

MALATTIE PREGRESSE (CON INDICAZIONE DELL'ANNO DELLA DIAGNOSI):

INTERVENTI CHIRURGICI PRECEDENTI (CON INDICAZIONE DELL'ANNO):

MEDICINE ASSUNTE SALTUARIAMENTE O CONTINUATIVAMENTE (DA QUANDO E FINO A QUANDO):

MEDICINE CHE ASSUME ATTUALMENTE:

RELATIVAMENTE ALLA VIGENDA IN OGGETTO

DI COSA SI LAMENTA SPECIFICAMENTE (nota: che problemi sarebbero residui? Hanno da lamentare qualcosa nei comportamenti del personale sanitario? Scorettezze nell'apposizione delle firme su consensi o su rifiuti di ricoveri o cure? Altro?):

Pag. 1



EVENTUALI MEDICI INTERVENUTI SUCCESSIVAMENTE HANNO AFFERMATO CHE C'E' E' RESPONSABILITA'? (nota: nell'eventualità in cui a seguito dell'intervento o dell'assistenza contestata, all'origine dell'eventuale responsabilità, si siano rivolti ad altri medici o ad altre strutture, questi si sono espressi in merito alla rilevanza di errori da parte dei colleghi intervenuti precedentemente? Hanno commentato negativamente il loro operato?):

QUANDO SI E' PRESENTATO IL PROBLEMA CHE LI HA INDOTTI A RIVOLGERSI AL MEDICO O ALLA STRUTTURA ? (da quanto tempo lamentava malessere o sintomi?):

QUALI SONO I SINTOMI CHE LI HANNO INDOTTI A RIVOLGERSI AL MEDICO O ALLA STRUTTURA? (nota: descrivere i sintomi connessi alla patologia che hanno indotto il paziente a rivolgersi al medico intensità e irradiazione, diminuivano assumendo qualche farmaco?):

SI E' PRESENTATO LENTAMENTE O IMPROVVISAMENTE? (nota: i sintomi connessi alla patologia erano acuti, tanto da determinare un immediato ricorso a cure o si trattava di una sintomatologia che perdurava da qualche giorno o settimane, mesi, anni?):

Pag. 2



PER QUESTO PROBLEMA DI SALUTE ASSUNNEVA GIA' MEDICINE (nota: se si tratta di una patologia già nota, era già in trattamento?):

PER QUESTO PROBLEMA DI SALUTE ERA GIA' SEGUITO DA QUALCHE MEDICO O PRESSO QUALCHE STRUTTURA? DA QUANTO TEMPO E DA CHI (nota: era seguito solo dal medico di base o era seguito da specialisti? In quest'ultimo caso, era seguito in regime di libera professione o presso struttura pubblica?):

ANALIZZANDO IL DIARIO CLINICO E LA CARTELLA IN GENERALE HANNO GIA' RILEVATO QUALCHE OMISSIONE O FALSA DICHIARAZIONE? QUALI?

RICONOSCE LA FIRMA APPOSTA IN CALCE AL CONSENSO INFORMATO?

☐ SI ☐ NO

A CHE ORA E' STATO PORTATO IN SALA OPERATORIA? IL CONSENSO E' STATO FIRMATO LA SERA PRIMA O NELL'IMMEDIATEZZA DELL'INTERVENTO (nota: se possibile dire se più è stato solo presentato un foglio, senza spiegazioni in merito, e chiesto di apporre una firma?):

Pag. 3



ELENCO NUMERATO DOCUMENTAZIONE SANITARIA (possibilmente in ordine cronologico dalla più vecchia alla più recente), (INDICARE DATA, SPECIFICARE SE TRATTASI DI CERTIFICATO, CARTELLA CLINICA, LETTERA DI DIMISSIONE, CERTIFICATO MEDICO, RX, TC, RMN, ECO, ESAMI DI LABORATORIO, INDICANDO CHI LO HA RILASCIATO - OSPEDALE DI ..., NOME MEDICO, STRUTTURA PRESSO CUI E' STATO ESEGUITO L'ESAME STRUMENTALE O GLI ESAMI DI LABORATORIO):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____

Pag. 4



CASI DI MALASANITÀ - 1

MODULO INTERVISTA



COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL ____/____/____
PROFESSIONE ALL' EPOCA DEI FATTI: _____ ATTUALE: _____

INFORMAZIONI GENERICHE

MALATTIE PREGRESSE (CON INDICAZIONE DELL' ANNO DELLA DIAGNOSI):

.....
.....
.....

INTERVENTI CHIRURGICI PRECEDENTI (CON INDICAZIONE DELL' ANNO):

.....
.....
.....

MEDICINE ASSUNTE SALTUARIAMENTE O CONTINUATIVAMENTE (DA QUANDO E FINO A QUANDO):

.....
.....
.....
.....

MEDICINE CHE ASSUME ATTUALMENTE:

.....
.....
.....

RELATIVAMENTE ALLA VICENDA IN OGGETTO

DI COSA SI LAMENTA SPECIFICAMENTE (nota: che problemi sarebbero residui? Hanno da lamentare qualcosa nei comportamenti del personale sanitario? Scorrettezze nell' apposizione delle firme su consensi o su rifiuti di ricoveri o cure? Altro?):

.....
.....
.....
.....



EVENTUALI MEDICI INTERVENUTI SUCCESSIVAMENTE HANNO Affermato CHE C' E' RESPONSABILITA' ?
(nota: nell' eventualità in cui a seguito dell' intervento o dell' assistenza contestati, all' origine dell' eventuale responsabilità, si siano rivolti ad altri medici o ad altre strutture, questi si sono espressi in merito alla rilevanza di errori da parte dei colleghi intervenuti precedentemente? Hanno commentato negativamente il loro operato?):

.....
.....
.....

QUANDO SI E' PRESENTATO IL PROBLEMA CHE LI HA INDOTTI A RIVOLGERSI AL MEDICO O ALLA STRUTTURA ? (da quanto tempo lamentava malessere o sintomi?):

.....
.....

QUALI SONO I SINTOMI CHE LI HANNO INDOTTI A RIVOLGERSI AL MEDICO O ALLA STRUTTURA? (nota: descrivere i sintomi connessi alla patologia che hanno indotto il paziente a rivolgersi al medico; intensità e irradiazione, diminuivano assumendo qualche farmaco?):

.....
.....
.....
.....

SI E' PRESENTATO LENTAMENTE O IMPROVVISAMENTE? (nota: i sintomi connessi alla patologia erano acuti, tanto da determinare un immediato ricorso a cure o si trattava di una sintomatologia che perdurava da qualche giorno o settimane, mesi, anni?):

.....
.....
.....



CASI DI MALASANITÀ - 1

MODULO INTERVISTA



PER QUESTO PROBLEMA DI SALUTE ASSUMEVA GIÀ MEDICINE (nota: se si tratta di una patologia già nota, era già in trattamento)?

.....
.....
.....

PER QUESTO PROBLEMA DI SALUTE ERA GIÀ SEGUITO DA QUALCHE MEDICO O PRESSO QUALCHE STRUTTURA? DA QUANTO TEMPO E DA CHI (nota: era seguito solo dal medico di base o era seguito da specialisti? in quest'ultimo caso, era seguito in regime di libera professione o presso struttura pubblica)?

.....
.....
.....

ANALIZZANDO IL DIARIO CLINICO E LA CARTELLA IN GENERALE HANNO GIÀ RILEVATO QUALCHE OMISSIONE O FALSA DICHIARAZIONE? QUALI?

.....
.....
.....

RICONOSCE LA FIRMA APPOSTA IN CALCE AL CONSENSO INFORMATO?

☐ SÌ ☐ NO

.....

A CHE ORA È STATO PORTATO IN SALA OPERATORIA? IL CONSENSO È STATO FIRMATO LA SERA PRIMA O NELL'IMMEDIATEZZA DELL'INTERVENTO (nota: se possibile dire se gli è stato solo presentato un foglio, senza spiegazioni in merito, e chiesto di apporre una firma)?

.....
.....
.....

Pag. 3



ELENCO NUMERATO DOCUMENTAZIONE SANITARIA (possibilmente in ordine cronologico dalla più vecchia alla più recente) (INDICARE DATA, SPECIFICARE SE TRATTASI DI CERTIFICATO, CARTELLA CLINICA, LETTERA DI DIMISSIONE, CERTIFICATO MEDICO, RX, TC, RMN, ECO, ESAMI DI LABORATORIO, INDICANDO CHI LO HA RILASCIATO – OSPEDALE DI ..., NOME MEDICO, STRUTTURA PRESSO CUI È STATO ESEGUITO L'ESAME STRUMENTALE O GLI ESAMI DI LABORATORIO):

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.
26.
27.
28.

Pag. 4



CASI DI MALASANITÀ - 2



€ 200

INDISPENSABILI:

Iscrizione
ANTACCIS

Modulo Intervista

**Mandato, modulo
privacy**

Patto quota lite

**Modello mediazione e
Mandato al legale**





CASI DI MALASANITÀ - 4

MODALITÀ DI RIPARTIZIONE DEI COMPENSI PROFESSIONALI:

- **All'AFFILIATO:**
percentuale prevista da contratto
- **All'agenzia Secure Refund –**
TADDIA group di Montalto
Uffugo: 30% della sorte

