

Istruttoria pratiche per indennizzo danni da vaccinazioni e trasfusioni (L. 210/92)

L'Azienda USL di Ferrara assolve le competenze in materia di indennizzo a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni di sangue e somministrazioni di emoderivati di cui alla L. 210/92 e successive modifiche, relativamente a:

- istruttoria delle pratiche
- acquisizione del giudizio medico legale emesso dagli organi militari competenti
- notifica del giudizio medico-legale

Informazioni utili

La domanda di indennizzo deve essere inoltrata alla segreteria del Servizio Medicina Legale di Ferrara, utilizzando l'apposito modulo riportato nella sezione 'Documenti', da parte del diretto interessato o mediante Ente di patronato, anche a mezzo posta con raccomandata, entro i termini di legge:

- 3 anni, dal momento del danno o dal momento in cui l'interessato ha avuto conoscenza del danno, nei casi di epatite post-trasfusionale e di danno da vaccinazione
- 10 anni, nei casi di infezione da HIV.

L'Azienda Usi provvede a contattare l'interessato per l'istruttoria della pratica e richiede duplice fotocopia della documentazione clinica relativa al danno: cartelle cliniche, lettere di dimissione, referti di visite specialistiche, esami strumentali, ecc.

La pratica istruita viene trasmessa alla Commissione Medica Ospedaliera territorialmente competente che, previa convocazione a visita diretta dell'interessato, emette il giudizio medico legale di merito.

Il Servizio Medicina Legale, acquisito il giudizio emesso dall'organo militare competente, provvede alla notifica all'interessato e all'eventuale erogazione dell'indennizzo.

Avverso tale giudizio, l'interessato può presentare ricorso al Ministero della Salute, tramite il Servizio Medicina Legale di Ferrara, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della notifica del giudizio stesso, utilizzando l'apposito modulo riportato nella sezione 'Documenti'.

Documenti necessari

Modulo di domanda e scheda informativa debitamente compilati (vedi moduli riportati nella sezione 'Documenti').

In caso di richiesta di assegno una tantum da parte degli eredi (vedi sotto), È necessario presentare: per decessi ospedalieri, duplice copia della cartella clinica del ricovero durante il quale si È verificato il decesso; per decessi sul territorio (abitazione, casa protetta, casa di cura, ecc.), copia del certificato delle cause di morte.

Requisiti del richiedente

- Persone che hanno riportato lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psicofisica a seguito di: vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria; vaccinazioni non obbligatorie ma necessarie per motivi di lavoro o per incarichi d'ufficio o per poter accedere ad uno stato estero; vaccinazioni anche non obbligatorie assunte in quanto soggetti a rischio operanti nelle strutture sanitarie ospedaliere; vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della Legge 30 luglio 1959, n. 695 (L. 14 ottobre 1999, n. 362, articolo 3, comma 3); vaccinazioni anti-epatite B, a partire dal 1983; vaccinazione contro morbillo, rosolia, parotite (sentenza C.C. n. 107/2012)
- Persone non vaccinate che hanno riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psicofisica
- Persone contagiate da virus HIV o da epatiti con danni irreversibili a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati sia periodica (esempio: emofiliaci, talassemici) che occasionale (esempio: intervento chirurgici, emodialisi)

- Personale sanitario di ogni ordine e grado che ha contratto l'infezione da HIV durante il servizio, a seguito di contatto diretto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV (*)
- Persone che risultino contagiate da HIV o da epatiti virali dal proprio coniuge appartenente ad una delle categorie di persone sopra indicate che hanno diritto all'indennizzo ai sensi della L. 210/92, nonché i figli dei medesimi contagiati durante la gestazione (art. 2, comma 7, L. 210/92)
- Eredi: nei casi in cui la persona danneggiata che ha presentato domanda muoia prima o durante la percezione dell'indennizzo, i ratei non erogati competono agli eredi in base alle quote parti di successione legittima o testamentaria. Se la persona danneggiata muore in conseguenza della patologia acquisita tramite vaccinazione o trasfusione, le persone che succedono nel diritto all'indennizzo (art. 2 comma 3 L. 210/92) possono presentare domanda di assegno una tantum o di assegno reversibile per 15 anni; la domanda può essere presentata dagli aventi diritto (ai sensi dell'art. 1, comma 3, L. 238/97 sono, in ordine: coniuge, figli, genitori, fratelli minorenni, fratelli maggiorenni) anche quando la persona danneggiata non ha presentato domanda di indennizzo mentre era in vita.

In caso di **aggravamento** dell'infermità, l'interessato può presentare domanda di revisione del giudizio entro 6 mesi dalla data di conoscenza dell'evento; per il giudizio sull'aggravamento, la procedura È la stessa seguita per la determinazione e quantificazione del danno originario.

(*) La sentenza della Corte Costituzionale 20/11/2002 n. 476 ha dichiarato incostituzionale l'art 1 comma 2 della L.210/92, nella parte in cui non prevede che i benefici stabiliti dalla legge stessa spettino anche agli operatori sanitari che, in occasione del servizio e durante il medesimo, sono rimasti contagiati a seguito di contatto diretto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da epatiti virali.

Solo le persone che, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge, abbiano riportato una menomazione permanente dell'integrità psicofisica (art. 2 comma 2 L. 210/92), oltre alla domanda ordinaria di indennizzo, possono presentare domanda per l'ottenimento di un importo aggiuntivo una tantum corrispondente al 30%, per ogni anno, dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'art. 2 comma 1 L. 210/92, per il periodo compreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo.

Modalità di accesso

Inoltre della domanda, tramite posta elettronica certificata al seguente indirizzo:

affariistituzionali@pec.ausl.fe.it

oppure direttamente all'Ufficio Protocollo al V^o di Via Cassoli, 30 a Ferrara utilizzando gli appositi moduli riportati nella sezione Documenti

Per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio Contenzioso e L.210 del Servizio Medicina Legale di Ferrara:

tel. 0532235627

ufficiocontenzioso.legge210@ausl.fe.it

Modalità di erogazione

L'interessato è invitato, con comunicazione scritta, a presentare la documentazione sanitaria necessaria all'istruttoria della pratica.

Documenti rilasciati

Verbale redatto dalla Commissione Medica Ospedaliera, al termine dell'accertamento medico legale.

Aspetti economici

La prestazione È gratuita

Normativa di riferimento

L. 25 febbraio 1992, n. 210 et s.m.i. - L. 25 luglio 1997, n. 238; L.R. 18 febbraio 2002 n. 2; L. 29 ottobre 2005 n. 229, L.24 dicembre 2007 n. 244 art. 2 comma 363 (indennizzo per soggetti affetti da sindrome da talidomide).

- coniuge contagiato da uno dei soggetti sopra indicati;
- figlio contagiato durante la gestazione da madre che ha avuto riconosciuto il diritto all'indennizzo;
- gli aventi diritto, nell'ordine: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni qualora a causa delle vaccinazioni o delle patologie previste dalla legge sia derivata la morte.

Chiede inoltre, l'importo aggiuntivo "una tantum" ai sensi dell'articolo 2, comma 2, L.210/92 per aver riportato una menomazione permanente a causa di vaccinazioni obbligatorie.

da barrare solo nel caso in cui il soggetto sia stato danneggiato da vaccinazioni

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

B. Documenti sanitari

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso:

cognome _____ nome _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ CAP. _____
Via _____ N. _____
tel. _____ Pec/mail _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del DLG 196/2003, l'interessato è informato che:

1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate;
3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informativo della Azienda USL;
4. responsabile del trattamento dei dati è dpo@ausl.fe.it al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art.7 del DLG n.196/2003.

Luogo e data.....Firma per esteso.....

Spett.le
Azienda Ausl Di Ferrara,
Via Cassoli, 30
44121 Ferrara
Pec: affariistituzionali@pec.ausl.fe.it

DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A TRASFUSIONE O
SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI

REVISIONE PER AGGRAVAMENTO

Ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210, il sottoscritto:

in qualità di :

diretto interessato

esercente la patria potestà di _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

CHIEDE

di ottenere la **REVISIONE** di cui all'art. 6 della Legge n. 210/92, per aggravamento della patologia già riconosciuta per danno irreversibile da:

A) contagio da infezione da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati ;

B) danno permanente alla integrità psico-fisica, in qualità di operatore sanitario che, in occasione e durante il servizio è stato contagiato con sangue o suoi derivati, provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV, HBV, HCV;

C) danno irreversibile da epatite post-trasfusionale o da contagio con familiare

Come risulta dal verbale CMO di Padova N° _____ del _____;

ai sensi art. 46 e 47 DPR n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci, dichiaro di essere nato

a _____ prov. _____ il _____ e di risiedere

a _____

via _____ n° _____

telefono _____ Pec/mail _____

PRESENTA

alla competente ASL di Ferrara – Ufficio Legge n. 210/92 domanda **per la corresponsione dell'indennizzo per aggravamento** previsto dalla sopraccitata normativa.

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

B. Documenti sanitari

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso:

cognome _____ nome _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
Via _____ N. _____
tel. _____ Pec/mail _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del DLG 196/2003, l'interessato è informato che:

- 1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
- 2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate;
- 3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informativo della Azienda USL;
- 4. responsabile del trattamento dei dati è dpo@ausl.fe.it al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art.7 del DLG n.196/2003.

Luogo e data.....Firma per esteso.....

Pratica indennizzo n. _____

Riquadro B Da compilare nel caso che il danneggiato deceduto non abbia mai inoltrato domanda di indennizzo ex L.210/92.

L'avente diritto a tal fine comunica che la persona deceduta era:

- soggetto danneggiato irreversibilmente da epatite o da infezione da HIV derivante da trasfusione o somministrazione di emoderivati;
- soggetto danneggiato a causa di vaccinazione obbligatoria per legge o ordinanza di un'autorità sanitaria;
- operatore sanitario che in occasione e durante il servizio abbiano contratto una infezione a seguito di contatto con sangue e suoi derivati;
- soggetto non vaccinato che abbia riportato una menomazione permanente in conseguenza al contatto con persona vaccinata;
- soggetto che per motivi di lavoro o incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero, si sono sottoposti a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultassero necessarie;
- soggetto danneggiato irreversibilmente a causa di vaccinazione anti SARS-COV-2;
- soggetto operante in strutture sanitarie ospedaliere a rischio che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie;
- coniuge contagiato da uno dei soggetti sopra indicati;
- figlio contagiato durante la gestazione da madre che ha avuto riconosciuto il diritto all'indennizzo;
- avente diritto, nell'ordine: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni qualora a causa delle vaccinazioni o delle patologie previste dalla legge sia derivata la morte.

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

1. _____
2. _____
3. _____

B. Documenti sanitari

1. _____
2. _____
3. _____

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sotto indicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ prov. _____, il _____

residente a _____

Via _____ N. _____

tel. _____ Pec/mail _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del DLG 196/2003, l'interessato è informato che:

1. il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate;
3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informativo della Azienda USL;
4. responsabile del trattamento dei dati è dpo@ausl.fe.it al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art.7 del DLG n.196/2003.

Luogo e data.....Firma per esteso.....

Al Ministro Della Salute
Direzione Generale Della Vigilanza Sugli Enti E
Della Sicurezza Della Cure
Ufficio 4 Indennizzi Legge 210/92
Viale Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma
Pec: Dgvesc@Postacert.Sanita.It

E.P.C. Azienda Ausl Di Ferrara,
Via Cassoli, 30
44121 Ferrara
Pec: affariistituzionali@pec.ausl.fe.it

OGGETTO: Ricorso al Ministro della Sanità ai sensi dell'articolo 5 della L. 210/92 avverso il giudizio della Commissione Medico Ospedaliera di cui all'articolo 4 della L. 210/92 in materia di Indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati di cui alla L. 210/92, presentato all'Azienda Ausl di Ferrara

Il sottoscritto _____, nato a _____

prov. _____ il _____, residente a _____

Via _____ N _____

prov _____ cap _____ tel _____

Pec/mail _____

Cod. Fisc.: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

in qualità di: diretto interessato esercente la potestà genitoriale o la tutela (ai sensi dell'articolo 346 del C.C.) di

(cognome nome) _____

nato a _____ prov. _____

il _____

Cod. Fisc.: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RICORRE

Al Ministro della Salute per il tramite dell'Azienda Ausl suddetta avverso il giudizio espresso dalla C.M.O.

con verbale n. _____ del _____ e notificato dal _____

in data _____

Motivi del ricorso : (l'indicazione dei motivi è elemento essenziale del ricorso):

Documentazione allegata a supporto del ricorso:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

La documentazione agli atti della Azienda Ausl di Ferrara verrà trasmessa al Ministero della Salute dalla stessa.

(luogo) (data)

FIRMA DEL RICORRENTE (leggibile e per esteso)

SCHEDA INFORMATIVA DEI DATI RELATIVI ALLA TRASFUSIONE**O ALLA SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

Cognome e nome _____
Luogo di nascita _____ prov _____ data di nascita _____
Domicilio _____ località _____ Prov _____
Tel. _____ Mail/Pec _____

A) Condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati: (1)

<input type="checkbox"/> 1) politrasfuso per emopatia cronica;	<input type="checkbox"/> 2) trasfuso per evento acuto
--	---

Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 1):

Tipo di prodotto:
Periodo di somministrazione:
Annotazioni:

Informazioni relative al prodotto somministrato per i soggetti di cui al punto 2):

Tipo di prodotto:
Data di somministrazione:
Luogo di somministrazione:
Annotazioni:

Informazioni relative all'infezione HIV:

Evento	data
Rilevamento sierologico	
Diagnosi di malattia	

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Evento	data
Rilevamento sierologici HBSAg	
Rilevamento sierologico Anti HCV	
Diagnosi di epatopatia irreversibile	
Data dell'avvenuto decesso	

B) Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio:

Evento	data
Evento che ha determinato l'infezione	
Informazione relativa all'infezione da HIV	
Informazioni relative all'infezione da virus epatici	
Data dell'avvenuto decesso	

Li _____

(firma e timbro)