

ATTIVITÀ MEDICO-LEGALE AI SENSI DELLA L. 210/92

Istruttoria pratiche ai sensi della l. 210/92 (istruttoria pratiche indennizzo ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati).

I cittadini danneggiati irreversibilmente a seguito di vaccinazioni, trasfusioni o somministrazione di emoderivati, possono richiedere risarcimento, come previsto dalla l. 210/92.

L'Azienda USL ha il compito di svolgere l'istruttoria, controllando la completezza di tutta la documentazione richiesta e verificando il possesso dei requisiti previsti dalla legge prima di trasmettere la pratica alla Commissione Medica Ospedaliera (Ospedale militare di Padova) incaricata di esprimere il giudizio.

NORMATIVA

I. 210/92 e s.m.i.

Dipartimento Interaziendale Strutturale di Medicina Legale – Unità Operativa di Medicina Legale
Nome del Responsabile del Procedimento: il medico legale Referente Unico per le attività di cui alla Legge 210/92:

🇺🇦 Dott.ssa Matilde Proto – tel. 0532 235887– m.proto@ausl.fe.it

Procedimento ad istanza di parte

AVVIO DEL PROCEDIMENTO

Come

Ritirando la modulistica presso la segreteria dell'U.O. di Medicina legale di Ferrara per tutti i cittadini residenti nella Provincia (stanza n.5) tel. 0532 235627, o acquisendolo dal sito web (www.ausl.fe.it).

Dove

La domanda di indennizzo, firmata dal richiedente o, in caso di minori o di incapaci, da uno dei genitori o dal tutore, va presentata dall'interessato alla U.S.L. territorialmente competente.

Aggravamento o decesso

Presentazione della domanda di revisione del giudizio in caso di aggravamento. Successione al diritto di indennizzo in caso di morte del richiedente.

Quando

Termini per la presentazione della domanda:

I termini per la presentazione della domanda previsti dall'art. 3 della L. 210/92 sono i seguenti:

- 3 anni, nei casi di vaccinazione o di epatite post-trasfusionale;
- 10 anni, nei casi di infezione da HIV.

I termini decorrono dal momento in cui la persona danneggiata è venuta a conoscenza del danno avuto.

Per le persone che hanno avuto danni permanenti da vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della legge n. 695/59, il termine è di 4 anni dal 20 ottobre 1999, data di entrata in vigore della legge n. 362/99.

Modalità di accesso:

L'interessato viene convocato dal Referente Unico Aziendale per l'istruttoria della pratica.

MODULISTICA

Data di presentazione: |__|__|__| Protocollo n. _____ Pratica n. _____

**DOMANDA ex L.210/92 PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A
VACCINAZIONE, TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMOderivATI
INFORMATIVA EX ART.13 DLG n.196/2003**

Alla AUSL di

Via cap. Città

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n.210 e successive modifiche e integrazioni

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)

nato/a a prov., il |__|__|__|,

residente a

Via N.

Cod. Fisc.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| tel. fax

in qualità di:

**diretto/a interessato/a
esercitante la potestà genitoriale o la tutela di**

(cognome) (nome)

nato/a a prov., il |__|__|__|,

residente a prov. CAP.

Via N.

Cod. Fisc.:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| tel. fax

CHIEDE

di ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1 della predetta legge quale appartenente alla seguente tipologia di beneficiario:

soggetto sottoposto a vaccinazione obbligatoria per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria. soggetto sottoposto a vaccinazioni, anche non obbligatorie, necessarie per motivi di lavoro o per incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero. soggetto a rischio operante nelle strutture sanitarie ospedaliere, che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie. soggetto non vaccinato che ha riportato, a seguito ed in conseguenza di contratto con persona vaccinata, lesioni o infermità, dalle quali ne è derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica. soggetto sottoposto a vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della L.695/59.
soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati. operatore sanitario che ha contratto l'infezione da HIV in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV. soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.
coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti. Figlio contagiato durante la gestazione.
soggetto con aggravamento delle infermità e delle lesioni. soggetto con più di una patologia. Riferimento precedente domanda di indennizzo Pratica N. _____ del __ __ __ , a seguito della quale è stato riconosciuto allo stesso/al suo rappresentato una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica ascrivibile alla categoria della tabella A allegata al DPR 30.12.81 n.834.

Domanda indennizzo L.210/92

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:

Via n.

CAP. Città Prov.

Telefono Cell..... fax

....., li |__| |__| |__| | _____
(luogo) (data) (firma)

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 delle definizioni e dalla 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
al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art.7 del DLG n.196/2003.

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

Cognome e nome _____
Luogo e data di nascita _____ prov _____ data _____
Domicilio _____ località _____
Prov. _____ n. tel. _____

- A) Condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati: (1)
- 1) politrasfuso per emopatia cronica;
 - 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: _____ n° di unità _____
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)

(1) Segnare la voce che interessa.

Data di presentazione: |__|__|__| Protocollo n. _____ Pratica n. _____

**DOMANDA UNA TANTUM O DI ASSEGNO REVERSIBILE ex L.210/92
INFORMATIVA EX ART.13 DLG n.196/2003**

Alla AUSL di

Via cap. Città

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992 n.210 e successive modifiche e integrazioni

Il/la sottoscritto/a

(cognome)(nome)

nato/a a prov., il |__|__|__,

residente a

Via N.

Tel. faxCod. Fisc.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Riquadro A

In qualità di:

a. avente diritto

Coniuge Figlio Genitore Fratello minorenni Fratello maggiorenne

b. esercente la patria potestà genitoriale o la tutela di

(cognome) (nome)

nato/a a prov., il |__|__|__,

residente aprov. CAP.

Via N.

Cod. Fisc.:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

tel. fax

CHIEDE

l'assegno "una tantum" / l'assegno reversibile per 15 anni

Come previsto all'art.2, commi 3 e 4 della L.210/92, in conseguenza di decesso, determinato da vaccinazioni o dalle patologie previste dalla L.210/92, del Sig./Sig.ra

.....
nato/a a prov., il |__|__|__| Deceduto il |__|__|__|

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 sottoposto a vaccinazione obbligatoria per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria.

Soggetto sottoposto a vaccinazioni, anche non obbligatorie, necessarie per motivi di lavoro o per incarico del proprio ufficio, o per poter accedere ad uno stato estero.

Soggetto a rischio operante nelle strutture sanitarie ospedaliere, che si è sottoposto a vaccinazioni anche non obbligatorie.

Soggetto non vaccinato che ha riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, lesioni o infermità, dalle quali ne è derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica.

Soggetto contagiato da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati.

Operatore sanitario che ha contratto l'infezione da HIV in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV.

Soggetto con danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali.

Coniuge contagiato da uno dei soggetti indicati ai punti precedenti, nonché figlio contagiato durante la gestazione.

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

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

B. Documenti sanitari

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

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

Vian.CAP.

Città Prov.

TelefonoCell. fax

..... li |___|___|___| firma per esteso _____

➤ (luogo) (data) (firma per esteso) Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del DLG 196/2003, l'interessato è informato che:
➤ il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;
➤ 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 delle definizioni e dalla liquidazione delle competenze accertate;
➤ il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informativo della Azienda USL;
➤ responsabile del trattamento dei dati è al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art.7 del DLG n.196/2003.

INFORMAZIONI

Per informazioni relative al percorso, o per la consegna di eventuale ulteriore documentazione, l'addetto riceve il pubblico previo accordo telefonico (0532 235627).

Per informazioni telefoniche: l'addetto risponde al n. tel.0532 235627, dal lunedì al giovedì, dalle ore 9,00, alle ore 11,00.

Informazioni in merito all'istruttoria: sono fornite dal Referente Unico Aziendale (per l'appuntamento rivolgersi alla segreteria).

TEMPI DEL PROCEDIMENTO

La normativa non fissa termini tra l'istanza e l'inizio dell'istruttoria della pratica.

Il Direttore dell'U.O. ha stabilito 90 gg. dal momento di ricezione della richiesta, alla raccolta della documentazione necessaria per istruire la pratica.

NATURA DEL PROVVEDIMENTO FINALE ADOTTATO

Parere

SOGGETTI DEL PROCEDIMENTO

Ufficio responsabile del procedimento:

Ufficio del Referente Unico Aziendale per la L. 210/92. (Delibera del Direttore Generale)

Responsabile del procedimento/istruttoria:

Il Referente Unico Aziendale per la L. 210/92. (Delibera del Direttore Generale)

Responsabile finale del provvedimento:

Commissione Medica Ospedaliera (c/o Ospedale di Padova)

EVENTUALE SOSPENSIONE DEL PROCEDIMENTO PER ACQUISIZIONE DI PARERI

E' possibile la temporanea sospensione della procedura per necessità di acquisire documentazione sanitaria.

UFFICIO/STRUTTURA IN CUI È POSSIBILE PRENDERE VISIONE DEGLI ATTI DA PARTE DELL'INTERESSATO

Segreteria Referente Unico Aziendale per la legge 210/92 c/o U.O. di Medicina Legale.

RICORSO

Il ricorso avverso il giudizio espresso dalla C.M.O è ammesso ai sensi dell'art. 5 della L. 210/92. Va presentato al Ministero della Salute tramite l'Azienda USL, in carta libera, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della notifica.

INDAGINE DI CUSTOMER SATISFACTION

Lo strumento di conoscenza e di verifica del grado di soddisfazione degli utenti in merito al lavoro svolto dall'U.O. di Medicina Legale, peraltro utilizzato in passato tramite un questionario, non consente di percepire la valutazione del cittadino rispetto alle azioni di miglioramento in atto per le attività di questa Unità Operativa in quanto la valutazione espressa dal cittadino è strettamente connessa alle aspettative (concessione benefici economici, idoneità, ecc.).

E' impegno costante del personale dell'U.O. arricchire l'informazione all'utenza migliorando l'informativa, studiare sempre nuove ipotesi organizzative gestionali volte a migliorare la comunicazione con i cittadini e ridurre i tempi di attesa.