

PARTE PRIMA

Sezione II**ATTI DELLA REGIONE**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
21 novembre 2001, n. **1493**.

Linee guida vincolanti per le Aziende USL in attuazione della legge regionale 16 agosto 2001, n. 20.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del direttore regionale alla sanità e ai servizi sociali;

Preso atto, ai sensi dell'art. 21 del regolamento interno di questa Giunta:

a) del parere di regolarità tecnico-amministrativa e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa resi dal dirigente di Servizio;

Vista la legge regionale 22 aprile 1997, n. 15 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

delibera:

1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta del direttore, corredati dai pareri di cui all'art. 21 del regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;

2) di approvare le «Linee guida vincolanti per le Az. USL in attuazione della legge regionale 16 agosto 2001, n. 20, Trasferimento alle Aziende USL delle funzioni di cui alla legge 210/92 - Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, nonché a causa di vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria, di cui all'art. 3, comma 3, della legge 14 ottobre 1999, n. 362», relative allo svolgimento del processo di indennizzo ex L. 210/92, corredate dei modelli necessari, allegato quale parte integrante e sostanziale al presente atto;

3) di dare mandato al dirigente del Servizio V - Prevenzione e sanità pubblica della Direzione regionale sanità e servizi sociali di definire, tramite propria determinazione le eventuali modifiche o integrazioni, che si evidenziassero come necessarie in corso d'opera, al fine di semplificare o omogeneizzare ulteriormente le procedure, nonché di provvedere al trasferimento delle pratiche alle ASL di competenza;

4) di stabilire che i direttori generali delle Aziende sanitarie locali provvedano entro il 31 gennaio 2002 inizialmente, e quindi successivamente ogni 3 mesi, a trasmettere alla Direzione regionale sanità e servizi sociali - Servizio V Prevenzione e sanità pubblica, copia delle «schede di riepilogo delle pratiche di indennizzo» delle pratiche per le quali è stata completata la procedura, su supporto magnetico o per via informatica;

5) di stabilire che la presente deliberazione venga

pubblicata nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria.

Il Relatore
Rosi

Il Vicepresidente
MONELLI

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: **Linee guida vincolanti per le Aziende USL in attuazione della legge regionale 16 agosto 2001, n. 20.**

Il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, stabiliva all'articolo 114 «Sono conferiti alle regioni, secondo le modalità e le regole fissate dagli articoli del presente capo, tutte le funzioni e compiti amministrativi in tema di salute umana e sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato»; e all'articolo 123 «Sono conservate allo Stato le funzioni in materia di ricorsi per la corresponsione degli indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati».

Quindi il DPCM del 26 maggio 2000 ha trasferito alle Regioni, a decorrere dal 1° gennaio 2001, i compiti e le funzioni 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 legge 25 febbraio 1992, n. 210, nonché di vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria di cui alla legge 14 ottobre 1999, n. 362, articolo 3, comma 3.

La Regione dell'Umbria ha quindi definito, con propria legge regionale n. 20 del 16 agosto 2001, il trasferimento alle Aziende USL delle funzioni di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, nonché a causa di vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 14 ottobre 1999, n. 362; in particolare, all'articolo 1, comma 3, della medesima legge viene inoltre deciso che «la Giunta regionale, con propria deliberazione stabilisce le modalità di attuazione della presente legge, anche al fine di omogeneizzare le procedure e la modulistica su tutto il territorio regionale».

A tal fine, il Servizio V - Prevenzione e sanità pubblica della Direzione regionale sanità e servizi sociali, supportato da gruppo di lavoro composto dai referenti medici e amministrativi nominati dalle Aziende USL per la materia specifica, ha preso visione oltre che della normativa di riferimento, anche della seguente documentazione:

a) circolare 10 aprile 1992, n. 500 VII/AG 3/6274-bis: «Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati; legge 210/92»;

b) circolare 14 novembre 1996, n. 900. U.S./L.210/AG/3/6072, del Ministero della sanità: «L. 210/AG/3/6072 - L. 210/92, direttive alle Unità sanitarie locali in attuazione dell'articolo 7 del D.L. 23 ottobre

1996, n. 548»;

c) testo «L. 210/92 - Normativa, procedura, modulistica» (dott.ssa A. G. Ascenzi; 2001; Ministero della salute, Roma) distribuito durante gli incontri effettuati a marzo 2001 dal Ministero della salute per i referenti regionali nominati per la L. 210/92;

Sono state quindi elaborate direttive specifiche per le procedure e gli adempimenti conseguenti al trasferimento delle funzioni, fornendo inoltre alle Az. USL gli schemi di modelli e di schede quali utili strumenti di supporto alla definizione delle pratiche di indennizzo, oltre ad una scheda di riepilogo che si allegano, insieme al regolamento attuativo/linee guida, quali parti integranti al presente atto.

Successivamente, ove necessario, le direttive e la relativa modulistica potranno essere modificate ed integrate sulla base dell'esperienza determinata dal loro impiego presso le Aziende USL, previo confronto con il citato gruppo dei referenti locali.

Si propone pertanto alla Giunta regionale di approvare le linee guida vincolanti in attuazione della legge regionale 16 agosto 2001 (*allegato 1*), comprensive di modelli e schede (*Allegati 2 e 3*), che si allegano al presente atto quale parte integrante.

Perugia, lì 19 novembre 2001

L'istruttore
F.to ANNA TOSTI

Legge 210/92
Indennizzi per danni da trasfusioni e da vaccinazioni

LINEE GUIDA VINCOLANTI PER LE AZ. USL
IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE
16 AGOSTO 2001, N. 20

I N D I C E

	Pag.
1. BENEFICIARI	7
2. BENEFICI ECONOMICI	» 7
3. PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INDENNIZZO	» 8
4. DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI INDENNIZZO	» 8
I. PERSONA DANNEGGIATA IN VITA	» 8
Documentazione amministrativa	» 8
Documentazione sanitaria	» 9
A. Documenti sanitari per danni da vaccino	» 9
B. Documenti sanitari per danni da contatto con persona vaccinata.....	» 9
C. Documenti sanitari per danni da trasfusione o somministrazione emoderivati	» 9
D. Documenti sanitari per operatori sanitari contagiati da HIV durante il lavoro	» 9
II. PERSONA DANNEGGIATA DECEDUTA	» 9
A. Pagamento rateo agli eredi	» 9
B. Pagamento assegno reversibile o una tantum	» 10
5. PROCESSO DI INDENNIZZO	» 10
A. Istruttoria delle pratiche	» 11
B. Giudizio medico-legale	» 12
C. Notifica giudizio medico-legale / ricorso	» 12
D. Erogazione indennizzo	» 12
6. QUANTIFICAZIONE E LIQUIDAZIONE INDENNIZZO	» 12
7. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	» 13

Legge 210/92**Indennizzi per danni da trasfusioni e da vaccinazioni****LINEE GUIDA VINCOLANTI PER LE AZ. USL
IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE 16 AGOSTO 2001, N. 20****1. BENEFICIARI.**

Possono presentare la domanda di indennizzo per ottenere, ai sensi della legge n. 210/92 (articolo 1) un riconoscimento economico, i soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni di sangue e somministrazioni di emoderivati e, in particolare:

a. Le 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;
- non obbligatorie, ma eseguite per motivi di lavoro o per incarico del loro ufficio o per poter accedere ad uno stato estero;
- anche non obbligatorie assunte in quanto soggetti a rischio operanti nelle strutture sanitarie ospedaliere;
- antipoliomielitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della legge 30 luglio 1959, n. 695 (L. 14 ottobre 1999, n. 362, articolo 3, comma 3).

b. Le 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.

c. Le persone contagiate da virus HIV o da epatiti con danni irreversibili a seguito di somministrazione di sangue o suoi derivati sia periodica (esempio: emofiliaci, talassemici) che occasionale (esempio: intervento chirurgici, emorragia acuta).

d. Il 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.

e. Le 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).

f. Gli eredi.

• Se la persona danneggiata dopo aver presentato domanda muore prima di percepire l'indennizzo, agli eredi compete la quota ereditaria, testamentaria o legittima, delle rate di indennizzo maturate dalla data di presentazione della domanda sino al giorno della morte (compreso) del danneggiato.

• Inoltre, se a causa delle vaccinazioni o delle patologie irreversibili previste dalla L. 210/92 ne derivi la morte del danneggiato, i parenti aventi diritto, dietro specifica domanda, possono optare fra un assegno reversibile per 15 anni o un assegno una tantum di L. 150 milioni (L. 210/92, articolo 2, comma 3; L. 238/97 articolo, 1 comma 3). I parenti aventi diritto sono nell'ordine: il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli minorenni, i fratelli maggiorenni.

Oltre ai benefici sopra indicati, le persone danneggiate

sono esentate dalla partecipazione alla spesa sanitaria, nonché dal pagamento della quota fissa per ricetta limitatamente alle prestazioni sanitarie per la diagnosi e la cura delle patologie previste dalla L. 210/92 (L. 537/93, articolo 8, commi 14,15,16 e successive modificazioni; L. 724/94, art. 1).

2. BENEFICI ECONOMICI.

I benefici economici previsti dalla L. 210/92 e successive integrazioni e modificazioni sono:

a. Indennizzo vitalizio costituito da un assegno bimestrale erogato, a partire dal 1° giorno del mese successivo a quello della data di presentazione della domanda, il cui ammontare, è costituito da una quota variabile secondo la gravità del danno e viene aggiornato annualmente in base al tasso di inflazione programmato (art. 2, comma 1 e 2, L. 210/92) e da una quota fissa.

b. Revisione della categoria di danno per aggravamento della patologia per la quale si percepisce l'indennizzo (articolo 6, L. 210/92) con conseguente aumento dell'indennizzo stesso.

c. Indennizzo aggiuntivo non superiore al 50 per cento di quello previsto al precedente «punto a» per le persone danneggiate, che avendo contratto più di una malattia determinante un esito invalidante distinto (doppia patologia), presentano domanda di doppia patologia (art. 2, comma 7, L. 210/92).

Con decreto del sottosegretario di Stato del Ministero della sanità del 10 giugno 1997, viene disposto che all'indennizzo corrispondente alla patologia ascritta alla categoria di danno superiore vada aggiunto il 50 per cento dell'indennizzo corrispondente alla patologia ascritta alla categoria di danno inferiore.

d. Importo aggiuntivo «una tantum» nella misura del 30 per cento, per ogni anno, dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'articolo 2, comma 1, L. 210/92, per il periodo compreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo, con esclusione di interessi legali e rivalutazione monetaria. Tale importo viene corrisposto previa specifica domanda alle persone che a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge abbiano riportato una menomazione permanente dell'integrità psicofisica (articolo 2, comma 2, L. 210/92).

e. Quota «ereditaria», agli eredi, delle rate di indennizzo maturate dalla data della domanda sino al giorno della morte (compreso) del danneggiato, nel caso in cui la domanda di indennizzo sia stata prodotta in vita dal danneggiato e la morte sia sopraggiunta prima della erogazione dell'indennizzo.

f. Assegno reversibile per 15 anni o assegno una tantum di L. 150 milioni (articolo 2 comma 3, L. 210/92) ai parenti aventi diritto che ne facciano domanda, nel caso in cui la morte del danneggiato sia stata determinata dalle vaccinazioni o dalle patologie irreversibili previste nella L. 210/92.

I benefici di cui al presente punto spettano anche nel caso in cui il reddito della persona deceduta non rappresenti l'unico sostentamento della famiglia.

3. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE.

La domanda deve essere:

a. *firmata dal richiedente*. In caso di minorenni o di incapaci deve essere firmata da uno dei genitori o dal tutore;

b. *protocollata*, indicando in modo chiaro e leggibile la *data di presentazione*;

c. corredata dei documenti previsti.

Caso generale.

La domanda di indennizzo va presentata dall'interessato, in carta semplice, alla ASL territorialmente competente entro i termini previsti dalla L. 210/92 (art. 3), dal momento in cui la persona danneggiata, sulla base della documentazione di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 3 della L. 210/92, è venuta a conoscenza del danno e precisamente:

— entro **3 anni**, nei casi di vaccinazione o di epatite post-trasfusionale;

— entro **10 anni**, nei casi di infezioni HIV;

— per le persone che hanno subito le menomazioni prima dell'entrata in vigore della legge i termini decorrono dal **21 marzo 1992**;

— inoltre, per persone che hanno avuto danni permanenti da vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della legge n. 695/59, il tempo previsto è di **4 anni, dalla data del 20 ottobre 1999** (entrata in vigore della L. 362/99).

Qualora la domanda, al momento della presentazione, sia carente di alcuno dei documenti previsti, l'interessato dovrà essere invitato a produrre i documenti entro **30 giorni**, con l'avvertimento che:

- alla pratica non viene assegnato il «numero di posizione» e rimane provvisoriamente archiviata in «*attesa di completamento*»;

- il termine di 30 giorni, per giustificati motivi, potrà essere rinnovato per ulteriori 30 giorni;

- in mancanza di riscontro nei termini previsti, la pratica verrà definitivamente archiviata. Questo caso non preclude la possibilità di ripresentazione di nuova domanda.

Decesso: eredità/una tantum.

— In caso di decesso della persona danneggiata durante la fase istruttoria, la pratica proseguirà il suo iter e se viene riconosciuto il diritto all'indennizzo, questo dovrà essere liquidato 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, com.3 L. 210/92) possono presentare *domanda di liquidazione di «una tantum di L.150 milioni» o di «assegno reversibile per 15 anni»* alla Azienda USL di competenza, allegando tutta la documentazione richiesta per la determinazione del nesso di causalità tra la trasfusione/vaccinazione, la patologia e la morte.

— La domanda di liquidazione di una tantum o di assegno reversibile può essere presentata dagli aventi diritto anche quando la persona danneggiata non ha presentato domanda di indennizzo mentre era in vita.

Aggravamento/doppia patologia.

In caso di aggravamento delle infermità o delle lesioni per cui percepisca già l'indennizzo, l'interessato può

presentare *domanda di revisione* del giudizio alla ASL di competenza, entro *6 mesi* dalla data di conoscenza dell'evento. Per il giudizio sull'aggravamento, la procedura è la stessa seguita per la determinazione e la quantificazione del danno originario.

La domanda può essere presentata anche dalle persone la cui patologia, considerata dalla C.M.O. di gravità non sufficiente a raggiungere la valutazione tabellare (giudizio di «non ascrivibilità della patologia»), successivamente si aggrava.

In questo caso, se il giudizio della C.M.O. è favorevole, l'indennizzo decorre dal primo giorno del mese successivo alla *presentazione della domanda di revisione*.

Le persone che in conseguenza di vaccinazioni o trasfusioni di sangue o emoderivati hanno contratto più di una malattia determinante un esito invalidante distinto (doppia patologia), possono *presentare domanda di integrazione dell'indennizzo per doppia patologia*.

Importo aggiuntivo «una tantum del 30 per cento» per danni da vaccinazione.

Le persone che a *causa di vaccinazioni obbligatorie* per legge abbiano riportato una menomazione permanente dell'integrità psicofisica (articolo 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 cento, per ogni anno, dell'indennizzo dovuto ai sensi dell'articolo 2, comma 1, L. 210/92, per il periodo compreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo.

4. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI INDENNIZZO.

La domanda, in carta semplice, deve contenere i seguenti dati:

- dati anagrafici del danneggiato;
- dati anagrafici dell'eventuale rappresentante o rappresentanti (nel caso di minori o incapaci) o richiedente (in caso di morte del danneggiato);
- indicazioni del danno per il quale si chiede l'indennizzo:
 - danno da vaccinazione
 - danno da epatiti post-trasfusionale
 - infezione HIV;
- elenco della documentazione allegata;
- indirizzo al quale inviare ogni comunicazione;
- firma del richiedente; in caso di minorenni o di incapaci deve essere firmata da uno dei genitori o dal legale rappresentante;
- data di presentazione.

Alla domanda va allegata la documentazione amministrativa e sanitaria specifica per le diverse tipologie di beneficiari sotto indicata.

I. PERSONA DANNEGGIATA IN VITA.

Documentazione amministrativa.

Per i documenti amministrativi occorre attenersi alle disposizioni in materia di dichiarazioni sostitutive indicate nel DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 (*Gazzetta Ufficiale* n. 42 del 20 febbraio 2001):

- certificato di nascita del danneggiato
- certificato di residenza
- stato di famiglia nel caso di danneggiato minorenne
- nomina del tutore nel caso di danneggiato interdetto.

*Documentazione sanitaria.**A. Documenti sanitari per danni da vaccino.*

La documentazione deve comprovare:

- la data di vaccinazione e l'indicazione dei dati del vaccino;
- le manifestazioni cliniche conseguenti alla vaccinazione e la data (giorno, mese, anno) in cui si sono evidenziate;
- l'entità delle lesioni o l'entità della malattia da cui è derivata la menomazione;
- la necessità o l'obbligatorietà della vaccinazione.

Documenti sanitari per danni da vaccino:

a. copia conforme del certificato vaccinale della Azienda sanitaria locale o del Comune;

b. copia conforme della cartella clinica completa del primo ricovero o altra certificazione medica relativo e al danno subito;

- copia conforme dell'ordinanza dell'autorità sanitaria per le vaccinazioni obbligatorie o documentazione del datore di lavoro in caso di vaccinazione per motivi di lavoro o documentazione sulla necessità di vaccinazione anche se non obbligatoria.

B. Documenti sanitari per danni da contatto con persona vaccinata.

I documenti riguardano sia la persona che ha determinato il danno sia la persona danneggiata. Essi devono comprovare:

- che la persona vaccinata fosse nelle condizioni di poter contagiare le persone con cui veniva a contatto;
- le modalità e le caratteristiche del contatto tra il danneggiato e la persona vaccinata.

Documenti sanitari per danni da contatto con persone vaccinate.

Persona vaccinata:

- Copia conforme del certificato vaccinale della Azienda sanitaria locale o del Comune.

Persona danneggiata:

- copia conforme della cartella clinica completa del primo ricovero o di altra certificazione medica relativa al danno.

C. Documenti sanitari per danni da trasfusione o somministrazione di emoderivati.

La documentazione deve comprovare:

- la data di effettuazione della trasfusione o della somministrazione di emoderivati con l'indicazione dei dati relativi all'evento trasfusionale o della somministrazione dell'emoderivato;
- la data dell'avvenuta infezione da HIV o da epatiti post-trasfusionali.

Documenti sanitari per danni da trasfusione.

Politrasfusi:

scheda informativa debitamente compilata e riportante firma e timbro del dirigente della struttura sanitaria presso la quale l'interessato è in cura o del proprio medico di famiglia. Va utilizzata la scheda riportata nella G.U. n. 145 del 22 giugno 1992, serie generale.

Trasfusi occasionali:

- a. copia conforme della cartella clinica completa e riportante la prova evidente e certa delle avvenute trasfusioni con le opportune scritte o con i bollini adesivi delle

sacche utilizzate, nel diario clinico o nella scheda anesteziologica;

- b. documentazione sanitaria indicante la data (giorno, mese, anno) del primo accertamento di positività e contenente la diagnosi di infezioni da HIV o di epatite virale post-trasfusionale. Nel caso di cartella clinica essa deve essere in copia conforme e completa;

- c. eventuali analisi o cartelle cliniche relative a ricoveri intercorsi fra l'evento trasfusionale e l'accertamento del danno.

D. Documenti sanitari per operatori sanitari contagiati da HIV durante il lavoro.

Dalla documentazione deve risultare che:

- il danneggiato è un operatore sanitario;
- il contatto con il sangue proveniente da soggetto HIV positivo è avvenuto durante il servizio effettivo;
- la data di accertamento della prima positività per HIV.

Documenti sanitari per operatori sanitari contagiati da HIV durante il lavoro:

- a. originale o copia conforme della denuncia di infortunio subito sul lavoro riportante l'avvenuto contatto con sangue proveniente da soggetto HIV positivo (D.M. 28 settembre 1990, articolo 9, comma 3);

- b. dichiarazione della Direzione sanitaria della struttura dove si è verificato l'evento attestante che l'interessato era in servizio effettivo durante lo svolgersi dei fatti;

- copia conforme della cartella clinica relativa all'evento di ricovero durante il quale è stata accertata la prima positività per HIV, ovvero copia conforme delle analisi di laboratorio qualora l'accertamento non sia avvenuto in regime di ricovero.

E. Documenti sanitari per aggravamento o doppia patologia.

Dalla documentazione deve risultare:

- l'aggravamento della patologia per la quale è stata fatta domanda e si è ottenuto il riconoscimento;
- l'insorgere di una nuova patologia in conseguenza della stessa o di successive vaccinazioni o trasfusioni.

Documenti richiesti per gli specifici casi.

II. PERSONA DANNEGGIATA DECEDUTA*A. Pagamento rateo agli eredi.*

Nei casi in cui la persona danneggiata che ha presentato domanda muore prima o durante la percezione dell'indennizzo i ratei non erogati competono agli eredi che devono fornire la documentazione che dimostri la loro qualità di erede.

Documenti amministrativi:

- a. certificato di morte del danneggiato;

- b. testamento o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà redatto ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 (G.U. n. 42 del 20 febbraio 2001) contenente sia la dichiarazione che il de cuius non ha lasciato testamento, sia l'elencazione degli eredi che eventualmente l'indicazione dell'erede delegato alla riscossione (sottoscritta da tutti gli eredi);

- c. certificato di residenza del o dei beneficiari o dichiarazione sostitutiva di certificazione redatta ai sensi degli artt. 43 e 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000

(G.U. n. 42 del 20 febbraio 2001);

d. stato di famiglia originario del de cuius o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatto ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 (G.U. n. 42 del 20 febbraio 2001);

e. dichiarazione di successione in copia conforme all'originale (precedente modello 240) rilasciata dall'Ufficio dell'agenzia delle entrate territorialmente competente rispetto alla residenza in vita del de cuius, comprensiva dei ratei maturati e non riscossi.

Nei casi di successione devoluta al coniuge e ai parenti in linea retta, in cui l'asse ereditario non comprende beni immobili e i beni mobili non superano lire 50.000.000 (verificare eventuali aggiornamenti presso l'Ufficio dell'agenzia delle entrate), può essere presentata dichiarazione dove si specifica che, in base all'art. 28, comma 7, del D.Lgs. 31 ottobre 1990, n. 346, non sussiste l'obbligo della dichiarazione di successione poiché l'asse ereditario non comprende beni immobili e i beni mobili non superano lire 50.000.000;

f. codice fiscale del o degli aventi diritto;

g. provvedimento del Giudice tutelare qualora tra gli eredi vi siano minori od interdetti, che autorizzi il o i legali rappresentanti del minore o dell'interdetto alla riscossione e determini le modalità di impiego delle somme riscosse;

h. numero di conto corrente bancario o postale completo delle coordinate ABI e CAB e della firma del o dei beneficiari/intestatari del conto, (in caso di conto corrente cointestato occorrono le firme di tutti i cointestatari del C/C).

B. Pagamento assegno di reversibilità o di una tantum agli aventi diritto.

Documenti amministrativi.

Dai documenti si deve evincere chi sono gli aventi diritto.

a. Certificato di morte;

b. stato di famiglia originario del de cuius o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatto ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 (G.U. n. 42 del 20 febbraio 2001);

c. certificato di residenza del o dei beneficiari o dichiarazione sostitutiva di certificazione redatta ai sensi degli artt. 43 e 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 (G.U. n. 42 del 20 febbraio 2001);

d. codice fiscale del o degli aventi diritto;

e. provvedimento del Giudice tutelare qualora tra gli eredi vi siano minori od interdetti, che autorizzi il o i legali rappresentanti del minore o dell'interdetto alla riscossione e determini le modalità di impiego delle somme riscosse;

f. codice fiscale di chi esercita la potestà parentale o la tutela.

Documenti sanitari.

La documentazione sanitaria deve dimostrare il nesso di causalità tra:

- vaccinazioni/ trasfusioni sangue/somministrazione emoderivati e l'infermità;
- tra l'infermità e la morte.

Documenti sanitari per reversibilità o una tantum.

Decesso prima della presentazione della domanda di indennizzo:

- i documenti relativi ai casi specifici;
- cartella clinica relativa al decesso ovvero, in caso di morte al di fuori di strutture ospedaliere, copia conforme scheda di morte ISTAT (modello ISTAT/D/4).

Decesso successivo alla presentazione della domanda di indennizzo:

copia conforme cartella clinica relativa al decesso ovvero, in caso di morte al di fuori di strutture ospedaliere, copia conforme scheda di morte ISTAT (modello ISTAT/D/4).

5. PROCESSO DI INDENNIZZO.

Le Aziende USL territorialmente competenti, ai sensi della legge regionale n. 20 del 16 agosto 2001, devono provvedere alla gestione dell'intero processo di indennizzo nei termini previsti dal quadro normativo vigente, e sulla base delle indicazioni contenute nel presente regolamento deliberato dalla Giunta regionale della Regione dell'Umbria.

Viene considerata ASL di competenza quella che corrisponde al luogo di residenza del danneggiato ovvero, in caso di morte, del richiedente.

Per le persone *che non hanno la residenza in Italia* viene considerata ASL di competenza quella a cui afferisce la struttura sanitaria presso la quale è avvenuta la trasfusione, la somministrazione di emoderivati, il contatto con il sangue e derivati in occasione di attività di servizio, la vaccinazione.

Il processo di indennizzo si articola in quattro fasi:

- A. istruttoria della domanda
- B. giudizio medico-legale
- C. notifica giudizio medico-legale
- D. erogazione indennizzo.

In base alle nomine fatte da direttori sanitari e amministrativi delle Az. USL dei referenti in materia, si individua il Servizio di medicina legale come responsabile della registrazione, archiviazione e custodia del fascicolo. In ogni caso, la Azienda USL è responsabile della correttezza dello svolgimento dell'intero processo di indennizzo.

Nell'attuazione del processo le ASL adottano le opportune modalità organizzative e gestionali per garantire il diritto alla riservatezza.

Le pratiche vanno registrate e numerate progressivamente a partire dal momento in cui sono complete dei documenti previsti (processabili) e pertanto nello svolgimento delle diverse fasi si dovrà seguire tassativamente l'ordine cronologico in base al «numero progressivo di posizione».

I direttori generali delle ASL provvedono, entro il 31 gennaio 2002, e quindi successivamente ogni tre mesi, a trasmettere alla *Direzione regionale sanità e servizi sociali - Servizio prevenzione e sanità pubblica* copia delle schede di riepilogo allegate ad ogni pratica su supporto magnetico o per via informatica.

PROCESSO DI INDENNIZZO ex L. 210/92

Fasi	Attività	Servizi/Organi competenti
A Istruttoria domanda	A. Predisposizione del fascicolo con la documentazione amministrativa e sanitaria richiesta per l'espressione del giudizio medico-legale	Servizio medicina legale
B Giudizio medico-legale	B. Verbalizzazione del giudizio medico-legale riportante <ul style="list-style-type: none"> • nesso di causalità • ascrivibilità della patologia alla categoria di danno • tempestività della domanda • data manifestazione evento dannoso 	Commissione medica ospedaliera (CMO)
C Notifica giudizio	C1 Acquisizione del giudizio medico-legale C2 Notifica all'interessato del giudizio medico-legale e, nei casi di giudizio favorevole, richiesta delle informazioni necessarie sia per la predisposizione dell'atto di pagamento sia per l'erogazione dell'indennizzo C3 Archiviazione delle pratiche con giudizio negativo	Servizio medicina legale
D Erogazione indennizzo	D1 Quantificazione dell'importo dell'indennizzo D2 Predisposizione atto di pagamento D3 Notifica atto di pagamento all'interessato D4 Predisposizione ordine di pagamento ed erogazione degli importi di indennizzo	

A. ISTRUTTORIA DELLE PRATICHE.

La ASL, entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda, provvede all'istruttoria delle domande e trasmette copia del fascicolo alla C.M.O. per l'acquisizione del giudizio medico-legale.

Una volta acquisito il giudizio, entro 30 giorni ne dà comunicazione con raccomandata AR all'interessato e provvede nel contempo alla sospensione del procedimento.

Nel fascicolo, al termine del processo di indennizzo, devono essere presenti i seguenti documenti:

a. «Scheda dati procedura di indennizzo L. 210/92»: riassume tutte le informazioni raccolte durante l'intero iter della procedura.

b. «Elenco documenti presenti nel fascicolo»: riporta tutti i documenti presenti nel fascicolo in ordine di acquisizione.

c. Domanda di indennizzo riportante data, firma, protocollo di arrivo.

d. Documenti amministrativi.

e. Documenti sanitari. Essi devono documentare l'evento dannoso (vaccinazione o trasfusione), la menomazione psico-fisica permanente, la data del manifestarsi della menomazione permanente.

f. Verbale della C.M.O.

g. Lettera di notifica del giudizio medico-legale.

h. Scheda calcolo indennizzo (solo nei casi di pagamento indennizzo).

i. Atto di pagamento (solo nei casi di pagamento indennizzo).

j. Lettera di comunicazione dell'eventuale erogazione dell'indennizzo.

I documenti amministrativi e sanitari vanno:

- *numerati*, indicando il numero d'ordine di acquisizione e il «numero di posizione progressivo» della pratica;
- *elencati* nella scheda «Elenco documenti presenti nel fascicolo», parte integrante del fascicolo.

Esempio scheda elenco documenti:

ELENCO DOCUMENTI PRESENTI NEL FASCICOLO

ASL:.....	Posizione N.:	Data di presentazione domanda:.....		
N. ord.	Descrizione documento	N. pag.	Data acquisizione	Firma responsabile
1	Scheda dati procedura di indennizzo			
2	Domanda di indennizzo			
3	Dichiarazioni sostitutive di certificati			
4	Fotocopia codice fiscale			
5	Copia conforme cartella clinica			
6	Referto di laboratorio rilasciato da....			
7	Verbale CMO			
8	Lettera notifica verbale CMO			
9	Scheda dati per il pagamento			
10	Scheda calcolo indennizzo			
11	Atto pagamento indennizzo			
12	Lettera notifica pagamento indennizzo			

B. GIUDIZIO MEDICO-LEGALE.

Di seguito all'istruttoria espletata dalla ASL e sulla base di *dati oggettivi e documentati*, la Commissione medica ospedaliera redige un verbale modello ML/V, con indicato tra l'altro:

- a. La composizione della commissione.
- b. Gli accertamenti eseguiti.
- c. Il giudizio diagnostico sulle infermità e sulle lesioni riscontrate con indicata la data in cui si è manifestata la menomazione psico-fisica permanente (manifestazione evento dannoso).
- d. Il giudizio sanitario sul nesso causa-effetto.
- e. Il giudizio di tempestività di presentazione della domanda.
- f. Il giudizio di classificazione delle lesioni e delle infermità permanenti secondo la tabella A allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834.

C. NOTIFICA GIUDIZIO MEDICO-LEGALE/RICORSO.

La ASL, entro *20 giorni dall'acquisizione del verbale* della CMO, provvede alla notifica del giudizio all'interessato o agli aventi diritto.

Il giudizio può essere notificato, all'interessato o agli aventi diritto, a mezzo raccomandata AR, stante la necessità di valutare la tempestività del ricorso eventualmente presentato, oppure con raccomandata a mano nel caso si ritenesse opportuno invitare il cittadino presso gli uffici della ASL, al fine di garantire la privacy e la qualità dei rapporti cittadino-amministrazione.

Alla notifica va allegata *copia del verbale* della CMO e, qualora sia previsto l'indennizzo, l'elenco dei documenti e dei dati necessari per la liquidazione della somma.

Nel redigere la notifica è opportuno verificare la correttezza tra quanto riportato nel verbale ed i dati agli atti nel fascicolo (es. dati anagrafici, tipo di evento che ha causato il danno, tipo di danno denunciato, data del verificarsi dell'evento dannoso, ecc.). Importante è poi verificare presso quale domicilio l'interessato vuole ricevere le comunicazioni: proprio o altrui domicilio, patronato o studio legale (in questo caso bisogna sempre controllare il mandato conferito per scritto dal danneggiato), altro.

Ricorso.

In caso di giudizio sfavorevole o parzialmente sfavorevole all'indennizzo, l'interessato, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, può presentare ricorso *in carta libera*, entro **30 giorni** dalla data di ricevimento della notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso, al Ministro della salute:

Ministero della salute
Dipartimento professioni sanitarie
Ufficio XV
Piazzale dell'Industria 20 - 00144 ROMA

Il ricorso va inoltrato in copia alla ASL di appartenenza per permettere l'invio della pratica al Ministero della salute.

Entro **90 giorni** dalla presentazione del ricorso, il Ministero della salute decide sul ricorso e notifica con proprio atto, entro **30 giorni**, al ricorrente e alla ASL di competenza, la decisione adottata.

In caso di decisione sfavorevole da parte del Ministero, il ricorrente può esprimere l'azione dinanzi alla magistratura entro **un anno** dalla comunicazione della decisione sul ricorso o, in mancanza di comunicazione (*silenzio rigetto*), dalla scadenza del termine previsto: 120 giorni dalla data di presentazione del ricorso.

*In caso di accoglimento del ricorso amministrativo o giurisdizionale la ASL, provvede a richiedere all'interessato tutta la documentazione necessaria per la liquidazione e, una volta ottenuta, provvede all'erogazione dell'indennizzo agli aventi diritto entro **60 giorni** dal ricevimento delle notizie e dei documenti richiesti.*

D. EROGAZIONE INDENNIZZO.

La ASL entro **60 giorni** dalla notifica del giudizio medico-legale all'interessato, in assenza di ricorso, una volta acquisita tutta la documentazione necessaria, procede alla liquidazione dell'indennizzo.

6. QUANTIFICAZIONE E LIQUIDAZIONE INDENNIZZO.

L'indennizzo vitalizio di cui al precedente punto 3a è composto da due elementi:

- da un importo determinato in base alla tabella B allegata alla L. 29 aprile 1976, n. 177, così come modificata dall'articolo 8 della L. 2 maggio 1984, n. 111, percepibile anche in presenza di altro reddito e rivalutata annualmente sulla base del *tasso di inflazione programmato* (tip);

- dall'importo di L. 11.950.590, corrispondente all'indennità integrativa speciale di cui alla L. 27 maggio 1959, n. 324 e successive modifiche, prevista per la prima qualifica funzionale degli impiegati civili dello Stato.

Per la quantificazione dell'importo di indennizzo si fa riferimento alle tabelle utilizzate dal Ministero della salute e consegnate ai funzionari regionali.

Gli indennizzi (importo base) dovranno essere rivalutati in base al tasso di inflazione programmato.

Decorrenza pagamento indennizzo.

L'indennizzo, ai sensi dell'articolo 3 della L. 210/92, decorre dal *1° giorno del mese successivo* a quello di presentazione della domanda.

Ente erogatore.

L'indennizzo viene erogato dalla ASL competente entro **60 giorni** (previa acquisizione della documentazione necessaria per la liquidazione) dalla notifica del giudizio medico-legale all'interessato o entro **60 giorni** dalla comunicazione dell'esito del ricorso amministrativo o giurisdizionale.

Modalità di erogazione.

Il rateo arretrato e l'una tantum vengono erogati in un'unica soluzione mentre il vitalizio con rate bimestrali posticipate.

Ciascuna ASL provvede *ad accertare con cadenza trimestrale*, presso gli uffici comunali competenti, *l'esistenza in vita* delle persone nei ruoli di indennizzo vitalizio ex L. 210/92.

Archiviazione delle pratiche.

L'archiviazione delle pratiche avverrà presso la Az. USL che ne ha curato il procedimento, inviandone co-

municazione alla Regione dell'Umbria - Direzione regionale sanità e servizi sociali - Servizio V - Prevenzione e sanità pubblica.

7. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.

L. 25 febbraio 1992, n. 210 (G.U. n. 55 del 6 marzo 1992), successive modifiche ed integrazioni, «Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati».

Norme di modifica ed integrazione della L. 210/92:

D.L. 28 agosto 1995, n. 362, articolo 6: (convertito in legge L. 238/97) - Disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e sanità.

D.L. 1° luglio 1996, n. 344, articolo 6: (in nota al D.L. 548/96) - Modifiche ed integrazioni della L. 210/92.

D.L. 23 ottobre 1996, n. 548, articolo 7: - Modifica e integrazione della L. 210/92.

D.L. 4 aprile 1997, n. 92: (non convertito in legge) - Modifiche e integrazione della L. 210/92.

L. 25 luglio 1997, n. 238: - Modifiche ed integrazione alla L. 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati.

L. 14 ottobre 1999, n. 362 - Articolo 3, commi 3 e 4: - Interventi per la prevenzione e cura della fibrosi cistica, per gli indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni, trasfusioni ed emoderivati e per la proroga del programma cooperativo italo-americano sulla terapia dei tumori.

Circolari, pareri:

Circolare 10 aprile 1992, n. 500. VII/AG.3/6274-bis (Ministero sanità): - Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati; L. 210/92.

Parere Consiglio superiore della sanità 15 maggio 1996:

1. Interpretazione articolo 7, comma 2 della L. 210/92.
2. Esami radiografici con mezzi di contrasto.

Circolare 14 novembre 1996, n. 900. U.S./L.210/AG/3/6072 (Ministero sanità): - L. 210/92, direttive alle Unità sanitarie locali in attuazione dell'articolo 7 del D.L. 23 ottobre 1996, n. 548.

Decreto sottosegretario di Stato del Ministero della sanità del 10 giugno 1997: - Indennizzo L. 210/92 per soggetti con «doppia patologia».

Circolare 9 aprile 1998, n. 49 (Ministero del lavoro): - Denuncia ai procuratori regionali presso le Sezioni giurisdizionali regionali della Corte dei conti.

Commissione medica ospedaliera:

D.P.R. 29 dicembre 1973, n. 1092, articolo 165 - «Commissioni mediche ospedaliere».

D.P.R. 19 aprile 1994, n. 364, articolo 6 - «Accertamenti sanitari».

Sentenze Corte costituzionale:

Sentenza 15-18 aprile 1996, n. 118.

Sentenza 23-26 febbraio 1998, n. 27.

Sentenza 8-22 giugno 2000, n. 226.

Importo indennizzo:

L. 27 maggio 1959, n. 324: - Determinazione dell'importo integrativo dell'indennizzo.

L. 29 aprile 1976, n. 177: - Tabella B per la determinazione della misura dell'indennizzo.

D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915 (*): - Tabella A «Lesioni ed infermità che danno diritto a pensione vitalizia o ad assegno temporaneo»;

(*) aggiornata dal D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834.

L. 26 gennaio 1980, n. 9: - Adeguamento delle pensioni dei mutilati ed invalidi per servizio alla nuova normativa prevista per le pensioni di guerra dalla L. 29 novembre 1977, numero 875 (2), e dal D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915 (2/a).

L. 2 maggio 1984, n. 111, art. 8: - Pensione o assegno privilegiato tabellare»: modifica le pensioni di cui alla tab. B - L. 29 aprile 1976, n. 177.

L. 24 dicembre 1993, n. 537, art. 8, commi 14, 15: - Esenzioni dalla partecipazioni alla spesa sanitaria.

L. 23 dicembre 1994, n. 724, art. 1: - Esenzioni dalla partecipazioni alla spesa sanitaria.

Circolare 11 marzo 1996, n.13/NC - «Variazione della misura degli indennizzi, previsti dalla legge 210/92».

Trasferimento delle funzioni relative agli indennizzi L. 210/92.

D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112 (*): - Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59.

(*) Ripubblicazione G.U. 21 maggio 1998.

D.P.C.M. 26 maggio 2000: - Individuazione delle risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative da trasferire alle regioni in materia di salute umana e sanità veterinaria ai sensi del titolo IV, capo I, del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112.

D.P.C.M. 13 novembre 2000: - Criteri di ripartizione e ripartizione tra le regioni per l'esercizio delle funzioni conferite dal D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, in materia di salute umana e sanità veterinaria DPCM 26 maggio 2000.

D.P.C.M. 22 dicembre 2000: - Trasferimento dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative per l'esercizio delle funzioni conferite dal D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, alle Regioni.

Legge regionale 16 agosto 2001, n. 20: - Trasferimento alle Aziende USL delle funzioni di cui alla legge 210/92 - Indennizzo a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, nonché a causa di vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria, di cui all'art. 3, comma 3, della legge 14 ottobre 1999 n. 362.

Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze n. 0084828 del 20 settembre 2001: - Assegnazione alle regioni degli importi previsti dai D.P.C.M. 13 novembre 2000 e 22 dicembre 2000.

- 1. Domanda per danno irreversibile (HIV) correlato a trasfusione o somministrazione di emoderivati o a contagio professionale.**
- 2. Domanda per danno irreversibile correlato a vaccinazione.**
- 3. Domanda per danno irreversibile (epatite) correlato a trasfusione o somministrazione di emoderivati.**
- 4. Domanda di una tantum o di assegno reversibile per 15 anni.**
- 5. Scheda informativa di reazione indesiderata a vaccino.**
- 6. Scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivato.**
- 7. Modello per il ricorso.**
- 8. Elenco documenti per domande di indennizzo.**

1.

Data di presentazione: |_|_|_| Protocollo n. Pratica n.

DOMANDA ex L. 210/92 PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMOderivati O CONTAGIO PROFESSIONALE

Alla Az. USL.....cap..... Città.....
via.....

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992, n. 210 e successive modifiche e integrazioni
il sottoscritto (cognome) (nome)
nato a Prov., il |_|_|_|_|, |
residente a Prov. cap.....
via n.....
cod. fisc. tel..... fax

in qualità di:

- diretto interessato
- esercente la potestà genitoriale o la tutela di

(cognome) (nome).....
nato 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 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.
 - 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 dicembre 1981, n. 834.

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 sotto indicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso:

via n.
 CAP. Città Prov.
 telefono cell. fax

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L. 675/75 si informa 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 informatico della Azienda sanitaria locale;*
4. *titolare del trattamento dei dati è il Direttore generale dell'Azienda sanitaria locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della L. 675/96.*

Firma per presa visione

.....

(firma estesa leggibile)

....., li |__|__|__|

(luogo)

(data)

.....

(firma estesa leggibile)

2.

Data di presentazione: |_|_|_|_| Protocollo n. Pratica n.

DOMANDA ex L. 210/92 PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A VACCINAZIONE

Alla Az. USL
Via cap. Città

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992, n. 210 e successive modifiche e integrazioni
il sottoscritto (cognome) (nome),
nato a Prov., il |_|_|_|_|,
residente a Prov. cap.,
via n.
cod. fisc. tel. fax

in qualità di:
 diretto interessato

esercente la potestà genitoriale o la tutela di

(cognome) (nome),
nato 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 contatto con persona vaccinata, lesioni o infermità, dalle quali ne è derivata una menomazione permanente dell'integrità psico-fisica.
 Soggetto sottoposto a vaccinazione antipoliomielitica non obbligatoria nel periodo di vigenza della L. 695/59

CHIEDE

inoltre, l'importo aggiuntivo «una tantum» ai sensi dell'articolo 2, legge 238 del 25 luglio 1997 pari al 30 per cento dell'indennizzo dovuto, per ciascun anno, per il periodo compreso fra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo di cui all'art. 1 della legge 210/92.

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.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L. 675/75 si informa 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 informatico della Azienda sanitaria locale;*
4. *titolare del trattamento dei dati è il Direttore generale dell'Azienda sanitaria locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della L. 675/96.*

Firma per presa visione

.....

(firma estesa leggibile)

..... li |__|__|__|

(luogo)

(data)

.....

(firma estesa leggibile)

3.

Data di presentazione: |_|_|_| Protocollo n. Pratica n.

DOMANDA ex L. 210 / 92 PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI

Alla Az. USL via cap..... Città

Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992, n. 210 e successive modifiche e integrazioni il sottoscritto (cognome) (nome) nato a Prov., il |_|_|_|, residente a Prov. cap via n. cod. fisc. tel..... fax

in qualità di:

diretto interessato

esercente la potestà genitoriale o la tutela di

(cognome) (nome)..... nato 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 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 dicembre 1981, n. 834.

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

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L. 675/75 si informa 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 informatico della Azienda sanitaria locale;*
- 4. titolare del trattamento dei dati è il direttore generale dell'Azienda sanitaria locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della L. 675/96.*

Firma per presa visione

.....

(firma estesa leggibile)

..... li | | | |

(luogo)

(data)

.....

(firma estesa leggibile)

4.

Data di presentazione: |_|_|_| Protocollo n. Pratica n.

DOMANDA DI UNA TANTUM O DI ASSEGNO REVERSIBILE ex L. 210/92

Alla ASL
 via cap..... Città.....
 Ai sensi e per gli effetti della L. 25 febbraio 1992, n. 210 e successive modifiche e integrazioni
 Il sottoscritto
 nato a prov., il |_|_|_|_|, |
 residente a prov. cap
 via n.
 Tel..... fax..... cod. fisc.

Riquadro A

In qualità di:

a. avente diritto

Coniuge Figlio Genitore Fratello minorenni Fratello maggiorenne inabile al lavoro

b. esercente la potestà genitoriale o la tutela di

(cognome) (nome).....
 nato a Prov., il |_|_|_|_|, |
 residente a Prov. CAP
 via n.
 Cod. fisc. tel..... fax

CHIEDE

l'assegno «una tantum» / l'assegno reversibile per 15 anni

come previsto all'articolo 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 prov... .., il |_|_|_|_| deceduto il |_|_|_|_|

Pratica di 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.
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

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L. 675/75 si informa 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 informatico della Azienda sanitaria locale;*
4. *titolare del trattamento dei dati è il direttore generale dell'Azienda sanitaria locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 13 della L. 675/96.*

Firma per presa visione

.....
 (firma estesa leggibile)

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

.....
 (firma estesa leggibile)

5.

SCHEDA INFORMATIVA DI REAZIONE INDESIDERATA DA VACCINO

Notifica di reazione indesiderata a vaccino

Cognome e nome

Luogo e data di nascita

Domicilio Tel.

Vaccinato

Contatto

Anamnesi fisiologica

Anamnesi patologica remota

Farmaci di recente somministrazione

Data somministrazione vaccino | | | |

Nome commerciale vaccino

Ditta produttrice Serie Lotto

Controllo di stato Prepar. il Scad. il

Luogo di somministrazione del vaccino: **Centro vaccinale/ASL** **Studio medico privato**

Sede e denominazione centro vaccinale/ASL

Precedenti somministrazioni effettuate in data | | | |

Data di inizio dei primi **sintomi soggettivi** | | | |

Data di inizio dei primi **sintomi oggettivi** | | | |

Sintomi **soggettivi** rilevati da

Sintomi **oggettivi** rilevati da

Eventuali visite specialistiche

Esito della reazione indesiderata

Altre vaccinazioni praticate (1):

(1) Se effettuate nella stessa seduta, riportare tutti i dati relativi al vaccino (nome commerciale, lotto, ecc.).

Se effettuate in precedenza, specificare le date di somministrazione.

Sintomi oggettivi generali

- febbre > 39° C
- durata della febbre | | | gg.
- cefalea
- anoressia
- vomito
- diarrea
- stipsi
- iperemia fauci
- iperemia cutanea
- esantemi

Sintomi oggettivi neurologici

- debolezza muscolare
- areflessia tendinea
- atassia
- paresi transitoria
- paralisi permanente
- segni meningei
- segni encefalici
- convulsioni
- exitus
- altro

note:

....., li | | | |
(luogo) (data)

.....
(firma estesa leggibile)

6.

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

Cognome e nome

Luogo e data di nascita

Domicilio Tel.

A) *condizione patologica che ha richiesto la trasfusione o la somministrazione di emoderivati:* 1) politrasfuso per emopatia cronica 2) trasfuso per evento acuto*Informazioni relative al prodotto/ti somministrato/ti per i soggetti di cui al punto 1)*

Tipo/Tipi e periodo/i di somministrazione:

1) dal.....al.....

2) dal.....al.....

3) dal.....al.....

4) dal.....al.....

5) dal.....al.....

Annotazioni:

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

Tipo:

N. unità:

Data di somministrazione:

Luogo di somministrazione:.....

Annotazioni:

*Informazioni relative all'infezione da HIV:*Data rilevamento sierologico: Data diagnosi di malattia: Data grave immunodepressione (CD4<200ml): *Informazioni relative all'infezione da virus epatici:*Data rilevamento sierologico HBSAg: Data anti HCV: Data diagnosi di epatopatia irreversibile: Data dell'avvenuto decesso: B) *Infezione contratta da operatori sanitari durante il servizio:*Data evento che ha determinato l'infezione:

Informazioni relative all'infezione da HIV:.....

Informazioni relative all'infezione da virus epatici:

Data

.....
(firma leggibile e timbro)

7.

MODELLO PER RICORSO

Da presentarsi in carta libera al Ministero della salute e, in copia, alla Azienda sanitaria locale di competenza entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione del giudizio espresso dalla C.M.O. La data di presentazione del ricorso viene attestata dal protocollo della ASL.

Ministro della salute
Ministero della Salute
Ufficio XV - Legge 210/92
piazzale dell'Industria, 20
ROMA
Azienda sanitaria locale
via
Pratica n.

Ricorso al Ministro della salute ai sensi dell'articolo 5 della L. 210/92 e dell'articolo 123 comma 1 del D.Lgs. 112/98 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.

Il sottoscritto
nato a prov., il/...../.....,
residente a prov. cap
via n.
tel..... fax C.F.
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|.....|.....
C.F.

RICORRE

al Ministro della salute avverso il giudizio espresso dalla C.M.O.
con verbale n. del|....|...., notificato dalla ASL con lettera prot. del|....|.... e ricevuta dal sottoscritto
in data|....|....

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

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

Documentazione allegata a supporto del ricorso (se necessaria):

- 1.
2.
3.
4.
5.

La documentazione agli atti della ASL verrà trasmessa al Ministero della salute dalla stessa.

....., lì |__|_|_|
(luogo) (data)

.....
(firma estesa leggibile)

8.

DOCUMENTI PER DOMANDA INDENNIZZO L. 210/92

A. Danni da vaccino*Documenti amministrativi*

Dichiarazioni sostitutive delle seguenti certificazioni

- Certificato di nascita del danneggiato
- Stato di famiglia (nel caso di danneggiato minorenni)
- Nomina del tutore (nel caso di danneggiato interdetto)

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

Documenti sanitari

- Certificato vaccinale della Azienda sanitaria locale o del Comune.
- Scheda informativa dei dati relativi alla vaccinazione.
- Copia conforme dell'ordinanza dell'autorità sanitaria che dichiara l'obbligo vaccinale (es. accesso a stato estero).
- Idonea documentazione rilasciata dal datore di lavoro nel caso che la vaccinazione sia stata eseguita per motivi di lavoro o per incarico d'ufficio.
- Copia conforme della cartella clinica completa del **primo ricovero relativo al danno subito.**

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

B. Danno da contatto con persona vaccinata*Documenti amministrativi*

Dichiarazioni sostitutive delle seguenti certificazioni

- Certificato di nascita del danneggiato
- Stato di famiglia (nel caso di danneggiato minorenni)
- Nomina del tutore (nel caso di danneggiato interdetto)

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

*Documenti sanitari**a. Documenti riguardanti la persona vaccinata*

- Certificato vaccinale della Azienda sanitaria locale o del Comune.
- Copia conforme dell'ordinanza dell'autorità sanitaria che dichiara l'obbligo vaccinale (es. accesso a stato estero).
- Idonea documentazione rilasciata dal datore di lavoro nel caso che la vaccinazione sia stata eseguita per motivi di lavoro o per incarico d'ufficio.
- Scheda informativa dei dati relativi alla vaccinazione.
- Copia conforme della cartella clinica completa relativa al **primo ricovero attestante il danno subito.**

b. Documenti riguardanti la persona danneggiata

- Copia conforme della cartella clinica completa relativa al **primo ricovero attestante il danno subito.**

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

C. Danni da politrasfusioni*Documenti amministrativi*

Dichiarazioni sostitutive delle seguenti certificazioni

- Certificato di nascita del danneggiato

- Stato di famiglia (nel caso di danneggiato minorenne)
- Nomina del tutore (nel caso di danneggiato interdetto)

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

Documenti sanitari

- Scheda informativa dei dati relativi alla trasfusione o alla somministrazione di emoderivati conforme a quella riportata nella G.U. 22 giugno 1992, n. 145, serie generale.
Deve essere debitamente compilata e riportante firma e timbro del medico responsabile della struttura che ha effettuato la trasfusione.
- Documentazione sanitaria in originale indicante la data (giorno, mese, anno) del primo accertamento di positività e contenente la diagnosi di infezioni da HIV o di epatite virale post-trasfusionale, Nel caso di cartella clinica essa deve essere in copia conforme e completa.
- Referti analitici o copie conformi di cartelle cliniche relative a ricoveri intercorsi tra l'evento trasfusionale e l'accertamento del danno, qualora tra l'evento trasfusionale e l'accertamento del danno intercorra un lungo periodo di tempo.

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

D. Danni da trasfusioni occasionali

Documenti amministrativi

Dichiarazioni sostitutive delle seguenti certificazioni

- Certificato di nascita del danneggiato
- Stato di famiglia (nel caso di danneggiato minorenne)
- Nomina del tutore (nel caso di danneggiato interdetto)

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

Documenti sanitari

- Copia conforme della cartella clinica completa e riportante la **prova evidente e certa** delle avvenute trasfusioni con le opportune scritte (emotrasfusioni, plasma, globuli rossi, ect.) nel diario clinico o nella scheda anestesiologicala o con i bollini adesivi delle sacche utilizzate. **Non può essere considerata prova valida e certa:**
 - la sola presenza di richiesta di sangue o emoderivati senza la prova evidente dell'avvenuta trasfusione;
 - la dichiarazione postuma di avvenuta trasfusione, anche se rilasciata da medico trasfusionista.
- Documentazione sanitaria indicante la data (giorno, mese, anno) del primo accertamento di positività e contenente la diagnosi di infezioni da HIV o di epatite virale post-trasfusionale. Nel caso di cartella clinica essa deve essere in copia conforme e completa.
- Referti analitici in originale o copie conformi di cartelle cliniche relative a ricoveri intercorsi tra l'evento trasfusionale e l'accertamento del danno, qualora tra l'evento trasfusionale e l'accertamento del danno intercorra un lungo periodo di tempo.

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

E. sanitario che ha contratto infezione da HIV per contagio con sangue di soggetto HIV positivo in occasione e durante il servizio

Documenti amministrativi

Dichiarazioni sostitutive delle seguenti certificazioni

- Certificato di nascita del danneggiato
- Nomina del tutore (nel caso di danneggiato interdetto)

* In caso di morte del danneggiato vedi caso J e K

Documenti sanitari

- Denuncia di infortunio subito sul lavoro (originale o copia conforme) ai sensi del D.M. 28 settembre 1990, articolo 9, comma 3, che documenti l'avvenuto contatto con sangue proveniente da soggetto HIV positivo.
- Dichiarazione della Direzione sanitaria della struttura dove si è verificato l'evento attestante che l'interessato era in servizio effettivo durante lo svolgersi dei fatti.
- Copia conforme della Cartella clinica relativa all'evento di ricovero durante il quale è stata accertata la prima positività per HIV, ovvero copia conforme della documentazione sanitaria comprovante la data (giorno, mese, anno) della prima diagnosi d'infezione da HIV qualora l'accertamento non sia avvenuto in regime di ricovero.

F. Soggetti contagiati dalla madre durante la gravidanza

Dichiarazioni sostitutive delle seguenti certificazioni

- Certificato di nascita del danneggiato
- Stato di famiglia (nel caso di danneggiato minorenni)
- Nomina del tutore (nel caso di danneggiato interdetto)

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

a. Madre

- Documentazione amministrativa riguardante il riconoscimento all'indennizzo, ai sensi della L.210/92, per la medesima patologia acquisita dalla figlio.
- Copia conforme del verbale della C.M.O.
- Copia conforme della Cartella clinica completa relativa al parto.

b. Figlio

- Documentazione sanitaria in originale indicante la data (giorno, mese, anno) del primo accertamento di positività e contenente la diagnosi di infezioni da HIV o di epatite virale post-trasfusionale, nel caso di HBV, anche markers recenti che consentano di evidenziare una eventuale sieroconversione con normalizzazione del quadro sierologico. Nel caso di cartella clinica essa deve essere in copia conforme e completa.

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

G. Soggetto contagiato dal coniuge

Dichiarazioni sostitutive delle seguenti certificazioni

- Certificato di nascita del danneggiato
- Stato civile
- Stato di famiglia (nel caso di danneggiato minorenni)
- Nomina del tutore (nel caso di danneggiato interdetto)

* In caso di morte del danneggiato vedi punti J e K

a. Coniuge contagiante

- Documentazione amministrativa riguardante il riconoscimento all'indennizzo, ai sensi della L. 210/92, per la medesima patologia acquisita dal coniuge.
- Copia conforme del verbale della C.M.O.

b. Coniuge contagiato

- Documentazione sanitaria indicante la data (giorno, mese, anno) del primo accertamento di positività e contenente la diagnosi di infezioni da HIV o di epatite virale post-trasfusionale. Nel caso di cartella clinica essa deve essere in copia conforme e completa.

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

H. Aggravamento delle infermità o lesioni

- Documentazione sanitaria in originale indicante la data (giorno, mese, anno) dell'accertamento dell'aggravamento delle infermità o lesioni relative all'indennizzo in base alla L. 210/92. Nel caso di cartella clinica essa deve essere in copia conforme e completa.
- Copia conforme del verbale della C.M.O.

* In caso di morte del danneggiato vedi casi J e K

I. Doppia patologia

A seconda della causa determinante la seconda patologia la documentazione da produrre è quella indicata nei diversi casi.

J. Decesso - Pagamento rateo agli eredi

- Certificato di morte del danneggiato.
- Testamento o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà redatto ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 (G.U. 20 febbraio 2001, n. 42), contenente la dichiarazione che il de cuius non ha lasciato testamento e contenente l'elencazione degli eredi.

- Certificato di residenza del o dei beneficiari o dichiarazione sostitutiva di certificazione redatta a i sensi degli artt. 43 e 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 (G.U. n. 42 del 20 febbraio 2001).
- Stato di famiglia originario del de cuius o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatto ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 (G.U. n. 42 del 20 febbraio 2001).
- Dichiarazione di successione in copia conforme all'originale (precedente modello 240) rilasciata dall'Ufficio dell'Agenzia delle Entrate territorialmente competente rispetto alla residenza in vita del de cuius, comprensiva dei ratei maturati e non riscossi.

Nei casi di successione devoluta al coniuge e ai parenti in linea retta, in cui l'asse ereditario non comprende beni immobili e i beni mobili non superano lire 50.000.000 (*verificare eventuali aggiornamenti presso l'Ufficio dell'agenzia delle Entrate*), può essere presentata dichiarazione dove si specifica che, in base all'art. 28, comma 7, del D.Lgs. 31 ottobre 1990, n. 346, non sussiste l'obbligo della dichiarazione di successione poiché l'asse ereditario non comprende beni immobili e i beni mobili non superano lire 50.000.000.

- Codice fiscale del o degli aventi diritto.
- Provvedimento del Giudice tutelare qualora tra gli eredi vi siano minori od interdetti, che autorizzi il o i legali rappresentanti del minore o dell'interdetto alla riscossione e determini le modalità di impiego delle somme riscosse.
- Codice fiscale di chi esercita la potestà genitoriale o la tutela.
- Numero di conto corrente bancario o postale completo delle coordinate ABI e CAB e della firma del o dei beneficiari/intestatari del conto, (in caso di conto corrente cointestato occorrono le firme di tutti i cointestatari del C/C);

Nota - In caso di più beneficiari è possibile che venga delegato uno degli aventi diritto a riscuotere la quota parte della somma spettante a ciascuno dei beneficiari mediante atto di delega sottoscritto con firma autenticata ai sensi dell'articolo 21 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 (G.U. n. 42 del 20 febbraio 2001).

K. Decesso - Domanda una tantum / assegno reversibile

- Certificato di morte.
- Documentazione sanitaria che dimostri il nesso di causalità tra vaccinazioni/ trasfusioni sangue / somministrazione emoderivati e l'infermità (1).
- Documentazione sanitaria che dimostri il nesso di causalità tra l'infermità e la morte (1).
- Stato di famiglia originario del de cuius o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatto ai sensi degli artt. 38 e 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 (G.U. n. 42 del 20 febbraio 2001).
- Certificato di residenza del o dei beneficiari o dichiarazione sostitutiva di certificazione redatta a i sensi degli artt. 43 e 46 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 (G.U. n. 42 del 20 febbraio 2001).
- Codice fiscale del o degli aventi diritto
- Provvedimento del Giudice tutelare qualora tra gli eredi vi siano minori od interdetti, che autorizzi il o i legali rappresentanti del minore o dell'interdetto alla riscossione e determini le modalità di impiego delle somme riscosse.
- Codice fiscale di chi esercita la potestà parentale o la tutela.

(1) Per ulteriori chiarimenti vedere la documentazione relativa ai casi specifici.

- 1) Scheda riepilogativa processo indennizzo**
- 2) Scheda elenco documenti presenti nel fascicolo**
- 3) Modelli lettere**
- 4) Dichiarazione sostitutiva certificazioni**
- 5) Dichiarazione sostitutiva atto notorio generica**
- 6) Dichiarazione sostitutiva atto notorio per successione**
- 7) Scheda richiesta modalità di liquidazione**
- 8) Allegato documenti**

1. SCHEDA RIEPILOGATIVA DATI PROCESSO DI INDENNIZZO L. 210/92

ASL		Protocollo		Pratica N°
-----	--	------------	--	------------	-------

Dati danneggiato

Cognome															
Nome															
Codice Fiscale															
Data nascita				Sesso F/M											
Motivo richiesta															
Luogo (ente) Trasfusione / vaccinazione															
Data trasfusione / vaccinazione				Data inizio politrasfusioni											
Data conoscenza danno				Data morte											

Date procedimento

Data domanda				Data inizio conteggio				
Data parere M-L				Data notifica esito				
Data liquidazione								
Sospensione istruttoria	dal				al			
Sospensione istruttoria	dal				al			

Giudizio Commissione Medica

Giudizio causalità (SI/NO)	
Giudizio tempestività (SI/NO)	
Giudizio ascrivibilità (SI/NO)	

Causa	<input type="checkbox"/> Vaccinazione	<input type="checkbox"/> trasfusione s.	<input type="checkbox"/> somministrazione e.	<input type="checkbox"/> Contatto	<input type="checkbox"/> Contagio
-------	---------------------------------------	---	--	-----------------------------------	-----------------------------------

Infermità	
-----------	--

Categoria danno 1°	
Categoria danno 2°	

Indennizzo

Arretrato £				Una tantum £			
Destinatario indennizzo							
Tipo destinatario	<input type="checkbox"/> Danneggiato	<input type="checkbox"/> Erede	<input type="checkbox"/> Avente Diritto	<input type="checkbox"/> Potestà genitoriale	<input type="checkbox"/> Tutore		

Firma responsabile processo di indennizzo

2.

SCHEDA ELENCO DOCUMENTI PRESENTI NEL FASCICOLO
(Domanda di indennizzo L. 210/92)

ASL _____ Pratica n° _____ Data presentazione domanda |__|__|__|

N°	DESCRIZIONE DOCUMENTO	N° pagine	Data consegna	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Firma responsabile processo di indennizzo _____

Az. USL n.

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210: Notifica del giudizio della Commissione medica ospedaliera**

RACCOMANDATA A.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

In riferimento alla domanda della S.V., intesa ad ottenere i benefici economici previsti dalla L. 210/92 ed in ottemperanza alle disposizioni di legge, si comunica che la Commissione medico ospedaliera (C.M.O.) di Perugia ha trasmesso il verbale n. del, (che si allega in copia), contenente quanto segue:

- **GIUDIZIO:** «**Si** esiste nesso causale tra la e l'infermità»;
- **TEMPESTIVITÀ:** «**Si** la domanda è stata presentata nei termini di legge»;
- **ASCRIVIBILITÀ:** « L'infermità risulta ascrivibile alla categoria della tabella A, allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834».

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Qualora la S.V. accetti il giudizio della C.M.O., è pregata di trasmettere allo scrivente Servizio la documentazione indicata con una «X» nell'allegato elenco, al fine di procedere alla liquidazione della somma spettante:

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL n.

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 Notifica del giudizio della C.M.O.**

RACCOMANDATA A.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

In riferimento alla domanda della S.V., intesa ad ottenere i benefici economici previsti dalla L. 210/92 ed in ottemperanza alle disposizioni di legge, si comunica che la Commissione medico ospedaliera (C.M.O.) di Perugia ha trasmesso il verbale n. del, (che si allega in copia), con il quale ha espresso il seguente giudizio:
«NON ESISTE NESSO CAUSALE tra e l'infermità.....»

Pertanto, alla S.V. non competono i benefici previsti dalla L. 210/92.

Si informa la S. V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O.**

RACCOMANDATA A.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

In riferimento alla domanda della S.V., intesa ad ottenere i benefici economici previsti dalla L.210/92 ed in ottemperanza alle disposizioni di legge, si comunica che la Commissione medico ospedaliera (C.M.O.) di Perugia ha trasmesso il verbale n.del, di cui si allega copia, contenente quanto segue:

- **GIUDIZIO:** «Sì esiste nesso causale tra lae l'infermità»;
- **TEMPESTIVITÀ:** «Sì la domanda è stata presentata nei termini di legge»;
- **ASCRIVIBILITÀ:** «L'infermità **non** risulta ascrivibile a nessuna categoria della tabella A, allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834».

Pertanto, alla S.V. non competono i benefici previsti dalla L. 210/92.

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O.**

RACCOMANDATA R.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

In riferimento alla domanda della S.V., intesa ad ottenere i benefici economici previsti dalla L. 210/92 ed in ottemperanza alle disposizioni di legge, si comunica che la Commissione medico ospedaliera (C.M.O.) di Perugia ha trasmesso il verbale n.del, di cui si allega copia, contenente quanto segue:

- **GIUDIZIO:** «**Si** esiste nesso causale tra lae l'infermità»;
- **TEMPESTIVITÀ:** la domanda **non** è stata presentata nei termini di legge;
- **ASCRIVIBILITÀ:** «L'infermità risulta ascrivibile alla..... categoria della tabella A, allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834».

Pertanto, alla S.V. non competono i benefici previsti dalla L. 210/92.

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL.....

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O per aggravamento**

RACCOMANDATA R.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

Con riferimento alla Sua richiesta del, pervenuta il, con la quale la S.V. ha avanzato domanda di revisione per aggravamento della patologia contratta a seguito di, si rende noto che la Commissione medico ospedaliera di Perugia, con verbale n.del, di cui si allega copia, ha espresso il seguente giudizio:

- 1) **GIUDIZIO:** l'infermità «.....» costituisce **Si** aggravamento della malattia già riconosciuta dalla medesima Commissione con verbale n. del.....
- 2) **ASCRIVIBILITÀ:** «l'infermità risulta ascrivibile alla categoria della tabella A, allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834, con decorrenza dalla data della domanda».

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL.....

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O per aggravamento.**

RACCOMANDATA R.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

Con riferimento alla Sua richiesta del, pervenuta il, con la quale la S.V. ha avanzato domanda di revisione per aggravamento della patologia contratta a seguito di, si rende noto che la Commissione medico ospedaliera di Perugia, con verbale n.del, di cui si allega copia, ha espresso il seguente giudizio:

GIUDIZIO: l'infermità «.....» **NON** costituisce aggravamento della malattia già riconosciuta dalla medesima Commissione con verbale n. del.....

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL.

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O per indennizzo aggiuntivo.**

RACCOMANDATA R.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

Con riferimento alla richiesta pervenuta in data, prot. n. con la quale la S.V., già titolare dei benefici di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, ha fatto domanda di indennizzo aggiuntivo per aver contratto più di una patologia, si comunica che la Commissione medico ospedaliera di Perugia ha trasmesso il processo verbale (che si allega in copia) n.del, contenente quanto segue:

1) GIUDIZIO: SÌ esiste nesso causale tra la trasfusione/vaccinazione e le seguenti patologie:

- 1) «.....»
- 2) «.....»

2) ASCRIVIBILITÀ: l'infermità n. 1) risulta ascrivibile alla.....categoria della tabella A , allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834, quella n. 2) risulta ascrivibile alla categoria della medesima tabella

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Qualora la S.V. accetti il giudizio della C.M.O., è pregata di trasmettere a questo ufficio la documentazione indicata con una «X» nell'allegato elenco.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL.

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O per indennizzo aggiuntivo.**

RACCOMANDATA A.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

Con riferimento alla richiesta pervenuta in data, prot. n. con la quale la S.V., già titolare dei benefici di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, ha fatto domanda di indennizzo aggiuntivo per aver contratto più di una patologia, si comunica che la Commissione medico ospedaliera di Perugia ha trasmesso il processo verbale (che si allega in copia) n.del, contenente quanto segue:

1) GIUDIZIO: NON esiste nesso causale tra la trasfusione/ vaccinazione e la patologia.....

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O. per assegno «una tantum».**
Per..... deceduto il.....

RACCOMANDATA R.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

In riferimento alla domanda della S.V., intesa ad ottenere i benefici economici previsti dalla L. 210/92 ed in ottemperanza alle disposizioni di legge, si comunica che la Commissione medico ospedaliera (C.M.O.) di Perugia con verbale n.del, di cui si allega copia, ha espresso il seguente giudizio:

GIUDIZIO: «il decesso di avvenuto per.....

COSTITUISCE AGGRAVAMENTO DELL'INFERMITÀ già riconosciuta da questa Commissione con precedente verbale n. del ».

Al fine di procedere alla liquidazione della somma spettante, si prega di inviare allo scrivente Servizio la documentazione indicata con una «X» nell'allegato elenco.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O. per assegno «una tantum».**
Per..... deceduto il.....

RACCOMANDATA R.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

In riferimento alla domanda della S.V., intesa ad ottenere i benefici economici previsti dalla L. 210/92 ed in ottemperanza alle disposizioni di legge, **si comunica** che la Commissione medico ospedaliera (C.M.O.) di Perugia con verbale n. del, di cui si allega copia, ha espresso il seguente giudizio:

GIUDIZIO: «il decesso per..... **NON COSTITUISCE AG**
GRAVAMENTO DELL'INFERMITÀ già riconosciuta da questa commissione con precedente verbale
n. del

Pertanto, alla S.V. non compete l'assegno di una tantum.

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O. per assegno «una tantum».**
Per..... deceduto il.....

RACCOMANDATA R .R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

In riferimento alla domanda della S.V., intesa ad ottenere i benefici economici previsti dalla L. 210/92 ed in ottemperanza alle disposizioni di legge, si comunica che la Commissione medico ospedaliera (C.M.O.) di Perugia ha trasmesso il processo verbale relativo al nominativo in oggetto n.del, di cui si allega copia, esprimendo il seguente giudizio:

GIUDIZIO: «**Si** esiste nesso causale tra la trasfusione/vaccinazione e il decesso avvenuto il..... per.....».

Al fine di procedere alla liquidazione della somma spettante, si prega di inviare allo scrivente Servizio la documentazione indicata con una «X» nell'allegato elenco.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O. per assegno «una tantum».**
Per..... deceduto il.....

RACCOMANDATA R.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

In riferimento alla domanda della S.V., intesa ad ottenere i benefici economici previsti dalla L.210/92 ed in ottemperanza alle disposizioni di legge, si comunica che la Commissione medico ospedaliera (C.M.O.) di Perugia ha trasmesso il processo verbale relativo al nominativo in oggetto n.del, di cui si allega copia, esprimendo il seguente giudizio:

- **GIUDIZIO:** **NON** esiste nesso tra, l'infermità e il decesso avvenuto il..... per

Si informa la S. V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O. per richiesta integrazione indennizzo 30 per cento.**

RACCOMANDATA R.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

Con riferimento alla richiesta pervenuta in data con la quale la S.V., già titolare dei benefici di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, ha fatto domanda ai sensi dell'art. 1, comma 2, della legge 25 luglio 1997, n. 238 (una-tantum 30 per cento vaccinazioni obbligatorie), si comunica che la Commissione medico ospedaliera (C.M.O.) di Perugia ha trasmesso il processo verbale relativo (che si allega in copia) esprimendo il seguente giudizio:

GIUDIZIO: «Risulta che la data del manifestarsi dell'evento dannoso è il |.....|.....|.....| ».

In aggiunta all'indennizzo già corrisposto, pertanto spetta alla S.V. un ulteriore beneficio.

Al fine di procedere alla liquidazione della somma spettante, la S.V. è pregata di rivolgersi allo scrivente Servizio.

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica del giudizio della C.M.O. per una tantum 30 per cento vaccinazioni obbligatorie.**

RACCOMANDATA R.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

Con riferimento alla richiesta pervenuta in data con la quale la S.V., in qualità di genitore esercente la potestà sul figlio minore, già titolare dei benefici di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, ha fatto domanda ai sensi dell'art. 1, comma2, della legge 25 luglio 1997, n. 238 (una tantum 30 per cento vaccinazioni obbligatorie), **si comunica** che la Commissione medico ospedaliera (C.M.O.) di Perugia, con verbale n..... del.....(che si allega in copia) ha espresso il seguente giudizio:

GIUDIZIO: «Risulta che la data del manifestarsi dell'evento dannoso è il

In aggiunta all'indennizzo già corrisposto, pertanto spetta alla S.V. un ulteriore beneficio.

Al fine di procedere alla liquidazione della somma spettante, la S.V. è pregata di rivolgersi allo scrivente Servizio.

Si informa la S.V. che, ai sensi dell'articolo 5 della legge 210/92, avverso tale giudizio è ammesso ricorso **entro 30** giorni dalla notifica o dalla piena conoscenza del giudizio stesso.

Il ricorso va inoltrato, in carta libera, al **Ministero della salute - Dipartimento professioni sanitarie - Ufficio XV - piazzale dell'Industria, 20 - 00144 Roma.**

Nel caso in cui la S.V. intenda avvalersi della facoltà di ricorso, è pregata di inviarne copia per conoscenza allo scrivente Ufficio, per permettere l'invio tempestivo della pratica al Ministero della salute.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL

Oggetto: **Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Notifica liquidazione indennizzo.**

RACCOMANDATA R.R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

In riferimento alla domanda del protocollo n. tendente ad ottenere i benefici previsti dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210 e successive modifiche ed integrazioni, si comunica che con atto del /... /..... n. la domanda è stata approvata.

- È stata disposta la liquidazione della somma complessiva di L relativamente al periodo dal /..... /..... (1° giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda) al /.... /..... ;
- Le è stato conferito il vitalizio corrispondente alla categoria che verrà erogato a decorrere dal /.... /..... con rate bimestrali posticipate di L., rivalutabili annualmente sulla base del tasso di inflazione programmato.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL N.....

Oggetto: **Attività istruttoria L.210/92**
cfr. circolare Ministero sanità del
14 novembre 1996 e legge 25 luglio 1997 n. 238.

Alla 2° Commissione Medica Ospedaliera
Corso Garibaldi, 37
06100 PERUGIA

e, p.c. Al Sig./Alla Sig.ra

.....

ISTANZA N°.....

Nome e cognome.....

Lo scrivente Servizio, presa visione della documentazione agli atti, invia copia dell'intero fascicolo alla C.M.O. competente per gli adempimenti di cui alla L. 210/92, riguardanti:

- l'accertamento del nesso causale,
- la tempestività della domanda,
- l'ascrivibilità tabellare.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... - Tel.

Az. USL N.

Oggetto: **Istanza di riconoscimento dei benefici di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, per danni da vaccinazione, trasfusioni,ecc...**

RACCOMANDATA R. R.

Sig./ Sig.ra.....
via/p.zza.....

In riferimento all'istanza prodotta dalla S. V., relativa all'oggetto, ai fini dello svolgimento dell'attività istruttoria ad esso demandata, si comunica che lo scrivente Servizio ha esaminato tutta la documentazione prodotta.

Ai sensi della legge in oggetto, però, non è ancora possibile ritenere conclusa l'attività istruttoria, in quanto nel fascicolo non è presente la seguente indispensabile documentazione sanitaria prevista dalla normativa vigente, in assenza della quale la pratica dovrà essere archiviata con parere negativo:

ACCERTAMENTI RICHIESTI

Rammentando l'indispensabilità della documentazione richiesta, si comunica che questo Servizio, trascorso il termine di 30 giorni dal ricevimento della presente, prenderà definitivamente in esame l'istanza in oggetto, concludendo l'istruttoria.

Quanto richiesto dovrà essere fatto pervenire allo scrivente Servizio.

Distinti saluti.

Il dirigente medico

.....

Il Responsabile del procedimento

..... tel.

4. DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

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

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ prov. ____ il |__|__|__|
che il/la figlio/a (cognome, nome) _____

è nato/a il |__|__|__| a _____ prov. ____

2. di essere residente a _____ prov. ____ c.a.p. _____
via/p.zza _____ n. ____

3. di essere: celibe nubile di stato libero

di essere coniugato/a con (cognome, nome) _____

di essere vedovo/a di (cognome, nome) _____

di essere divorziato/a da (cognome, nome) _____

4. che la famiglia convivente è composta, oltre che dal sottoscritto, dalle seguenti persone:
(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

5. che il proprio _____ nato il |__|__|__|
(rapporto di parentela) (cognome e nome)

a _____ e residente a _____

è deceduto il |__|__|__| a _____ prov. ____

6. la qualità di tutore di _____ nato il |__|__|__|

a _____ prov. ____ e residente a _____

come da sentenza del tribunale di _____ n° _____ del |__|__|__|

Dichiara di essere informato, ai sensi e per effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce i seguenti certificati:
1. Nascita 2. Residenza 3. Stato civile 4. Stato di famiglia 5. Decesso di familiari 6. Qualità di tutore

_____, il |__|__|__|
(luogo)

IL DICHIARANTE

(firma per esteso leggibile)

6.

Spett.le Az. U.S.L.

Via/Piazza n.

c.a.p..... città

Oggetto: **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa alla dichiarazione di successione all'eredità dell'indennizzo previsto dalla L 210/92.**

Cognome nome
 nato a prov., il
 residente in vita, a prov. via
 deceduto a il, C.F. n.

I sottoscritti:

1) (cognome, nome) C.F.,
 nato a prov. il
 residente a prov. in via n. ;

2) (cognome, nome) C.F.,
 nato a prov. il
 residente a prov. in via n. ;

3) (cognome, nome) C.F.,
 nato a prov. il
 residente a prov. in via n. ;

4) (cognome, nome) C.F.,
 nato a prov. il
 residente a prov. in via n. ;

quali eredi in qualità di (*rispettivo grado di parentela - N.B.: solo coniuge e parenti in linea retta, non collaterale*) :
,,,, del defunto (cognome, nome)
, in relazione a quanto disposto dall'art. 28, comma 7, del
 D.Lgs. 31 ottobre 1990, n. 346,

dichiarano,

sotto la propria personale responsabilità, consapevoli delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, di essere esonerati dall'obbligo della dichiarazione della successione, sussistendo tutte le condizioni previste nella suddetta norma e precisamente:

- l'eredità devoluta non comprende beni immobili o diritti reali immobiliari;
- il valore globale dell'attivo ereditario non è superiore a lire cinquanta milioni, ivi compresi i ratei maturati e non riscossi dell'indennizzo ai sensi della L. 210/92, pari a L. ;

Tutto ciò premesso, i sottoscritti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, commi 3° e 4° del D.Lgs. n. 346/9;

chiedono,

che venga pagato l'importo relativo all'indennizzo ex L. 210/92, sopra indicato.

- ad ognuno degli eredi per la parte spettante
- all'erede Sig./Sig.ra.delegato alla riscossione dai sottoscritti

I sottoscritti esonerano e sollevano codesta Azienda sanitaria locale da ogni e qualsiasi responsabilità nei confronti di chiunque e in particolare nei confronti dell'Agenzia delle entrate.

Dichiarano inoltre di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti

saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

In fede

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

(Firme per esteso leggibili)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

7.

SCHEDA

DATI PER LA LIQUIDAZIONE INDENNIZZO L. 210/92

PRATICA N°

Il sottoscritto

cognome nome

nato a prov., il|.....|.....,

dichiara che:

Il proprio codice fiscale è

CHIEDE

l'accreditamento dell'indennizzo di cui sopra:

- sul conto corrente a me intestato/cointestato n.....
presso Agenzia.....
(indicare l'azienda di credito)
ABICAB.....
- sul conto corrente postale a me intestato/cointestato n.....
ABI.....CAB.....
- tramite quietanza diretta

....., il|.....|.....|
(luogo) (data)

(Firma per esteso leggibile)

8.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. _____

ALLEGATO
RICHIESTA DOCUMENTI

- 1) Testamento o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà redatto ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, contenente la dichiarazione che l'avente diritto non ha lasciato testamento e l'elencazione degli eredi;
- 2) Autocertificazione sostitutiva del certificato di residenza del o dei beneficiari;
- 3) Certificato necroscopico o copia scheda di morte ISTAT in cui siano indicate le cause di morte;
- 4) Stato di famiglia storico (ossia stato di famiglia originario dell'avente diritto) o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatto ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000;
- 5) Modello 240 rilasciato dall'Ufficio del Registro (la somma da liquidare ammonta a lire.....), oppure dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, redatto ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, in cui specifica che il modello 240 non deve essere presentato poiché l'asse ereditario non comprende beni immobili e i beni mobili non superano i 50.000.000=;
- 6) Codice fiscale del o degli aventi diritto o di chi esercita la potestà parentale o la tutela;
- 7) In caso gli aventi diritto o gli eredi siano minori o interdetti: provvedimento del Giudice tutelare che autorizzi il o i legali rappresentanti del minore o dell'interdetto alla riscossione della somma (che ammonta a lire.....) e determini le modalità di impiego delle somme riscosse;
- 8) Numero di conto corrente postale o bancario del o dei beneficiari completo delle coordinate ABI e CAB presso il quale accreditare le somme spettanti e complete della firma dell'intestatario del conto, (in caso di conto corrente cointestato e di più beneficiari occorrono le firme di tutti i cointestatari del c/c);
- 9) Atto di delega o una (dichiarazione sostitutiva di atto notorio) degli aventi diritto a riscuotere la quota parte della somma spettante a ciascuno dei beneficiari;
- 10) Richiesta modalità di liquidazione indennizzo.

Avv. PAOLA MANUALI - *Direttore responsabile*

Registrazione presso il Tribunale di Perugia dell'11 marzo 1995 - n. 4/95 - Stampa Grafica Salvi - Perugia
