

L'art 1 della Legge n. 210/92 prevede, per coloro che ne facciano richiesta, un riconoscimento economico a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile derivanti da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni o somministrazioni di emoderivati.

I beneficiari del riconoscimento economico possono essere:

- 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 o consigliate/raccomandate con specifica campagna vaccinale
  - vaccinazioni non obbligatorie per motivi di lavoro o per poter accedere ad uno stato estero
  - vaccinazioni anche non obbligatorie assunte in quanto operatori in strutture ospedaliere
- b) Le persone non vaccinate che hanno riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, lesioni od infermità dalle quali sia derivata una menomazione permanente dell'integrità psicofisica
- c) Le persone contagiate con danni irreversibili a seguito di somministrazione o contatto diretto di sangue o suoi derivati infetti
- 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 già diritto all'indennizzo ai sensi della Legge n. 210/92, nonché i figli dei medesimi contagiati durante la gestazione.

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 del danneggiato.

Benefici economici previsti sono:

- a) Indennizzo vitalizio costituito da un assegno periodico il cui ammontare varia secondo la gravità del danno e viene aggiornato annualmente in base al tasso di inflazione programmato
- b) Revisione della categoria del danno già accertato per aggravamento della patologia per cui si percepisce l'indennizzo
- c) Indennizzo aggiuntivo pari al 50% di quello previsto al precedente "punto a" per le persone che, avendo contratto più di una malattia determinante un esito invalidante distinto (doppia patologia), presentano specifica domanda in tal senso.
- d) Importo aggiuntivo "una tantum" nella misura del 30% per ogni anno, dell'indennizzo dovuto, per il periodo compreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo. Tale importo viene corrisposto su specifica domanda da presentarsi entro il termine di prescrizione di dieci anni dalla conoscenza del danno.
- e) Quota ereditaria, agli eredi, delle rate di indennizzo maturate dalla data della domanda sino al giorno della morte 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 ai parenti aventi diritto che ne fanno domanda, nel caso di morte del danneggiato. La domanda deve essere presentata entro il termine di prescrizione di 10 anni dal decesso

La domanda, presentata presso l'Ufficio Istruttoria Legge n. 210/92, verrà esaminata dalla commissione medica ospedaliera presso l'Ospedale Militare di Milano che, nel caso riconosca il diritto al pagamento dell'indennizzo, la ASST Sette Laghi provvederà alla liquidazione dei relativi importi.



**DOMANDA PER DANNO IRREVERSIBILE CORRELATO A  
VACCINAZIONE, TRASFUSIONE O SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI**

**Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:**

1.  Dichiarazioni sostitutive di certificazioni  
Nascita  Residenza  Cittadinanza  Stato civile  Stato di famiglia   
Decesso di familiari  Qualità di tutore
2.  Fotocopia del codice fiscale
3.  Scheda dati procedura indennizzo L. 210/92
4.  Elenco documenti allegati

Il sottoscritto invierà ogni altro documento richiesto da codesta ASL. Dichiaro altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sotto indicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso :

Via ..... n. ....  
CAP. .... Città ..... prov. ....  
telefono ..... fax .....

*Ai sensi e per gli effetti della ex Legge L.675/96 e D.Lgs. 196/2003 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 previsto dalle vigenti normative.*

Firma per presa visione \_\_\_\_\_

(firma estesa leggibile)

....., li |\_\_|\_\_|\_\_|  
(luogo)

.....  
(firma estesa leggibile)

- Per ulteriori informazioni, rivolgersi all'Ufficio Segreteria Istruttoria Legge n. 210/92 all'indirizzo e negli orari già indicati oppure tramite posta PEC al seguente indirizzo: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)

**Spett. le**  
**ASST dei SETTE LAGHI**  
UOS MEDICINA LEGALE TERRITORIALE  
Ufficio Istruttoria L. 210/92  
Via O. Rossi n. 9  
21100 - VARESE

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 .....

**Riquadro A**

in qualità di **avente diritto**

- Coniuge     Figlio     Genitore     Fratello minorene     Fratello maggiorenne  
 Esercitante potestà genitoriale

**CHIEDE**

- l'assegno reversibile per 15 anni** oppure  
 **l'assegno "una tantum"**

come previsto dall' art.2, commi 3 e 4 della L. 210/92, in conseguenza di decesso,  
determinato da vaccinazioni o dalle patologie previste dalla L. 210/92,  
del Sig./Sig.ra .....  
nato a .....prov....., il |\_\_|\_\_|\_\_|  
Deceduto il |\_\_|\_\_|\_\_| Domanda di indennizzo protocollo ..... del|\_\_|\_\_|\_\_|

**Riquadro B**

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.  
 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/HCV in occasione e durante il servizio, a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV/HCV.  
 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:**

1.  Dichiarazioni sostitutive di certificazioni  
Nascita  Residenza  Cittadinanza  Stato civile  Stato di famiglia   
Decesso di familiari  Qualità di tutore
2.  Fotocopia del codice fiscale
3.  Scheda dati procedura indennizzo L 210/92
4.  Elenco documenti allegati

Il sottoscritto invierà ogni altro documento richiesto da codesta ASST. 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 ..... fax .....

*Ai sensi e per gli effetti della ex Legge L.675/96 e D.Lgs. 196/2003 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 previsto dalle vigenti normative.*

Firma per presa visione \_\_\_\_\_

(firma estesa leggibile)

....., li |\_\_|\_\_|\_\_|  
(luogo)

.....  
(firma estesa leggibile)

- Per ulteriori informazioni, rivolgersi all'Ufficio Segreteria Istruttoria Legge n. 210/92 all'indirizzo e negli orari già indicati oppure tramite PEC al seguente indirizzo: [protocollo@pec.asst-settelaghi.it](mailto:protocollo@pec.asst-settelaghi.it)