



#### **Procedimento**

Indennizzi per danni da trasfusioni e da vaccinazioni ex legge 210/92

#### **Breve descrizione e riferimenti normativi utili**

La legge 210/92 prevede un riconoscimento economico a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni di sangue e somministrazione di emoderivati, che ne facciano richiesta all'Azienda Sanitaria corrispondente al luogo di residenza dell'interessato.

#### **Articolazione**

Staff Direzione Aziendale

#### **Unità operativa**

Medicina Legale e Risk Management (SC)

#### **Responsabile del procedimento**

ROBERTO DI SILVESTRE

#### **Tel.**

0513172161

#### **E-Mail**

roberto.disilvestre@ausl.bologna.it

#### **Inizio del procedimento**

istanza di parte

#### **Modulistica necessaria**

Domanda di indennizzo (corredata di copia di documento di identità) - dichiarazioni sostitutive di atto di nascita, di residenza, di stato di famiglia in caso di danneggiato minore, di nomina di tutore in caso di danneggiato interdetto - documentazione sanitaria in relazione alla tipologia del danno

#### **Individuazione Uffici per informazioni, orari, modalità di accesso, recapiti, presentazione istanze**

UO Medicina Legale e Risk Management (SC), Ospedale Maggiore, L. go Nigrisoli 2 Bologna - dal lunedì al venerdì ore 9.00 - 13.00

#### **Modalità informazioni stato procedimento**

medicina.legale@pec.ausl.bologna.it

#### **Termine di conclusione procedimento**

90 gg per la sola fase istruttoria a cura dell'AUSL

#### **Possibilità di sostituzione con autocertificazione**

Si

#### **Possibilità di termine del procedimento con silenzio/assenso**

No

#### **Strumenti di tutela di amministrativa e giurisdizionale riconosciuti dalla Legge**

- Ricorso amministrativo al Ministero della Salute avverso il giudizio medico legale entro 30 gg. dalla notifica del medesimo giudizio ■■■- Ricorso giurisdizionale davanti al Giudice ordinario entro 1 anno dalla data di comunicazione della decisione sul ricorso amministrativo o in difetto dalla scadenza del termine previsto per la comunicazione

#### **Modalità di pagamento**

gratuito

#### **Titolare potere sostitutivo**

MICHELE MESCHI

#### **Tel. Titolare potere sost.**

#### **E-mail Titolare potere sost.**

direzione.sanitaria@ausl.bologna.it

#### **Modalità di attivazione del potere sostitutivo**

Nei casi di ritardo o mancata risposta da parte del Responsabile, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo tramite richiesta scritta da inviare via e-mail