



**MINISTERO DELLA DIFESA
DIPARTIMENTO MILITARE DI MEDICINA LEGALE
ROMA**

(Ente Sanitario)

SESTA COMMISSIONE MEDICA OSPEDALIERA

VERBALE MODELLO ML/V - N. [REDACTED] IN DATA (1) [REDACTED]/2011

A RICHIESTA DI AZIENDA U.S.L. ROMA D U.O.C. MEDICINA LEGALE

CON LETTERA N° [REDACTED] DI PROTOCOLLO, DATATA [REDACTED]/11

La sottoscritta commissione si è riunita per (*)

sottoporre a visita medica:

esaminare la pratica relativa a:

cognome [REDACTED] nome: [REDACTED]
 nato il: 22/07/1948 a [REDACTED] (prov. AV) deceduto il [REDACTED]
 residente a: [REDACTED] via: [REDACTED] n°: [REDACTED]
 documento di riconoscimento C.I. N° [REDACTED] rilasciato
 da: Comune di Roma in data: [REDACTED]
 allo scopo di esprimere il giudizio sanitario per il diritto all'indennizzo di cui alla legge 24 febbraio 1992, n. 210.

ESAME CLINICO

VISITA MEDICA ESEGUITA IN DATA [REDACTED] 2011

ANAMNESI (4):

CON ISTANZA DEL [REDACTED]/11 L'INTERESSATA RICHIEDE I BENEFICI DELLA LEGGE 210/92 IN QUANTO SOGGETTO NON VACCINATO CHE HA RIPORTATO A SEGUITO ED IN CONSEGUENZA DI CONTATTO CON PERSONA VACCINATA-LESIONI AD INFERMITA' DALLE QUALI E' DERIVATA UNA MENOMAZIONE PERMANENTE DELLA INTEGRITA' PSICOFISICA. ALLA FIGLIA [REDACTED] FU RICONOSCIUTA COME DANNO DA VACCINAZIONE L'INFERMITA' TETRAPARESI SPASTICA CON CONSEGUENTE "IPOTONIA E RITARDO PSICOMOTORIO DA ENCEFALOPATIA IN IN PZ. TRACHEOTOMIZZATO IN VENTILAZIONE ASSISTITA ED ALIMENTAZIONE PARENTERALE" ED ASCRITTA ALLA PRIMA CTG. CON VERBALE DEL [REDACTED] DELLA CMO INFERMERIA AUTONOMA MM DI ROMA E SUCCESSIVAMENTE DECEDUTA A CAUSA DELLA STESSA INFERMITA' IL [REDACTED]/09.

STATO ATTUALE (5)

ESAME OBIETTIVO

L'esame obiettivo è riportato nella pagina seguente

(*) Barrare la casella che interessa

CERTIFICATO MEDICO DEL N. 11 DELLA ASL RMD: "...AFFETTA DA SINDROME ANSIOSO DEPRESSIVA REATTIVA GRAVE".

SI PRENDE VISIONE DELLA RELAZIONE PSICODIAGNOSTICA DEL 15/02/11 DEL DOTT. CASTELLANI GIUSEPPE.

GIUDIZIO DIAGNOSTICO
GRAVE SINDROME ANSIOSO-DEPRESSIVA

Si da atto che e' No presente il MEDICO DI FIDUCIA: DO _____
iscrizione Ordine dei Medici N. _____ Provincia di _____, che (*) _____ ha formulato osservazioni(8)

CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI

_____ NOMINATO _____
S. _____, C. _____
ALLA TIPOLOGIA DI SOGGETTO BENEFICIARIO DI CUI ALL'ART. 1 DELLA
LEGGE 210/92.

QUADRO A

1) GIUDIZIO SUL NESSO CAUSALE:

(*) **NON** esiste nesso causale tra (**):- VACCINAZIONE TRASFUSIONE SOMMINISTRAZIONE DI EMOderivati
 CONTATTO CON IL SANGUE E DERIVATI IN OCCASIONE DI ATTIVITA' DI SERVIZIO TALIDOMIDE

con la/e infermità, (3) Vedi giudizio diagnostico

2) GIUDIZIO DI AGGRAVAMENTO

La infermità o morte (3)

costituisce (*) AGGRAVAMENTO dell'infermità o lesione:

già riconosciuta con VERBALE N. in data del(4) di

3) GIUDIZIO DI TEMPESTIVITA' DELLA DOMANDA:

La domanda (*) SI è stata presentata nei termini di legge.

QUADRO C

1) GIUDIZIO DI ASCRIVIBILITA' TABELLARE:

Dalla/e infermità o lesione/i di cui ai punti 1) o 2) del precedente QUADRO A è derivata la seguente MENOMAZIONE PERMANENTE DELL'INTEGRITA' PSICOFISICA (5):

Vedi giudizio diagnostico

ASCRIVIBILE ALLA

6[^]

CATEGORIA della tabella A, allegata al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834.

QUADRO G

ALTRI GIUDIZI MEDICO LEGALI (6)

(*) SI o No (n). (**) Barrare la casella che interessa