

**Sentenza del Tribunale di Roma n.  
18523/05 sul sangue infetto**

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
IL TRIBUNALE ORDINARIO DI ROMA  
SEZIONE II CIVILE

in composizione monocratica, in persona del  
giudice designato dott. Francesco Oddi, ha  
pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di primo grado iscritta al n.  
38362 del ruolo generale dell'anno 2002, vertente

**TRA**

(...omissis...)

attori

**E**

Ministero della Salute, in persona del Ministro *pro  
tempore*, elettivamente domiciliato in Roma alla  
Via dei Portoghesi n. 12 presso gli uffici  
dell'Avvocatura generale dello stato, che lo  
rappresenta e difende per legge

convenuto

(...omissis...)

**SVOLGIMENTO DEL PROCESSO**

Con atto di citazione notificato il 14 maggio 2002,  
gli attori indicati in epigrafe - taluni in proprio,  
altri in qualità di eredi ed altri ancora in  
rappresentanza legale di minorenni come  
dettagliatamente riportato nell'intestazione della  
presente sentenza - convennero dinanzi questo  
Tribunale il Ministero della sanità, deducendo  
che, in quanto emofilici o affetti da altre patologie  
emorragiche, tutti loro o i loro danti causa erano  
stati costretti a sottoporsi a trasfusioni di sangue o  
suoi componenti ovvero dal assumere prodotti  
derivati dal sangue; in conseguenza di ciò erano  
risultati colpiti da virus (epatite B, C, HIV) come  
accertato dalle commissioni mediche ospedaliere

militari ai fini del riconoscimento dell'indennizzo  
previsto dalle leggi nn. 210/92 e 238/97.

Richiamando i principi sanciti in materia da due  
note sentenze di questo Tribunale (27 novembre  
1998, n. 21060 e 4 giugno 2001, n. 23097),  
dedussero la responsabilità del Ministero  
convenuto ai sensi degli artt. 2043 c.c. e 32 Cost.  
per il suo colpevole comportamento omissivo  
nelle varie fasi dell'attività di  
approvvigionamento, controllo, sorveglianza della  
produzione e distribuzione del sangue e dei suoi  
derivati destinati alle terapie trasfusionali e, più in  
generale, alla somministrazione ai pazienti.  
Chiesero pertanto - *iure proprio e iure hereditatio*  
- la condanna del Ministero al risarcimento dei  
danni biologici, morali e patrimoniali causati dalle  
infezioni di cui trattasi, da liquidarsi in separato  
giudizio, oltre ed in aggiunta a quanto  
eventualmente percepito ai sensi delle leggi nn.  
210/92 e 238/97.

Nel corso del processo sono intervenuti i  
numerosi soggetti indicati in epigrafe (anch'essi  
parte in proprio, parte in qualità di eredi e parte in  
rappresentanza legale di minorenni o in  
rappresentanza tutoria come dettagliatamente  
riportato nell'intestazione), tutti nella medesima  
situazione degli attori, proponendo identica azione  
risarcitoria.

Si costituì il convenuto Ministero eccependo: a) il  
difetto di legittimazione passiva, perché i compiti  
e le funzioni in materia di salute umana e  
veterinaria erano stati trasferiti alle Regioni con il  
decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112; b) la  
prescrizione del diritto fatto valere, essendo  
trascorso il termine quinquennale prescritto dalla  
legge (verosimilmente dall'art. 2947 c.c.: n.d.e.);  
c) l'inammissibilità dell'azione, essendo previsto

dalla legge 210/92, per fattispecie come quella in esame, il diritto dei soggetti che abbiano subito un danno in conseguenza dello svolgimento di un'attività lecita nella P.A., qual'è l'esercizio dell'attività sanitaria, a percepire un indennizzo: sicché non avrebbero potuto, attori e intervenuti, ottenere per la stessa attività anche il preteso risarcimento. Nel merito, contestò decisamente la responsabilità ascrittagli, deducendo - sia pure soltanto in relazione all'infezione da HCV - di aver adottato tutte le misure previste in relazione alle sue competenze, rese possibili dalle conoscenze man mano acquisite al patrimonio scientifico. Rilevò, infine, la carenza di nesso causale fra le patologie lamentate e la somministrazione del sangue o dei suoi derivati, nonché della prova del pregiudizio alla vita di relazione e l'insussistenza del diritto ai danni morali, mancando gli estremi di un reato.

Nel corso del giudizio, taluni fra gli attori e gli intervenuti perfezionarono con il Ministero della salute (già Ministero della sanità) un accordo transattivo ai sensi dell'art. 3 d.l. 23 aprile 2003, n. 89, convertito, con modificazioni, nella l. 20 giugno 2003, n. 141; fra questi signori (...omissis...), rinunziarono agli atti del giudizio, con atto notificato al Ministero, mentre per i signori (...omissis...) la rinuncia agli atti venne dichiarata dal proprio difensore all'udienza di precisazione delle conclusioni.

Svolta la fase istruttoria con assunzione delle prove documentali prodotte dalle parti, la causa è stata trattenuta in decisione sulle conclusioni in epigrafe trascritte, previa concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. per lo scambio delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

## MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Va innanzi tutto dichiarata l'estinzione del giudizio, ai sensi dell'art. 306 c.p.c., per quanto riguarda gli intervenuti (...omissis...), posto che il Ministero - mediante il suo difensore *ex lege* - all'udienza del 18 gennaio 2005 ha espressamente accettato la rinuncia agli atti del giudizio da loro dichiarata (v. relativo verbale d'udienza).

Inoltre, per tutti i soggetti che hanno concluso l'accordo transattivo con il Ministero della salute (...omissis...) va dichiarata improcedibile la domanda per sopravvenuta carenza di interesse a seguito della cessazione della materia del contendere. Invero, l'interesse ad agire deve sussistere non solo al momento di proposizione della domanda, ma anche al momento della decisione, poiché è in relazione ad essa - e alla domanda originariamente formulata - che va valutato tale interesse (Cass. 8 settembre 2003, n. 13113; 9 novembre 1985, n. 5503).

2. In Merito alle eccezioni preliminari sollevate dal convenuto in punto di legittimazione passiva, prescrizione del diritto fatto valere e ammissibilità dell'azione, questo Tribunale si è già pronunciato più volte nel senso di respingerle tutte. Le argomentazioni poste a sostegno di quelle decisioni, non essendo stati adottati motivi nuovi per contestarle, vengono interamente ribadite in questa sede.

2.1. - Quanto al difetto di legittimazione passiva, è irrilevante che le funzioni in materia sanitaria sono state trasferite alle Regioni con il d.lgs. 112/98. La domanda risarcitoria è infatti basata sulla responsabilità di parte convenuta per inosservanza dei compiti istituzionali ad essa spettanti e riguardanti l'adozione di tutte le misure preventive idonee ad evitare il trasmettersi

dell'infezione a seguito di trasfusioni, nonché la vigilanza sul loro puntuale adempimento (Trib. Roma, 6 aprile 2005, n. 7849).

Senza pretesa di completezza e limitando il discorso alle disposizioni di maggior rilevanza, va osservato in linea generale che la legge 13 marzo 1958, n. 296, istitutiva del Ministero della sanità, attribuì a tale organo il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica (art. 1, primo comma), anche emanando istruzioni obbligatorie per tutte le amministrazioni pubbliche che provvedono a servizi sanitari (art. 1, comma secondo, n. 3) ed avvalendosi, quale organo tecnico-scientifico, dell'Istituto superiore di sanità.

Per quanto riguarda in particolare l'attività di raccolta, conservazione e distribuzione di sangue umano e di preparazione dei suoi derivati, la legge 14 luglio 1967, n. 592 attribuì al Ministero della sanità funzioni di direzione tecnica e di vigilanza sull'organizzazione, il funzionamento e il coordinamento dei relativi servizi (art. 1), di autorizzazione all'istituzione di appositi centri nei quali svolgere materialmente dette attività (artt. 4, 5, 7 e 11), di affidamento - fra gli altri - di compiti di ricerca e di consulenza tecnica al Centro nazionale per la trasfusione del sangue, appositamente istituito, (art. 8), di disciplina dell'organizzazione del funzionamento dei servizi trasfusionali, nonché della raccolta, conservazione ed impiego dei derivati (art. 20) e, infine, di autorizzazione all'importazione e all'esportazione del sangue (art. 21). Tali poteri, in particolare, vennero esercitati con l'adozione del D.M. 18 giugno 1971, contenente direttive tecniche per la determinazione dei requisiti, fra gli altri, del sangue umano e dei suoi derivati, con l'emanazione del decreto del Presidente della

Repubblica 24 agosto 1971, n. 1256, recante il regolamento di esecuzione della l. 592/64 (le norme del titolo III, art. 44 e s.s., riguardano specificamente la raccolta, la distribuzione e la conservazione del sangue) e del D.M. 15 settembre 1972, relativo alle modalità di importazione e di esportazione del sangue, che subordina l'autorizzazione all'importazione all'accertamento della sussistenza, nel sangue, degli stessi requisiti stabiliti dal d.P.R. n. 1256/71 (art.1). Successivamente, la legge 7 agosto 1973, n. 519 attribuì all'Istituto superiore di sanità compiti attivi (accertamenti ispettivi con facoltà di accesso agli impianti produttivi ed ai presidi e servizi sanitari per compiere le indagini di natura igienico-sanitaria, i controlli analitici, gli esami ecc.) a tutela della salute pubblica.

Pur dopo l'inizio del passaggio alle Regioni di alcune funzioni statali in materia sanitaria ai sensi dell'art. 117 Cost. (v. d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4; l. 29 giugno 1977, n. 349; d.P.R. 24 luglio 1977 616), la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale, conservò al Ministero della sanità - oltre al ruolo primario nella programmazione del piano sanitario nazionale (art. 53 ss.) e a compiti di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali delegate in materia sanitaria [tra cui quella riguardante la profilassi delle malattie infettive: v. art. 7, lett. a), che richiama l'art. 6, lett. b)], anche con poteri sostitutivi (v. art. 5, comma 4) - importanti funzioni in materia di produzione, sperimentazione e commercio dei prodotti farmaceutici e degli emoderivati [v. art. 6, lett. b) e c); l'art. 4, n. 6, conferma che la raccolta, il frazionamento e la distribuzione del sangue umano costituiscono materia di interesse

nazionale]: è significativo, in proposito, che l'art. 32 abbia attribuito all'amministrazione centrale il potere di emettere ordinanze di carattere contingibile ed urgente in materia di sanità pubblica. Con il d.l. 30 ottobre 1987, n. 443, convertito, con modificazioni, nella legge 29 dicembre 1987, n. 531 venne stabilita la sottoposizione dei medicinali (gli emoderivati sono specialità medicinali ai sensi dell'art. 1 della dir. 65/65/CEE del 26 gennaio 1965) alla c.d. "farmacovigilanza" da parte del Ministero della sanità, il quale si avvale dell'istituto superiore di sanità e delle stesse unità sanitarie locali (art. 9, commi 1 e 6); queste ultime, hanno a loro volta un obbligo di informazione nei confronti del Ministero, che può stabilire le modalità di esecuzione dei monitoraggi sui farmaci a rischio ed emettere provvedimenti cautelativi riguardanti i prodotti in commercio (commi 2, 7 e 8).

In tempi recenti, l'importante legge 4 maggio 1990, n. 107, contenente la disciplina per le attività trasfusionali e la produzione di emoderivati, stabilisce che il prezzo di cessione delle unità di sangue è fissato annualmente dal Ministero della sanità (art. 1, comma 6), il quale, sentita la Commissione nazionale per il servizio trasfusionale che è nominata dallo stesso Ministero (art. 12), emette protocolli riguardanti le modalità delle donazioni, l'accertamento dell'idoneità dei donatori, l'organizzazione delle attività mediante strutture sia nazionali che regionali coordinate dal Ministero [art. 8, comma 2, lett. c) e h), e comma 4]; all'istituto superiore, inoltre, sono attribuiti i compiti di provvedere alla prevenzione delle malattie trasmissibili, di ispezionare e controllare le aziende di produzione di emoderivati e le specialità farmaceutiche

emoderivate [art. 9, lett. a), d) ed e) e art. 10, comma 1], di vigilare sulla qualità dei plasmaderivati prodotti in centri individuali ed autorizzati dal Ministero (art. 10, comma 2); l'art. 15 regola l'importazione del sangue umano conservato e dei suoi derivati previa autorizzazione del Ministero, mentre per l'importazione di emoderivati pronti per l'impiego, ad eccezione di quelli provenienti da Paesi europei, occorre l'autorizzazione anche dell'autorità sanitaria italiana e la specifica attestazione della negatività dei controlli eseguiti su tutti i lotti e sui relativi donatori; l'art. 17 prevede sanzioni penali nei confronti delle persone e delle strutture trasfusionali che violino le norme in materia (cfr. 11 d.lgs 18 febbraio 1997, n. 44); il Ministero della sanità deve presentare annualmente al Parlamento una relazione sullo stato di attuazione della legge (art. 22). Il d.lgs. 29 maggio 1991, n. 178, disciplina, tra l'altro, le modalità di rilascio e revoca dell'autorizzazione ministeriale alla produzione, importazione ed immissione in commercio delle specialità medicinali, con incisivi poteri ispettivi e di vigilanza del Ministero (v. artt. 3, 7 e 14). Il D.M. sanità 12 giugno 1991 disciplina l'autorizzazione ministeriale all'importazione di sangue e plasmaderivati, stabilendo specifici criteri di controllo sulle loro origini e sulle metodiche impiegate per la protezione dei donatori e dei riceventi (art. 1, comma 2), nonché la condizione che il richiedente possa eseguire sul prodotto importato i controlli previsti dalla Farmacopea ufficiale e assicurare la documentazione relativa alla selezione dei donatori (art. 1, comma 3); al Consiglio superiore di sanità è attribuito il potere di proporre i

requisiti delle importazioni di plasma e di plasmaderivati, tenendo conto delle acquisizioni scientifiche in materia e della esigenza di realizzare l'autosufficienza nazionale del sangue (art. 1, comma 4), mentre nei casi di necessità ed urgenza il Ministero può procedere direttamente all'importazione dei prodotti e alla successiva distribuzione tramite i centri regionali di coordinamento e compensazione (art. 2).

Il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, integrato e modificato da leggi successive, che ha riordinato la normativa in materia sanitaria ampliando le competenze delle Regioni, ha conservato al Ministero della sanità poteri di ingerenza e sostitutivi (v. art. 2, comma 2 *sexies*, lett. e), e *octies*). Il d.lgs 30 giugno 1993, n. 266, ha mantenuto al Ministero compiti in materia di sanità pubblica e "vigilanza" sulle specialità medicinali [art. 1, lett. c) e d)] ; l'art. 4 del regolamento di attuazione, approvato con d.P.R. 2 febbraio 1994, n. 196, modificato dal d.P.R. 1° agosto 1996, n. 518, attribuisce la vigilanza sulla conformità delle specialità medicinali alle norme nazionali e comunitarie ad un Dipartimento del Ministero, che si avvale delle Regioni, delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere ecc., oltre che di un servizio di vigilanza sugli enti, tra cui la Croce rossa italiana. In base al nuovo ordinamento delineato dal d.lgs 30 giugno 1993, n. 267, l'Istituto superiore di sanità svolge funzioni di controllo, oltre che di ricerca e sperimentazione per quanto concerne la salute pubblica; il d.lgs 44/1997 stabilisce, tra l'altro, che il sistema nazionale della farmacovigilanza fa capo al Ministero della sanità (art. 2); il d.lgs 27 dicembre 1997, n. 449, ribadisce il compito di vigilanza del Ministero sull'attuazione del Piano

sanitario nazionale e sull'attività gestionale delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere (art. 32, comma 11).

Il d.lgs 112/98 - sul quale il Ministero fonda l'eccezione di difetto di legittimazione - ha lasciato invariato il riparto di competenze in materia di sangue umano e suoi componenti, di produzione di plasmaderivati e farmacovigilanza (artt.115 e 116).

2.2.Per quanto riguarda l'eccezione di prescrizione del diritto al risarcimento dei danni deve ricordarsi che il termine prescrizione decorre dal momento in cui l'evento dannoso si è manifestato e diviene oggettivamente percepibile e riconoscibile (Cass. 28 luglio 2000, n. 9927; 9 maggio 2000, n. 5913). Con riguardo alla materia *de qua* e con specifico riferimento ai singoli casi, ciò può ritenersi verificato non allorquando venne accertata la patologia infettiva (che, avendo etiopatogenesi plurima potrebbe essere stata contratta indipendentemente dalla somministrazione del sangue o dei suoi derivati), ma allorquando fu riscontrata e comunicata al soggetto interessato la sussistenza del nesso causale fra la malattia e la somministrazione: il che avvenne attraverso le comunicazioni dei responsi delle visite eseguite dalle commissioni mediche ospedaliere nell'ambito del procedimento amministrativo volto a conseguire l'indennizzo di cui alle leggi nn. 210/92 e 238/97 (Trib. Roma 4 giugno 2001, n. 23097).

Quanto alla durata del termine prescrizione, va ricordato, come stabilito da App. Roma 4 ottobre 2000, n. 3242, che nelle fattispecie in esame è applicabile il termine di dieci anni, ai sensi degli artt. 2947, terzo comma, c.c. e 157, n. 3, c.p., in considerazione della rilevanza penalistica della

condotta del Ministero nella diffusione dell'infezione virale in questione, essendo configurabili astrattamente i reati dell'epidemia colposa ovvero dell'omicidio colposo e delle lesioni colpose plurime.

Dall'esame della documentazione in atti, avuto riguardo alle date di notificazione dell'atto di citazione e di deposito degli atti di intervento (soli atti interruttivi della prescrizione dei quali si ha notizia) e alle date di comunicazione agli interessati del giudizio delle commissioni mediche ospedaliere, in nessun caso risulta maturato il termine prescrizione.

2.3. Sull'ammissibilità dell'azione risarcitoria, in presenza della normativa dettata dalle leggi nn. 210/92 e 238/97, va osservato che il concorso delle due forme di tutela è stato riconosciuto dalla Corte costituzionale (v. sent. n. 307/90, 118/96, 27/98) e dalla giurisprudenza di merito (oltre al precedente specifico costituito dalla citata sentenza n. 21060/98 del Tribunale di Roma, sul punto confermata in secondo grado da App. Roma 3242/00 cit., v. App. Milano, 22.10.1996, in *Danno e responsabilità civile*, 1997, 734). Invero, la normativa invocata dal Ministero ha introdotto un sistema di sicurezza sociale con la finalità solidaristica (artt. 2 e 32 Cost.) di soccorrere quanti abbiano subito danni in conseguenza di un'attività di cura promossa dallo Stato per la tutela della salute pubblica, esonerando la parte dall'accidentato percorso dell'azione di responsabilità civile ex art. 2043 c.c., ma questo non significa che sia stata, per tale ragione, preclusa la via del risarcimento integrale del danno patito.

Peraltro, questo Tribunale ha ripetutamente avvertito come non sia possibile un mero cumulo

fra risarcimento del danno e indennizzo. Pur essendo i due rimedi compatibili fra loro, sembra conforme ai principi della responsabilità aquiliana e del diritto civile in genere escludere indebite duplicazioni: pertanto, in sede risarcitoria dovrà procedersi allo scomputo di quanto eventualmente già percepito e di quanto sarà percepito in futuro (calcolato mediante il procedimento di capitalizzazione delle somme erogande) a titolo di indennizzo *ex lege* 210/92. Tale conclusione appare in linea con l'esortazione rivolta da C. cost. 16 ottobre 2000, n. 423 al giudice ordinario di "*rendere efficace la tutela risarcitoria nei casi di trasfusione di sangue infetto*", posto che una tutela è efficace anche (e soprattutto) quando viene accordata senza forzature o indebiti ampliamenti del suo campo di applicazione (cfr. Trib. Roma 7 gennaio 2003, n. 181; 14 aprile 2003, n. 12908; 21 luglio 2003, n. 24658).

3. Passando al merito della controversia, va premesso che viene dedotta la responsabilità extracontrattuale del Ministero per avere tenuto, in violazione del principio del *neminem laedere* e in aperta violazione dei doveri istituzionali, legislativamente previsti, di direzione, autorizzazione e sorveglianza in merito al sangue importato o prodotto per emotrasfusioni o emoderivati, un comportamento omissivo colposo, rendendo possibile la circolazione di sangue infetto e trasfusioni o assunzioni di emoderivati infetti da parte degli attori, degli intervenuti o dei loro danti causa.

E' opportuno ricordare che, in linea di principio, la pronuncia di condanna generica al risarcimento dei danni, avente contenuto di mera *declaratoria iuris*, postula quale presupposto necessario e sufficiente l'accertamento di un fatto

potenzialmente produttivo di conseguenze dannose, restando impregiudicato l'accertamento, riservato al giudice della liquidazione, dell'esistenza ed entità del danno nonché del nesso di causalità tra questo e l'illecito, essendo di ostacolo a tale pronuncia solo la prova, positiva e concreta, dell'insussistenza del danno e del rapporto di causalità (v., *ex pluribus*, Cass. 17 aprile 2003, n. 6190; 2 maggio 2002, n. 6257; 22 novembre 2000, n. 15066; 7 febbraio 1998, n. 1298; 21 maggio 1997, n. 4511; 25 marzo 1997, n. 2603; 7 maggio 1994, n. 4467). Quando, però, come nel caso di specie, si tratta di valutare un illecito omissivo, la pronuncia di condanna generica richiede anche l'accertamento del nesso causale fra condotta omissiva ed evento dannoso, posto che oggetto dell'accertamento, mancando una condotta positiva, diviene l'evento dannoso e la possibilità di evitarlo ponendo in essere l'azione dovuta e predisposta per impedirlo.

Occorre pertanto accertare la sussistenza di: a) un danno; b) una condotta (colposa); c) un nesso causale fra condotta e danno.

3.1. - In relazione al danno - consistente nelle lesioni personali conseguenti al contagio patito dai soggetti sottoposti a trasfusioni o somministrazione di sangue o emoderivati, in quanto emofilici o portatori di patologie emorragiche ovvero, ancora, in occasione di interventi chirurgici - dalla documentazione in atti, ed in particolare dall'esame delle certificazioni rilasciate dalle commissioni mediche previste dall'art. 4 l. 210/92, o da istituti sanitari o organismi sanitari, per la quasi totalità delle posizioni degli attori e degli intervenuti emerge la prova dei trattamenti sanitari (spesso protratti per lunghi anni, sin dalla nascita),

dell'esistenza delle patologie infettive e della loro eziologia dai trattamenti medesimi. Quanto ai soggetti per i quali non sussiste tale documentazione, la prova del danno e della sua riferibilità alla somministrazione di sangue o di emoderivati è costituita dal comportamento processuale del Ministero, che non ha specificamente contestato tali circostanze. E tanto basta ai fini della richiesta pronuncia di condanna generica.

3.2. - Con riguardo alla condotta illecita e al suo coefficiente soggettivo (colpa), poiché le contestazioni mosse al convenuto attengono alla sua colpevole omissione nella vigilanza sulla sicurezza del sangue e dei suoi derivati, va innanzi tutto ricordato che l'attività della p.a. - anche nel campo della pura discrezionalità, il cui sindacato rimane precluso al giudice ordinario - deve svolgersi nei limiti posti non solo dalla legge, ma anche dalla norma primaria del *neminem laedere*, ed in particolare deve ribadirsi che i principi di legalità, imparzialità e buona amministrazione dettati dall'art. 97 Cost. si pongono come limiti esterni dell'azione amministrativa. Appare inoltre opportuno rilevare che in caso di danno prodotto dal comportamento non provvedimentale della p.a. l'elemento soggettivo del dolo o della colpa si risolve "*nella violazione* - la quale si traduce nella lesione dei diritti soggettivi dei terzi all'integrità psico-fisica - *delle regole di comune prudenza ...ovvero di leggi e regolamenti alla cui osservanza la p.a. è vincolata*" (Cass. 6 aprile 1998, n. 3553). E' allora necessario individuare le fonti normative che consentono di affermare l'esistenza di obblighi comportamentali connessi alle funzioni pubbliche assegnate al Ministero della salute: a questo riguardo è sufficiente

richiamare le norme indicate al precedente punto 2.1.

3.3. - Per quanto attiene al nesso causale fra l'omissione ascritta al Ministero e i danni da contagio va rilevato che la sentenza n. 23097/01 di questo tribunale, richiamata negli atti del presente giudizio, con articolata e complessa motivazione aveva affermato la responsabilità del Ministero della salute non solo nei casi in cui le infezioni furono contratte dopo le date di identificazione delle singole patologie infettive e di messa a punto dei sistemi di rilevazione dei rispettivi *virus* nel sangue (1978 per l'HBV, 1985 per l'HIV e 1988 per HCV), ma anche quando fosse ragionevole ritenere (o presumere) che il contagio potesse essersi verificato sin da epoca successiva ai primi anni settanta. Invero, già tra il 1972 e il 1974 erano disponibili primi *test* su larga scala per individuare il *virus* dell'epatite B e, data la sostanziale coincidenza epidemiologica fra i *virus* delle tre patologie, ove si fossero adottati tutti i mezzi di prevenzione conosciuti per contrastare l'epatite B, si sarebbe avuta una significativa riduzione delle probabilità di trasmissione degli altri due *virus*.

Sull'assunto dell'inutilizzabilità, in materia di responsabilità extracontrattuale, del criterio della prevedibilità del danno per ridurre l'area dei danni risarcibili (non essendo l'art. 1225 c.c. richiamato dall'art. 2056 c.c.), in quella decisione è stato affermato che *dell'evento dannoso è chiamato a rispondere colui che, essendo venuto meno all'obbligo legale di porre in essere le misure che secondo le conoscenze dell'epoca potevano servire quantomeno a ridurre il pericolo della sua realizzazione, ha contribuito a porre in essere le condizioni necessarie per la realizzazione*

*dell'evento dannoso costituito dalla lesione dell'integrità psico-fisica, non rilevando che quella particolare lesione fosse costituita da una malattia infettiva procurata da virus già conosciuti ovvero non ancora noti perché non identificati dalla scienza, ciò attenendo al profilo della liquidazione delle conseguenze dannose di un fatto illecito giuridicamente perfetto, in ordine al quale, in materia extracontrattuale, non opera il limite della prevedibilità. Non può, infatti, ritenersi eccezionale l'eventualità di insorgenza di malattie nuove veicolate dal sangue, sicché prevedibilità e possibile riducibilità del danno alla salute giustificano la responsabilità del Ministero".*

Tale principio - confermato da App. Roma 12 gennaio 2004, n. 107 - è stato costantemente osservato nelle numerose controversie di analogo contenuto successivamente portate all'attenzione di questo Tribunale.

3.4. - Assai recentemente; Cass. 31 maggio 2005, n. 11609 - investita dell'impugnazione contro la sentenza n. 3242 emessa il 4 ottobre 2000 dalla Corte d'Appello di Roma, che aveva deciso sul gravame proposto avverso trib. Roma 27 novembre 1998, n. 21060 - è però andata di contrario avviso. In particolare, decidendo sui ricorsi principali ed incidentali proposti da taluni danneggiati, la cui domanda era stata respinta perché le infezioni erano state verosimilmente contratte in data anteriore all'epoca di individuazione delle relative patologie infettive, la Cassazione ha ritenuto corretta la decisione del giudice d'appello, laddove aveva stabilito che la responsabilità del Ministero può essere affermata solo a partire dal 1978 per l'epatite B, dal 1985 per l'HIV e dal 1988 per l'epatite C.

Argomentando dalla distinzione fra causalità materiale e giuridica (alla quale soltanto attiene la limitazione dell'art. 1225 c.c.) e dalle peculiarità della responsabilità per omissione rispetto alla responsabilità per condotta commissiva, la Cassazione ha affermato, in particolare, i seguenti principi: a) "*finché non erano conosciuti dalla scienza medica mondiale i virus della HIV, HBC ed HCV e quindi i test di identificazione degli stessi, proprio perché l'evento infettivo da detti virus era già astrattamente inverosimile, poiché addirittura anche astrattamente sconosciuto, manca il nesso causale tra la condotta omissiva del Ministero e l'evento lesivo, in quanto all'interno delle serie causali non può darsi rilievo che a quelle soltanto che, nel momento in cui si produce l'omissione causante e non successivamente, non appaiono del tutto inverosimili, tenuto conto della norma comportamentale o giuridica, che imponeva l'attività omessa*"; b) *per quanto sembri trattasi di colpa specifica, in quanto trattasi di violazione di regole espresse, tuttavia, poiché è evidente che il legislatore non potesse conoscere prima ancora della comunità scientifica mondiale l'esistenza dei virus in questione, allorché si va a determinare il contenuto concreto della condotta genericamente dovuta, ma omessa, ciò va necessariamente correlato alla prevedibilità dell'evento che il Ministero avrebbe dovuto evitare " di talché " in questo caso, stante l'atipicità della condotta dovuta, la responsabilità da omissione sorge, secondo l'ordinario criterio della colpa, ogni volta che il danno poteva essere prevenuto ed evitato, con giudizio ex ante fondato sulla prevedibilità dello stesso*"; c) in quanto "*le tre infezioni costituiscono tre differenti eventi lesivi*

*...la responsabilità del Ministero va accertata, sia relativamente al nesso causale che alla colpevolezza, con riferimento ad ognuno dei tre virus, e quindi alla prevedibilità degli stessi, con la conseguenza che, essendo stati conosciuti i virus HIV e HCV solo successivamente - rispettivamente negli anni 1985 e 1988 -, da dette date successive è configurabile la responsabilità del Ministero per gli stessi"; d) diversamente opinando "si giungerebbe ad un'ipotesi di responsabilità sconosciuta all'ordinamento ed ancora più rigorosa di quella cd. «da rischio dello sviluppo» in tema di responsabilità del produttore" perché verrebbe posta "a carico del Ministero, che pure è chiamato in giudizio esclusivamente a norma dell'art. 2043 c.c., al di fuori da ogni ipotesi di presunzione di colpa o di responsabilità, la responsabilità per un evento lesivo sconosciuto a tutti e, quindi, come tale non evitabile"; e) "occorre, ai fini del nesso causale e della colpa, che questi siano individuati in relazione ad uno specifico evento lesivo e non in relazione ad una generica pericolosità delle trasfusioni, come possibile veicolo di infezioni".*

3.5. - E' noto che nel nostro sistema processuale, ad eccezione del giudizio di rinvio ex art. 384 c.p.c., non vige il principio dello *stare decisis*, sicché, pur riconoscendosi la massima autorevolezza alle pronunce della Corte di legittimità, il giudice di merito può discostarsi da esse dando adeguata motivazione della sua decisione. E ciò è tanto più legittimo nel caso di specie - nel quale la pronuncia della Cassazione ora richiamata è la prima *in subiecta materia* - quanto più si consideri che è stato affermato non essere consentito discostarsi, senza una ragione giustificativa, da una interpretazione del giudice

di legittimità quando essa sia consolidata (Cass. 13 maggio 2003, n. 7355).

3.5.1.- Ciò posto, per quanto l'impostazione di fondo della sentenza n. 11609/05 in ordine ai criteri di accertamento del nesso causale e della colpevolezza del soggetto agente nell'illecito per omissione, conforme ai più recenti e consolidati orientamenti giurisprudenziali, sia senz'altro condivisibile, non altrettanto appare essere l'applicazione che ne è stata fatta nel caso esaminato.

L'attenta lettura della motivazione della sentenza mette in luce la convinzione dei giudici di legittimità della obiettiva diversità dell'evento lesivo, che colpì i soggetti sottoposti a trasfusioni o a somministrazione di sangue o di emoderivati, a seconda del tipo di patologia infettiva da essi contratta. Sostiene infatti la Cassazione che, diversi essendo gli eventi lesivi, occorre valutare - secondo i consolidati principi richiamati nella decisione - il nesso causale e la colpevolezza del Ministero convenuto con specifico riguardo ad ognuno di essi.

E' invece proprio tale diversità di evento che non sussiste, tanto nella fattispecie esaminata dalla Corte di cassazione, quanto in quella oggetto del presente giudizio. Invero, l'evento lesivo è sempre lo stesso e consiste nella lesione dell'integrità psico-fisica del soggetto sottoposto al trattamento sanitario. Diversità invece sussiste quanto all'agente patogeno biologicamente responsabile della lesione; ma ciò non incide direttamente sulla responsabilità giuridica del soggetto che, con la sua omissione colposa, contribuì a rendere possibile la diffusione di quell'agente patogeno. Il progredire delle conoscenze scientifiche, infatti, ha permesso solo di poter individuare con

esattezza i *virus* che causano l'infezione e di identificarli con specifici *test*, senza per questo costituire un elemento di novità nella serie causale, già ben nota fin dai primi anni '70, "trasfusione e/o somministrazione di sangue-contagio infettivo-lesione dell'integrità psico-fisica". Ecco perché non appare pertinente al caso di specie il principio, ribadito dalla sentenza della Cassazione, secondo cui "*all'interno delle serie causali non può darsi rilievo che a quelle soltanto che, nel momento in cui si produce l'omissione causante e non successivamente, non appaiono del tutto inverosimili*". Invero, tale affermazione ha specifico riguardo ai fattori causali preesistenti, concomitanti o sopravvenuti che abbiano avuto autonoma efficienza causale nella determinazione dell'evento: nel caso delle infezioni post-trasfusionali HIV e HCV, invece, la serie causale rimane in tutto e per tutto identica a quella dell'infezione HBV già conosciuta e i *virus* biologicamente responsabili delle patologie non costituiscono affatto cause autonome dell'evento lesivo. La sola e costante causa del contagio rimane l'uso del sangue proveniente da donatori infetti.

Non appare ultroneo a questo punto ricordare che Cass. 24 aprile 2001, n. 6023 (v., in particolare, il punto 5.2 della motivazione di diritto) ha affermato la sussistenza del nesso causale fra un incidente stradale e il contagio infettivo conseguente a trasfusione di sangue necessaria per curare la vittima dell'incidente: nella fattispecie si trattava di epatite C (HCV) contratta all'esito di trasfusione eseguita nel 1986. Orbene, tale pronuncia non solo ha ritenuto di escludere che nella serie causale innescata dal sinistro stradale la trasfusione di sangue infetto (evidentemente

posta in essere da soggetto diverso dall'autore dell'incidente e in contesto spazio-temporale diverso da quello del primo antecedente causale) costituisse fattore etiologico sopravvenuto idoneo a determinare, autonomamente, l'evento lesivo dell'epatopatia; essa ha anche ritenuto, sia pure implicitamente, che sussisteva il nesso causale fra lesioni personali da HCV e trasfusione eseguita allorché il relativo *virus* non era ancora stato identificato dalla scienza medica.

Per completezza di ragionamento appare opportuno chiarire, a questo punto, che le conclusioni raggiunte da Cass. 11609/05 sarebbero condivisibili ove si accertasse che ognuna delle tre infezioni ha una sua etiologia diversa dalle altre. In tal caso, infatti, si verserebbe nella medesima situazione in cui si trova qualvolta è ignoto il processo causale che provoca una determinata patologia. Ma, con riguardo ad HBC, HIV, e HCV - come si è rilevato sin da Trib. Roma n. 23097/01 - la etiologia è identica; né la pronuncia della Cassazione che qui si contesta ha affermato il contrario (né, si osserva conclusivamente sul punto, avrebbe potuto affermarlo, trattandosi di valutazione in fatto).

3.5.2 - Anche sotto il profilo dell'elemento soggettivo le conclusioni della Cassazione non appaiono convincenti.

E' senz'altro condivisibile l'affermazione secondo la quale *"la responsabilità da omissione sorge, secondo l'ordinario criterio della colpa, ogni volta che il danno poteva essere prevenuto ed evitato, con giudizio ex ante sulla prevedibilità dello stesso"*; non lo è invece quella per la quale *"essendo stati conosciuti i virus HIV e HCV...negli anni 1985 e 1988, da dette date...è configurabile*

*la responsabilità del Ministero per gli stessi"*. Infatti, ribadendo ancora una volta che nella vicenda in esame il danno da prevenire è unicamente quello della lesione del bene salute da qualsiasi fattore contagioso provocato, non si può fare a meno di rilevare come la normativa vigente nei primi anni '70 per un verso imponeva alcune cautele nella fase di raccolta, conservazione e distribuzione di sangue umano e di preparazione dei suoi derivati, sia all'interno del territorio nazionale sia da paesi stranieri, e per altro verso affidava al Ministero funzioni di autorizzazione, di vigilanza e di controllo dell'altrui attività in tale materia. E' sufficiente al riguardo richiamare le già citate disposizioni delle leggi 592/67 e 519/73, del d.P.R. 1256/71, dei DD.MM. 18 giugno 1971 e 15 settembre 1972, il contenuto delle quali è stato - sia pure sommariamente - illustrato nel precedente punto 2.1.

La condotta omissiva del Ministero è consistita nella ripetuta inosservanza di queste norme poste a presidio proprio della salute collettiva dal rischio, già allora ben noto, di contagio infettivo originato dall'uso trasfusionale del sangue e dei suoi derivati. Deve, in particolare, ritenersi pacifica comunque notoria la circostanza che nel corso gli anni '70 e '80, a causa dell'insufficienza dell'approvvigionamento di sangue da donatori italiani, si fece ricorso a massicce importazioni di sangue e di emoderivati dall'estero, soprattutto da paesi ove i donatori venivano remunerati e, per tale fatto, era più elevato il rischio che essi fossero infetti, ed è altresì pacifico e notorio che i controlli sui prodotti importati furono prevalentemente se non esclusivamente formali (sul punto specifico cfr. Trib. Roma n. 21060/98). Il comportamento del Ministero ha dunque un

indiscutibile connotato di colpa. Non rileva a questo proposito che a quell'epoca il solo contagio conosciuto fosse quello da HBV, poiché l'obiettivo dei precetti così a lungo disattesi era comunque quello di prevenire la lesione della salute della collettività. In quel particolare momento storico le conoscenze scientifiche ravvisavano il rischio del contagio da un solo agente patogeno, ma può ragionevolmente affermarsi che l'osservanza delle disposizioni poc'anzi richiamate avrebbe quantomeno ridotto il rischio di trasmissione di altri agenti infettanti, sia pure successivamente identificati. In sostanza, la diffusione delle infezioni da HIV e HCV - pur non conosciute, rispettivamente, fino al 1985 e al 1988 - poteva però essere pervenuta anche in epoca anteriore. La mancata osservanza di una norma (anche se indirettamente) preventiva integra dunque un'omissione colposa e perciò rilevante sul piano della responsabilità civile.

3.5.3. - Non pare, poi, che a carico del Ministero venga posta *"al di fuori da ogni ipotesi di presunzione di colpa o di responsabilità, la responsabilità per un evento lesivo sconosciuto a tutti e, quindi, come tale non evitabile"*. Alla stregua di quanto osservato sia in punto di nesso causale sia in punto di colpevolezza, l'affermazione di responsabilità del convenuto sembra invece fondata sui consueti principi della responsabilità aquiliana. Inoltre, la circostanza che le infezioni da HIV e HCV non erano prevedibili prima delle date più volte ricordate assume valore esclusivamente sul piano dell'estensione dei danni risarcibili, proprio come affermato da costante giurisprudenza sia pure in tema di responsabilità contrattuale (cfr., da ultimo, Cass. 28 novembre

2003, n. 18239; 17 marzo 2000, n. 3102; 21 maggio 1993, n. 5778).

3.5.4. - In conclusione, si ritiene corretto continuare a seguire il principio affermato da questo Tribunale con la sentenza n. 23097/01 e dichiarare la responsabilità del Ministero della salute in tutte le ipotesi in cui la lesione dell'integrità psico-fisica sia dovuta a trasfusioni o a somministrazione di sangue o di emoderivati praticate a partire dagli anni 1972/74, periodo in cui erano disponibili i primi *test* su larga scala per individuare il virus dell'epatite B.

4. - Con riguardo alle singole posizioni degli attori e degli intervenuti, in applicazione dei criteri decisionali appena esposti e tenuto conto delle risultanze documentali acquisite al giudizio, poiché i rispettivi contagi sono ascrivibili a emotrasfusioni o somministrazione di emoderivati anteriori al periodo indicato come limite alla responsabilità del Ministero, vanno respinte le domande proposte da (...omissis...) (trasfusione eseguita nel 1971), (...omissis...) (trasfusione eseguita nel 1969), (...omissis...) e (...omissis...) (trasfusione eseguita nel 1970).

Le domande proposte dagli intervenuti (...omissis...), inoltre, vanno respinte perché in atti risultano esclusivamente le comparse conclusionali, che, da sole, non sono certo idonee a fondare la pretesa allegata. Vanno, invece, accolte le domande di tutti gli altri attori e intervenuti.

5. - La particolarità delle singole fattispecie costituisce giusto motivo per compensare interamente fra le parti le spese del presente giudizio.

P.Q.M.

definitivamente pronunciando sulla causa in epigrafe, il tribunale in composizione monocratica così provvede:

- a) dichiara l'estinzione del giudizio, limitatamente al rapporto fra il convenuto Ministero della salute e i terzi intervenuti (...omissis...);
- b) dichiara inammissibili, per sopravvenuta carenza di interesse ad agire, le domande proposte contro il convenuto da (...omissis...);
- c) in accoglimento delle rispettive domande, condanna il Ministero della salute a risarcire i danni biologici, patrimoniali e morali, da liquidare in separato giudizio, patiti da (...omissis...);
- d) respinge le domande proposte nei confronti del Ministero della salute da (...omissis...);
- e) dichiara interamente compensare fra tutte le parti le spese del presente giudizio.

Così deciso in Roma, il 2 agosto 2005.

Il Giudice

(dott. Francesco Oddi)