

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI NAPOLI

XI sezione civile, nella persona del Giudice Istruttore dott. Edoardo Vitale in funzione di Giudice unico ha pronunciato la seguente

S

N.
Cron.
Rep. 10520

XX
CP Av Rendeli
IP Avolobup
freho
8901/06

SENTENZA

nella causa civile iscritta al numero 9361 del ruolo generale degli affari contenziosi dell'anno 2002, avente ad oggetto: risarcimento di danni

FRA

., tutti quali eredi di :

l'ultima anche in proprio, elettivamente domiciliati in Napoli, al corso Umberto I n. 174, presso gli avv. Mario Lana, Anton Giulio Lana, Mario Melillo e Valerio Paudice, che li rappresentano e difendono come da mandato a margine dell'atto di citazione e della comparsa di costituzione depositata il 31 gennaio 2003

NA - Salta
Av Panchi
44/A

ATTRICI

E

MINISTERO DELLA SALUTE, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, presso cui *ope legis* domicilia alla via Diaz n. 11d

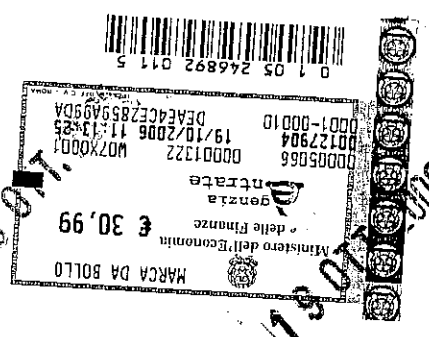
**FATTA COPIA PER
AVV. STATO**

NAPOLI ... 2.9. SET. 2006

CONVENUTO

CONCLUSIONI

W



Per la parte attrice:

Dichiarare il Ministero responsabile di grave e reiterata violazione dell'art. 32 cost., nonché degli art. 2043, 2049, 2050 e 2059 c.c. (anche in rapporto all'art. 185 c.p.);

dichiarare la piena responsabilità dell'Ente convenuto in ordine alla causazione della malattia e dell'invalidità riportate da

dichiarare la piena responsabilità del Ministero in ordine alla causazione della menomazione fisio-psichica subita da

condannare l'Amministrazione convenuta al risarcimento di tutti i danni, indipendentemente e in aggiunta alle provvidenze di natura indennitaria stabilite dalla l. n. 210/92, così come modificata dalla l. n. 238/97; il tutto, in favore degli eredi di _____, nella misura di euro 555.663, di cui euro 103.769 per il danno biologico, euro 51.884 per danno morale e euro 400.000 per danno esistenziale; in favore di _____ per danno biologico, nella misura accertata in corso di causa mediante c.t.u. medica, per danno morale in euro 400.000 e per danno esistenziale in euro 200.000, oltre al danno patrimoniale da invalidità specifica, al danno da inabilità temporanea, al danno emergente, al lucro cessante e alle spese future, da quantificare anche mediante c.t.u.; il tutto liquidabile eventualmente anche in via equitativa, con rivalutazione monetaria dalla data della piena conoscenza dell'evento lesivo;

in subordine, ove sia ritenuto il danno già risarcito a seguito dell'applicazione delle leggi n. 210/92 e 238/97, rimettere gli atti alla



Corte costituzionale per il vaglio di legittimità delle norme di cui agli art. 1 e 2 della l. n. 210/92 così come modificati dall'art. 1 della l. n. 238/97, nella parte in cui viene prevista un'entità e forma indennitarie del tutto iniqua, insufficiente e inadeguata all'entità del danno e per di più, parametrata con riferimento a criteri introdotti per fattispecie diverse, nonché nella parte in cui escludono la retroattività integrale e finanche quella del 30%, escludendo anche rivalutazione e interessi, nonché, ancora, nella parte in cui viene fissato ai danneggiati un termine per la presentazione della domanda volta a ottenere l'indennizzo in parola; il tutto per contrasto con gli artt. 2, 3, 32 e 97 della Costituzione.

Con vittoria di spese, diritti ed onorari.

Per la parte convenuta:

Respingere la domanda perché infondata e comunque prescritta, con vittoria di spese.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto notificato il 29 marzo 2002 e

esponevano quanto segue.

Nel mese di maggio 1986 la si era ricoverata, con diagnosi alla dimissione di insufficienza renale cronica.

Dal 3 febbraio 1987 al 13 ottobre 1990 era stata sottoposta a trattamento emodialitico con numerose trasfusioni di sangue e plasma.

Il 13 maggio 1992, l'analisi biomolecolare compiuta presso il Laboratorio di Virologia dell'Ospedale Cardinale Ascalesi di Napoli aveva rivelato la presenza di viremia con positività al test HCV, mettendo in evidenza il genotipo "ab".

EW

Nel mese di settembre 1992 aveva subito un trapianto renale a Nantes, con esito negativo per rigetto acuto.

Precedentemente, il *Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nantes*, nella lettera del 27 marzo 1992 al dott. Auciello, operante presso la Casa di Cura "Villa dei Fiori" ove veniva effettuata la terapia della _____, aveva riferito che probabilmente la paziente aveva contratto l'epatite C nelle trasfusioni datate 14 maggio 1987, 17 dicembre 1987, 26 gennaio 1988, 16 aprile 1988, 3 settembre 1988, 12 ottobre 1988, 8 dicembre 1988 e 7 marzo 1989.

_____, pertanto, il 17 marzo 1995 rivolgeva al Ministero della Sanità istanza per l'ottenimento dell'indennizzo di cui alla legge 25 febbraio 1992 n. 210.

Successivamente, il 23 marzo 2001, le era stato comunicato il giudizio della Commissione Medica Ospedaliera del 28 gennaio 1998, attestante la sussistenza del nesso causale fra la trasfusione e l'infermità: *"epatite cronica aggressiva HCV, ascrivibile alla OTTAVA categoria della tabella A, a al d.P.R. 30 dicembre 1981 n. 834"*.

Sulla scorta di tale giudizio e in applicazione della l. n. 210/92, con decreto dirigenziale della Giunta Regionale della Campania era stato stabilito di liquidare alla _____, a titolo di indennizzo per il periodo 1° aprile 1995 - 30 giugno 2001, la somma di euro 40.813,76.

La grave infermità di _____ aveva progressivamente costretto la figlia, _____, ad abbandonare ogni attività per dedicarsi completamente alla cura della madre, bisognosa di continua assistenza materiale e morale.

Secondo la _____ e la _____, sussisteva la responsabilità del Ministero per inosservanza al principio del *neminem laedere*, in relazione alla menomazione permanente ed irreversibile derivante alla prima dalla patologia indicata, in quanto l'Amministrazione aveva ommesso l'applicazione della normativa in materia ovvero aveva effettuato un'insufficiente attività di vigilanza sui prodotti trasfusionali ed aveva importato e distribuito, attraverso il servizio sanitario nazionale, i prodotti che avevano provocato il danno.

Sussisteva dunque, secondo le esponenti, il diritto di _____ di ottenere il risarcimento dei danni subiti a seguito dell'infezione, verificatasi per evidente responsabilità dell'Amministrazione convenuta, e quello di _____, figlia della _____, di ottenere il risarcimento dei danni da lei patiti in conseguenza della dolorosa vicenda che aveva colpito la madre.

Tanto premesso, la _____ e la _____ convenivano il Ministero della Sanità al giudizio di questo Tribunale, per sentir accogliere le seguenti conclusioni:

- dichiarare il Ministero responsabile di grave e reiterata violazione dell'art. 32 cost., nonché degli art. 2043, 2049, 2050 e 2059 c.c. (anche in rapporto all'art. 185 c.p.);

- dichiarare la piena responsabilità del Ministero in ordine alla causazione della malattia e dell'invalidità riportate da _____;

- dichiarare la piena responsabilità del Ministero in ordine alla causazione della menomazione fisio-psichica subita da _____

92

gione;

- condannare l'Amministrazione convenuta al risarcimento di tutti i danni, indipendentemente e in aggiunta alle provvidenze di natura indennitaria stabilite dalla l. n. 210/92, così come modifica dalla l. n. 238/97; il tutto, in favore di _____, nella misura di euro 555.663, di cui euro 103.769 per il danno biologico, euro 51.884 per danno morale e euro 400.000 per danno esistenziale; in favore di _____

_____, per danno biologico, nella misura che sarebbe stata accertata in corso di causa mediante c.t.u. medica, per danno morale in euro 400.000 e per danno esistenziale in euro 200.000, oltre al danno patrimoniale da invalidità specifica, al danno da inabilità temporanea, al danno emergente, al lucro cessante e alle spese future, da quantificare anche mediante c.t.u.; il tutto liquidabile eventualmente anche in via equitativa, con rivalutazione monetaria dalla data della piena conoscenza dell'evento lesivo;

in subordine, ove fosse stao ritenuto il danno già risarcito a seguito dell'applicazione delle leggi n. 210/92 e 238/97, rimettere gli atti alla Corte costituzionale per il vaglio di legittimità delle norme di cui agli art. 1 e 2 della l. n. 210/92 così come modificati dall'art. 1 della l. n. 238/97, nella parte in cui viene prevista un'entità e forma indennitarie del tutto iniqua, insufficiente e inadeguata all'entità del danno e per di più, parametrata con riferimento a criteri introdotti per nella fattispecie diverse, nonché nella parte in cui escludono la retroattività integrale e finanche quella del 30%, escludendo anche rivalutazione e interessi, nonché, ancora, nella parte in cui viene fissato ai danneggiati un ter-



ciano, si costituivano come suoi eredi, riportandosi integralmente alle deduzioni e alle istanze contenute nell'atto introduttivo del giudizio.

Quindi la causa, dopo la produzione di documenti e lo svolgimento di due indagini medico-legali d'ufficio, all'udienza del 31 gennaio 2006 veniva trattenuta in decisione, sulle conclusioni trascritte in epigrafe.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Si rileva innanzitutto che la legittimazione attiva di

,
e
quali eredi di , può ritenersi sussistente alla luce sia del prodotto certificato di morte, attestante che costei, vedova di , è deceduta a Napoli il 18 gennaio 2003, sia della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, datata 21 gennaio 2003, con la quale ha dichiarato, sotto la propria responsabilità, che gli odierni istanti sono germani e unici eredi della *de cuius*, morta senza testamento.

Tanto premesso, si osserva quanto segue.

A sostegno dell'affermata responsabilità del ministero convenuto, gli attori hanno invocato gli art. 2043, 2049 e 2050 c.c..

Come già ritenuto dalla Corte d'appello di Roma (sent. 23 ottobre 2000), tra gli enti (unità sanitarie locali, ospedali, ecc., tutti dotati di autonoma personalità giuridica) che hanno provveduto all'effettiva somministrazione degli emoderivati nell'ambito del servizio sanitario nazionale ed il ministero, non sussiste un rapporto di dipendenza ovvero di committenza che possa giustificare l'applicazione dell'art. 2049 c.c.,

EW

sicché improprio è il richiamo alla suddetta disposizione.

Ugualmente improprio è il fugace riferimento all'art. 2050 c.c.: attività pericolosa non è quella del ministero che, come si vedrà, esercita la vigilanza in materia sanitaria e di uso dei derivati del sangue, ma semmai quella dei soggetti direttamente coinvolti nella produzione e commercializzazione dei prodotti (ne è esempio l'affermazione della responsabilità delle imprese farmaceutiche, ai sensi dell'art. 2050 c.c., nella vicenda riguardante la produzione ed immissione in commercio di farmaci destinati all'inoculazione nell'organismo umano e contenenti immunoglobuline infette dal virus dell'epatite B; v., *tra le altre*, Cass. 20 luglio 1993 n. 8069; 27 gennaio 1997 n. 814). E' vero che al ministero spetta di fissare il prezzo di cessione delle unità di sangue tra i servizi sanitari in modo uniforme su tutto il territorio nazionale (v. art. 1, 6 comma, l. 4 maggio 1990 n. 107) e di autorizzare l'importazione ed esportazione del sangue e dei suoi derivati, tuttavia si tratta di poteri-doveri complementari a quello di vigilanza e funzionali alla regolazione ed organizzazione generale di un settore di primaria rilevanza pubblica. La pericolosità della pratica terapeutica della trasfusione di sangue e dell'uso di emoderivati (riconosciuta nell'art. 19 d.m. sanità 15 gennaio 1991 come «non esente da rischi»), così come della produzione e commercializzazione dei prodotti in questione, non rende ovviamente pericolosa l'attività ministeriale la cui funzione è proprio quella di controllare e vigilare a tutela della salute pubblica.

La domanda dev'essere, pertanto, qualificata ai sensi dell'art. 2043 c.c., come implicitamente si deduce dalla dedotta responsabilità del mi-

nistero per avere, in violazione del principio del *neminem laedere*, quindi, colposamente, omesso di vigilare sulla sicurezza del sangue e degli emoderivati.

Se è vero che, in caso di danno prodotto dal comportamento non provvedimentale della pubblica amministrazione, 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 pubblica amministrazione è vincolata» (v. *Cass. 6 aprile 1998 n. 3553*), è necessario individuare le fonti normative che consentano di affermare l'esistenza di obblighi comportamentali connessi alle funzioni pubbliche assegnate al ministero della sanità.

E' così introdotto il tema della legittimazione passiva del ministero, secondo il quale la legittimazione spetterebbe in via esclusiva ad altri soggetti pubblici operanti nel settore sanitario (regioni, unità sanitarie locali, operatori sanitari, ecc.). Dalla relativa verifica (da effettuare sulla base della prospettazione attorea) emerge l'infondatezza dell'eccezione.

Nella giurisprudenza di merito (v. *Tribunale di Roma, sent. 27 novembre 1998 e 14 giugno 2001 e Corte di appello di Roma, sent. n. 3242 del 4 ottobre 2000*) hanno già rilevato che l'eventuale concorso di responsabilità in capo ad altri soggetti non esclude la possibilità per i danneggiati di promuovere azione, ai sensi dell'art. 2055 c.c., nei confronti di uno solo dei condebitori corresponsabili (cioè, nella specie, del Ministero della salute) e che la *causa petendi* è qui dedotta con riferimento

EW

al comportamento omissivo del suddetto ministero per colposa inosservanza dei suoi doveri istituzionali (oltre che di programmazione, indirizzo e coordinamento) di sorveglianza e vigilanza in materia sanitaria e, in particolare, nella produzione, commercializzazione e distribuzione del sangue e dei suoi derivati, a prescindere da ulteriori eventuali responsabilità di altri soggetti nell'attività di effettiva distribuzione e somministrazione.

Alla fonte normativa che integra la norma primaria del *neminem laedere*, costituita dall'art. 1 l. 13 marzo 1958 n. 296, che attribuisce al ministero della salute «il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica», di «sovrintendere ai servizi sanitari svolti dalle amministrazioni autonome dello Stato e dagli enti pubblici, provvedendo anche al coordinamento...; emanare, per la tutela della salute pubblica, istruzioni obbligatorie per tutte le amministrazioni pubbliche» che provvedono a servizi sanitari...», fa da corollario una serie di disposizioni normative (v., riassuntivamente, la l. 14 luglio 1967 n. 592, il d.p.r. 24 agosto 1971 n. 1256, i d.m. salute 17 febbraio 1972 e 15 settembre 1972, la l. 7 agosto 1973 n. 519, la l. 833/78, il d.l. 30 ottobre 1987 n. 443, convertito in l. 29 dicembre 1987 n. 531, la l. 107/90 cit., il d.leg. 29 maggio 1991 n. 178, il d.m. salute 12 giugno 1991, il d.leg. 30 dicembre 1992 n. 502, i d.leg. 30 giugno 1993 nn. 266 e 267, il d.leg. 27 dicembre 1997 n. 449, il d.leg. 31 marzo 1998 n. 112), che confermano in capo al ministero della salute un ruolo attivo nell'approvvigionamento, controllo e vigilanza nella produzione e distribuzione del sangue e suoi derivati da destinare al consumo umano, al quale corrisponde un dovere aggravato di diligenza

nell'impiego delle cure ed attenzioni necessarie alla verifica della sua sicurezza.

Orbene, gli attori basano la responsabilità extracontrattuale dell'Amministrazione convenuta proprio sull'inosservanza dei compiti istituzionali ad essa spettanti, lamentando in particolare l'omessa applicazione della normativa in materia, l'insufficiente attività di vigilanza sui prodotti trasfusi, nonché l'importazione e la distribuzione, attraverso il SSN, di prodotti che avrebbero provocato il danno.

La sussistenza della dedotta responsabilità extracontrattuale del convenuto va quindi accertata da questo Tribunale alla stregua dei criteri di cui all'art. 2043 c.c., verificando in particolare la sussistenza nel caso in esame del danno, della condotta dolosa o colposa e del nesso causale fra condotta e danno.

Prima, però, occorre stabilire se si sia verificata l'eccepita prescrizione quinquennale, ex art. 2947 c.c., dei diritti fatti valere.

Premesso che il termine di prescrizione, nella fattispecie, è di dieci anni, attesa la rilevanza penalistica del comportamento imputato al ministero nella diffusione delle infezioni virali in questione, essendo configurabili astrattamente i reati dell'epidemia colposa ovvero delle lesioni colpose plurime (art. 2947, 3° comma, c.c. e 157, n. 3, c.p.), si osserva che secondo l'Ente convenuto, il *dies a quo* corrisponde al giorno in cui il primo risultato dell'esame di laboratorio fu portato a conoscenza dell'attrice, il che, considerata la presumibile data di contrazione del virus (febbraio 1987/luglio 1989) e il tempo di incubazione dello stesso, dovrebbe ritenersi avvenuto in periodo di poco posteriore: al più

EW

tardi, nel marzo 1992, allorché alla _____, sottoposta in Francia a trapianto renale, venne formulata la diagnosi di "epatite HCV correlata", poi confermata nel maggio dello stesso anno.

Orbene, è noto che il termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno da fatto illecito (art. 2947 c.c.) non decorre dal momento in cui il fatto del terzo determina la modificazione che produce danno all'altrui diritto, ma dal momento in cui la produzione del danno si manifesta all'esterno, divenendo oggettivamente percepibile e conoscibile (cfr. Cass. 27 luglio 2004 n. 14121, 28 settembre 2003 n. 12666, 28 luglio 2000 n. 9927, 12 agosto 1995 n. 8845, 5 luglio 1989 n. 3206; v. pure App. Roma n. 3242 del 4 ottobre 2000).

Poiché la lettera con cui il nosocomio transalpino comunicò al dott. Auciello della "Villa dei Fiori" di Napoli la diagnosi suddetta è datata 27 marzo 1992, può presumersi, considerati i tempi di inoltro della corrispondenza, che il destinatario l'abbia riferita alla paziente entro il 29 marzo 1992, sicché, avendo le originarie attrici instaurato il giudizio con atto notificato il 29 marzo 2002, è da ritenere non completato, sia pure per pochissimi giorni, il decorso di un decennio fra la conoscenza della diagnosi e l'inizio del processo.

In ogni caso, in applicazione del citato principio giurisprudenziale, si sottolinea che il *dies a quo* non può individuarsi nel giorno in cui

_____ venne a conoscenza della patologia da cui era affetta, ma da quello in cui la Commissione Medica Ospedaliera, pronunciandosi sulla sua istanza finalizzata al riconoscimento dei benefici di cui alla legge 25 febbraio 1992 n. 210, il 28 gennaio 1998, le

EW

consentì di sapere che l'infezione da virus C era stata da lei contratta per effetto delle trasfusioni cui era stata sottoposta negli anni fra il 1987 e il 1990, e che dunque all'origine della sua malattia poteva profilarsi un illecito dell'Amministrazione.

Sulla premessa di tali rilievi, l'eccepita prescrizione è senz'altro da escludere.

Può dunque procedersi all'esame delle risultanze dell'indagine tecnica d'ufficio.

L'ausiliare, in base alla documentazione prodotta, ha rilevato che *«la de cuius, affetta da insufficienza renale cronica dal 1986, iniziava il 3.2.1987 trattamento dialitico extracorporeo presso la Casa di Cura "Villa dei Fiori" in Mugnano di Napoli... sottoponendosi nel periodo dal 3.2.1987 al 13.7.1989 per una persistente anemia a numerose trasfusioni di sangue e precisamente nelle date di seguito riportate: 14.5.87, 11.8.87, 17.12.87, 26.1.88, 16.4.88, 30.6.88, 3.9.88, 12.10.88, 8.12.88, 7.3.89, 4.3.89, 18.4.89, 9.5.89, 13.7.89 (come si evince dai diari clinici di ricovero presso l'Ambulatorio Nephros della Clinica suddescritta). In tale sede praticava inoltre negli anni indagini clinico strumentali di controllo. Nel marzo 1992 la paziente era sottoposta in Francia a trapianto renale ma nel dicembre dello stesso anno si faceva diagnosi di rigetto acuto e per tale motivo si procedeva al necessario espianto. Durante lo stesso ricovero in Francia era fatta diagnosi di "Epatite HCV correlata"; tale dato era poi confermato in data 13.5.92 dal Laboratorio di Virologia dell'Ospedale "Ascalesi" in Napoli (Vedi certificato allegato alla produzione). La paziente quindi continuava a praticare sedute*

EW

emodialitiche e controlli clinico-strumentali sempre presso la stessa struttura ospedaliera napoletana fino al 19.11.94. Dal 21.11.1994, infatti, la signora afferì presso il Centro di Nefrologia "Capodimonte" in Napoli con diagnosi d'entrata di: "Insufficienza renale cronica in emodialisi. Paziente trapiantata con rigetto acuto. Morbo di Paget osseo con osteoporosi diffusa. Esiti di poliomielite. Epatite cronica attiva C. Ulcera del duodeno. Sindrome ansioso-depressiva. Scompenso cardiaco da fistola ad alta portata. Ipertrofia concentrica ventricolare sx. "Presso tale struttura praticava oltre le sedute dialitiche, esami clinico-strumentali (es. ematochimici, visite specialistiche, esami radiologici ecc.). La paziente fu seguita presso tale centro fino al 16.1.2003 quando praticò l'ultima seduta dialitica»

La signora è deceduta due giorni dopo.

Il tecnico d'ufficio, premesso che ella «era affetta da: Epatopatia cronica HCV correlata (in paziente affetta da insufficienza renale cronica, da Morbo di Paget, ulcera duodenale, scompenso cardiaco, ipertrofia concentrica ventricolare sx)», ha precisato che «L'epatopatia cronica HCV correlata è una malattia epatocellulare diffusa a carattere infiammatorio mediata da un virus detto appunto dell'epatite C. E' noto che l'epatite di tipo "C" è responsabile di almeno l'80% dei casi di epatite post-trasfusionale. La trasmissione dell'infezione, infatti, avviene prevalentemente per via parenterale; una volta contratta l'infezione, nell'80% circa dei casi la malattia evolve verso il quadro dell'epatite cronica». Ha quindi aggiunto: «possiamo affermare che la sig.ra

era affetta da epatopatia cronica HCV correlata, con-

EW

tratta verosimilmente in seguito alle numerose trasfusioni di sangue praticate dal 1987 al 1989 a causa di un'anemia presente in paziente emodializzata. Per tale motivo è da ravvisare il nesso di causalità»

Tale conclusione è fatta propria dal Tribunale infatti il c.t.u. ha sottolineato il fatto, del resto notorio, che l'infezione *de qua* si contrae nella maggior parte dei casi per via parenterale; sicché le numerose trasfusioni cui la signora ebbe a sottoporsi dal 1987 al 1989 rendono così alta la probabilità che in esse risieda la fonte della malattia, da far apparire del tutto marginale ogni altra ipotesi e da giustificare il ragionevole convincimento della sussistenza del legame eziologico.

Occorre a questo punto stabilire se la condotta colposa del Ministero si sia inserita nella catena causale che ha determinato l'evento dannoso.

Sostiene l'Avvocatura dello Stato che, avendo il Ministero provveduto ad emanare nel tempo, parallelamente alle acquisizioni della scienza medica, numerosi provvedimenti (circolari, decreti, pareri ecc.), con cui furono imposte ai diversi soggetti interessati (unità sanitarie locali, regioni, aziende farmaceutiche ecc.) raccomandazioni e precauzioni al fine di rendere sicuro l'uso del sangue e degli emoderivati e di contrastare il pericolo di infezioni virali nei soggetti riceventi, nessuna responsabilità gli sarebbe imputabile, avendo esso così assolto ai suoi doveri istituzionali.

L'assunto è infondato. Al Ministero, infatti, non è contestata l'omissione normativa, cioè di aver omesso di emanare provvedimenti nella materia in esame, ma di averli emanati in ritardo (ad esempio, è

EW

significativo, come si dirà, il ritardo nell'attuazione del c.d. piano sangue), con contenuti inadeguati e di non aver vigilato sulla puntuale esecuzione degli stessi e, soprattutto, di non aver effettuato controlli effettivi sulla sicurezza del plasma importato dall'estero ovvero del sangue raccolto senza controllo sulla qualità dei donatori, sui canali di approvvigionamento e distribuzione (per il tramite delle case farmaceutiche, degli ospedali ecc.), sulle modalità e le cautele concretamente seguite nella preparazione dei prodotti (nel telegramma inviato il 5.8.1985 alle ditte farmaceutiche il Ministero impose l'impiego del termotrattamento nella produzione degli emoderivati, annunciando, in caso di non ottemperanza, l'adozione di opportuni provvedimenti, il che è significativo dei poteri che la stessa amministrazione sapeva di possedere).

Il Tribunale di Roma in analoga vicenda (e la sentenza, sul punto, è stata confermata in secondo grado) ha affermato la responsabilità del Ministero sull'implicito presupposto che su di esso incombeva il dovere (enucleabile dal complesso normativo sopra richiamato) di vigilare in materia, al quale è coesenziale quello di attivarsi operativamente allo scopo di evitare o, quanto meno, di ridurre il rischio delle infezioni virali notoriamente insite nella pratica terapeutica della trasfusione di sangue e dell'uso degli emoderivati. Si tratta di un orientamento in linea con le acquisizioni più recenti della giurisprudenza (v. *Cass. n. 3132/2001, 7339/1998, 8836/1994*) la quale ha rilevato che l'omissione da parte della p.a. di qualunque iniziativa funzionale alla realizzazione dello scopo per il quale l'ordinamento le attribuisce il potere (qui concernente la tutela della salute pubblica) la espone a responsabilità ex-

EW

tracontrattuale quando dalla violazione del vincolo interno - costituito dal dovere di vigilanza nell'interesse pubblico, il quale è strumentale ed accessorio a quel potere - siano derivate violazioni dei diritti soggettivi dei terzi.

Va a questo punto rilevato che nessuna responsabilità può attribuirsi al Ministero per le infezioni virali contratte prima che fossero acquisite le conoscenze scientifiche sulla certezza diagnostica delle infezioni da HIV, HBV, HCV attraverso il controllo della sieropositività e la messa a punto dei meccanismi immunologici atti ad impedire il contagio tramite le emotrasfusioni e l'assunzione di emoderivati"; di conseguenza, va individuato nel 1978 (in cui fu approntato il test diagnostico rivelatore del virus da epatite B), nel 1985 (in cui fu approntato il test c.d. Elisa rivelatore dell'HIV) e nel 1988 (in cui fu imposto il c.d. termotattamento contro il rischio di trasmissione del virus da epatite C, sebbene il test sia stato messo a punto nel 1989) gli anni a partire dai quali sarebbe configurabile la responsabilità del Ministero per le infezioni, rispettivamente, da epatite B, HIV ed epatite C.

Questa impostazione presuppone che si sappia (o sia possibile sapere) quando il contagio è avvenuto, cioè quando il virus è entrato in contatto con l'organismo infettandolo: è solo in questo caso che è possibile giudicare dell'eventuale responsabilità della p.a. valutando se la stessa abbia posto in essere, anche mediante il controllo e la vigilanza sulle strutture sanitarie aventi compiti operativi, tutte le misure precauzionali che all'epoca erano consigliate dalla scienza al fine di evitare o ridurre i rischi connessi alla pratica trasfusionale.

L'ipotesi ricorre nella fattispecie, essendosi accertato che le trasfusioni da cui si deve ritenere sia scaturita la malattia sono state effettuate negli anni dal 1987 al 1989.

Tuttavia, è ugualmente opportuno esaminare il problema, affermando, nel solco della pregevole sentenza emessa il 15 giugno 2001 dal Tribunale di Roma, che lo stato delle conoscenze progressivamente raggiunte dalla scienza sin dagli anni '70 avrebbe dovuto indurre il Ministero della sanità ad esercitare attivamente il dovere di controllare e vigilare sulla sicurezza del sangue e dei suoi derivati distribuiti dal servizio sanitario nazionale.

Tale disamina può avvenire senza l'ausilio di un'ulteriore consulenza tecnica d'ufficio (che aumenterebbe i costi e allungherebbe i tempi del processo), trattandosi di conoscenze che la frequenza delle controversie in materia e la diffusione degli approfondimenti giurisprudenziali ha reso patrimonio comune.

La storia dell'epatite C nasce quando, verso la metà degli anni '70, scoperta la possibilità di fare la diagnosi diretta dell'epatite A, si notò che delle epatiti ritenute di tipo A perché prive dell'antigene proprio dell'epatite B solo una parte aveva i marcatori propri dell'epatite A, sicché fu dimostrata l'esistenza di una terza forma di epatite che fu chiamata "non A non B". Il primo test che riuscì a individuare il virus mediante la ricerca degli anticorpi HCV fu disponibile solo nel 1989 (c.d. test Eia) e successivamente perfezionato; con d.m. 21.7.1990 fu stabilito l'obbligo di ricercare gli anticorpi anti HCV sulle unità di sangue utilizzate per le trasfusioni.



Non è condivisibile la tesi secondo cui va individuato nell'anno 1988 (in cui fu imposto dal Ministero il c.d. termotrattamento contro il rischio di trasmissione del virus da epatite C, sebbene il test sia stato messo a punto l'anno successivo) il limite temporale prima del quale non vi sarebbe diritto al risarcimento dei danni. Premesso che, dovendosi qui giudicare della responsabilità del Ministero per omessa vigilanza sulla concreta attuazione dei metodi conosciuti di inattivazione virale, non è sufficiente, per escluderla, considerare la sola attività per così dire normativa posta in essere (con circolari, decreti ecc.) dallo stesso Ministero al fine di diffondere informazioni e prescrizioni sulle metodiche di inattivazione (vedi, in questo caso, il parere con cui il Consiglio superiore di sanità, in data in data 17.3.1988, raccomandava il trattamento al calore umido rispetto a quello al calore secco), il punto è che l'amministrazione ha omesso di vigilare sull'effettiva attuazione di qualsiasi tipo di termotrattamento, sicché, pur ammettendo che il metodo del calore umido fosse più sicuro rispetto a quello del calore secco, non v'è prova che quest'ultimo sia stato effettivamente praticato a partire quanto meno dal 1985 (vedi i riferimenti di cui sopra e la stessa circolare n. 28/ 1985 del Ministero). Si è detto, inoltre, che già nel 1985 era conosciuto il c.d. metodo virucida consistente nell'uso di solventi-detergenti (v. Horowitz B., op. cit.; Federazione medica XLIV, cit.) che, distruggendo il virus, è ritenuto il metodo più sicuro. Ma, soprattutto, è necessario chiarire che tutti i metodi in questione sono idonei ad inattivare non solo il virus dell'HIV ma anche gli altri virus dell'epatite C (HCV) e B, sicché irrilevante è che nel 1985 il virus HCV non fosse



stato identificato, dovendo infatti a partire già da quell'anno essere messi in pratica i metodi di inattivazione che erano conosciuti seppur per contrastare i virus allora noti dell'epatite B e dell'HIV.

Ma, a prescindere dai metodi di inattivazione virale (che, è opportuno ricordare, erano idonei a combattere le infezioni trasmesse da emoderivati e non dal sangue intero), sarebbe stato sufficiente non utilizzare sangue o derivati provenienti da soggetti con valore di Alt elevati ovvero positivi al test dell'anti-Hbc per ridurre in modo significativo il rischio dell'epatite C.

La responsabilità del Ministero può quindi essere affermata con sicurezza nei confronti delle persone infettate da epatite C (come nel caso in esame) dopo il 1985.

Poiché fu infettata da epatite C ben dopo il 1985, deve ritenersi che la gravità delle omissioni e dei ritardi del Ministero nella prevenzione di quel tipo di infezione e il principio civilistico dell'estensione della responsabilità aquiliana ai danni non prevedibili mettono in luce la fondatezza della pretesa risarcitoria degli eredi dell'originaria attrice.

Va al riguardo osservato che il diritto al risarcimento del danno biologico, concretandosi questo nella lesione del diritto alla salute, che è sempre presente quando vi è offesa dell'integrità fisica della persona e costituisce, quindi, la voce primaria ed immancabile del danno alla persona, entra a fare parte del patrimonio della vittima nello stesso momento della lesione e, nel caso di decesso, in cui il danno deve essere riferito al periodo intercorso tra la data dell'incidente e quello della

CV

morte, si trasmette, quindi, agli eredi secondo le comuni regole della successione *mortis causa* (cfr. Cass. 27 dicembre 1994 n. 11169; v. pure Cass. 14 marzo 2002 n. 3728, 3 gennaio 2002 n. 24, 10 febbraio 1999 n. 1131, 29 settembre 1995 n. 10271).

Gli eredi di _____ hanno dunque diritto a ottenere il risarcimento dei danni subiti dalla loro dante causa.

Passando al *quantum debeatur*, va detto che il consulente tecnico d'ufficio, nel suo elaborato, cui per brevità si rimanda, preceduto dall'anamnesi patologica dell'infortunata, esente da vizi logici ed obiettivo, ha riferito quanto segue.

«L'esame clinico della paziente non è stato possibile eseguirlo essendo la stessa deceduta in data 18.1.2003. E' possibile per ricostruire indirettamente, sulla scorta della documentazione fornita, un inquadramento clinico-strumentale della patologia epatica della de cuius altamente indicativo. All'esame obiettivo locale dell'addome effettuato in ricorrenza delle visite di accettazione nel due diversi centri di emodialisi la paziente offriva a considerare un fegato debordante due dita traverse dall'arcata costale; ciò sta ad indicare un'epatomegalia, segno precipuo di epatopatia; tale dato viene poi confermato dalle valutazioni ecografiche praticate negli anni durante i controlli seriati. Il fegato, infatti, appariva sempre ingrandito a struttura finemente disomogenea, senza evidenza di lesioni focali né alterazioni a carico della vena porta e/o splenica (eccetto una leggera ectasia della porta ed una splenomegalia evidenziata in occasione degli esami strumentali fatti praticare in sede di CMO). Non è stata mai evidenziata inoltre la presenza di ascite negli

esami ecografici praticati. I valori sierologici delle transaminasi GO e GP (specifici markers di danno epatico) della sig.ra sono sempre risultati nella norma; lo stesso dicasi per i valori coagulativi (piastrine, Pt, Ptt, ecc.), quelli emocromocitometrici (ad eccezione di una fluttuante linfocitosi presente solo in alcuni momenti), sieroproteici e bilirubinici; alterata spesso invece la fosfatasi alcalina, segno di stasi epatica. Certamente presenti l'astenia ed una sindrome depressiva come evidenziato dalle numerose visite neurologiche e prescrizioni di farmaci antidepressivi. Mai nella documentazione agli atti viene fatto dal sanitario un minimo accenno invece a segni e/o sintomi quali subittero, ittero, ascite, ematemesi, reticoli venosi addominali. Non risulta inoltre mai stata richiesta o praticata una visita internistica e/o epatologica (a fronte di numerose consulenze neurologiche). Non risulta inoltre presente nella documentazione fornitami alcuna copia di referto di E.G.D.S. per la valutazione di eventuali varici esofagee, né tantomeno una biopsia epatica. Alla luce quindi di tali postumi (evidenziati sulla scorta della sola documentazione present agli atti), certamente incidenti sulla integrità psicofisica della paziente, appare giusto, a mio giudizio, valutare il caso in esame nella misura globale dei 20% (venti) di puro danno biologico».

Giova a questo punto precisare che nell'ipotesi considerata, ai fini della liquidazione del danno biologico, inteso come danno alla salute, afferente le varie manifestazioni della personalità dell'individuo nel suo ambiente di vita, comprensivo, come tale, del danno alla vita di relazione, di quello estetico e di quello da riduzione della capacità lavora-

tiva generica, non è possibile prescindere dalla durata della sopravvivenza del soggetto che lo ha subito, sicché quanto più essa breve, tanto minore è il risarcimento (*Cass. n. 24/2002 cit.*)

Nel caso in esame, peraltro, non essendo nota la data in cui effettivamente si sviluppò l'epatite, occorre far riferimento al marzo 1992, mese in cui essa venne riconosciuta.

Da allora, fino al momento in cui la signora _____ è deceduta, sono trascorsi quasi undici anni. Di ciò dovrà tenersi conto ai fini della liquidazione, che va effettuata necessariamente in maniera equitativa, non potendosi utilizzare le tabelle in uso, fondate su aspettative di vita presumibili, determinate secondo affidabili criteri probabilistici, laddove nel caso in esame la durata residua della vita dell'infortunata si conosce.

Quindi, facendo proprie le conclusioni del c.t.u., il Tribunale liquida il danno biologico da invalidità permanente, con riferimento all'attualità, nell'importo di euro 27.000,00.

Alla signora _____ sarebbe spettato altresì, *ex art. 2059 c.c.*, il risarcimento del danno non patrimoniale, comprensivo anche di quello conseguente alla ingiusta lesione di un interesse inerente alla persona, costituzionalmente garantito (cd. danno esistenziale: *cfr. Cass. 15 luglio 2005 n. 15022, 31 maggio 2003 n. 8828*).

Considerate in particolare le sofferenze fisiche e psicologiche, nonché le limitazioni alla libera esplicazione della personalità scaturite dalle lesioni accertate, pare congrua la quantificazione di tale danno, sotto ogni profilo, in euro 13.500,00, sempre in termini attuali.

AW

Complessivamente, quindi il pregiudizio subito da
è liquidabile in euro 40.500,00 (27.000,00 + 13.500,00),
somma che ora spetta agli istanti *iure hereditatis*. Su tale importo vanno
calcolati gli interessi legali dal 31 marzo 1999, momento temporale in-
termedio fra il manifestarsi dell'evento lesivo e la data odierna.

Non risultano provate altre voci di danno.

Si deve poi disattendere l'eccezione di *compensatio lucri cum
damno*, formulata dal Ministero in relazione alla somma percepita da
a titolo di indennizzo *ex lege* 25 febbraio 1992 n.
210. Infatti l'art. 1 della legge 25 luglio 1997 n. 238, prevede espressa-
mente la cumulabilità di tale indennizzo con ogni altro emolumento a
qualsiasi titolo percepito, e non pare condivisibile la tesi secondo cui il
termine "emolumento" vada inteso in senso specifico, come corrispet-
tivo di una prestazione continuativa o saltuaria (cfr. Tribunale di Roma,
sent. 8 gennaio 2003). Infatti l'aggettivo "altri", fa comprendere come si
sia inteso considerare anche l'indennizzo previsto dalla legge n. 210/92
come un "emolumento", evidentemente nell'accezione generica di in-
cremento patrimoniale, erogazione.

In ogni caso, la Suprema Corte ha più volte rilevato che il princi-
pio della *compensatio lucri cum damno* può trovare applicazione solo
nei casi in cui il vantaggio economico sia recato al soggetto danneggiato
dal medesimo fatto concreto che ha prodotto il danno, sicché
«dall'importo liquidato a titolo di risarcimento del danno alla persona
(patrimoniale e biologico) non può essere detratto quanto già percepito
dal danneggiato a titolo di pensione di inabilità, di assegni o equo in-

aw

dennizzo e di qualsiasi altra erogazione connessa alla morte o all'invalidità, perché tali erogazioni si fondano su un titolo diverso rispetto all'atto illecito e non hanno finalità risarcitorie» (cfr. Cass., 18 novembre 1997 n. 11440 e 27 luglio 2001 n. 10291; v. pure 24 marzo 2002 n. 4205, 27 marzo 2000 n. 3645, 28 luglio 2005 n. 15822).

Orbene, l'obbligazione indennitaria trae origine dalla legge che riconosce, per ragioni di solidarietà sociale, ai soggetti in difficoltà (non a quelli danneggiati da fatto ingiusto) il diritto a un contributo economico rapportato all'insorgere della malattia, mentre l'obbligazione risarcitoria, che ha carattere di restituzione per equivalente del bene perduto, deriva dal fatto illecito della Pubblica Amministrazione.

In ordine alle lesioni personali subite da _____ in conseguenza della malattia e delle sofferenze patite dalla madre, il tecnico d'ufficio si è così espresso:

«Alla luce dello studio della documentazione agli atti, del rilievo anamnestico, dell'esame obiettivo dal sottoscritto praticato, si può affermare che la sig.ra _____ è affetta da:

- Sindrome ansioso-depressiva su base reattiva.

La signora _____ ha assistito per circa venti la madre gravemente malata, seguendola non solo nei numerosi e periodici ricoveri ospedalieri ma nell'assistenza domiciliare. Si ricorda infatti ... che la madre della perizianda, deceduta in data 18.1.2003, era affetta da multiple patologie altamente invalidanti in primis un'insufficienza renale cronica che ha costretto la de cuius a trattamenti dialitici trisettimanali dal 1987 ed a multiple trasfusioni di sangue per un'anemia deri-

vante. Il complesso quadro patologico della signora . . . era completato inoltre da un Morbo di Paget osseo con osteoporosi diffusa, da esiti di poliomielite, da un'epatite cronica HCV correlata, ulcera duodenale, sindrome ansioso-depressiva, scompenso cardiaco, ipertrofia concentrica ventricolare sx.

Risulta facile quindi capire il complesso e gravissimo quadro clinico di cui era affetta la madre della perizianda che ha comportato una dedizione quasi totale della figlia alla causa medica della mamma ed ha certamente creato uno scompenso della sfera psichica con rivelazione di tutti quei sintomi che si sono rilevati e poi accertati in sede anche medico-specialistica. L'efficacia poi psicolesiva è stata ancor più aumentata in occasione dell'exitus della signora Bucciano. Non esistono quindi a mio giudizio dubbi sull'esistenza del nesso causale tra la storia clinica della signora . . . ed il quadro clinico oggi presente nella figlia . . . L'evento lesivo è stato sicuramente efficace sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo nel creare il quadro patologico reattivo oggi presente.

Ho il dovere però di precisare ... che il quadro clinico oggi presente nella perizianda non può essere messo in correlazione solo con "... le lesioni sofferte dalla madre per effetto delle emotrasfusioni per cui è causa...", come ... indicato nei quesiti posti nel verbale di giuramento. La defunta signora Bucciano, infatti, (così come esposto nell'altro elaborato peritale), in seguito alle emotrasfusioni di sangue praticate, patì un'epatite cronica HCV-correlata. Tale malattia, certamente importante, rappresenta solo una tra le ulteriori e, a mio giudizio, ben più

Er

ben più gravi patologie invalidanti di cui era affetta la signora come suddescritto ed alle quali si rimanda.

Per tale motivo quindi ritengo che l'epatite cronica HCV-correlata, derivata dalle emotrasfusioni praticate alla signora Bucciano abbia soltanto in parte contribuito al quadro clinico oggi presente nella signora *l.* Per tali ragioni Mengo opportuno valutare il danno in esame nella misura non superiore al 2% (due) di puro danno biologico rispetto all'integrità psico-fisica della paziente.»

Il Tribunale condivide appieno l'equilibrata e congrua valutazione del c.t.u..

Giova a questo punto precisare come per la determinazione del danno biologico permanente il criterio maggiormente attendibile sia quello della liquidazione a punto d'invalidità, che tiene adeguatamente conto sia dell'esigenza di uniformità, perché il valore del punto in presenza di pari invalidità è tendenzialmente uguale, sia dell'esigenza di flessibilità, perché, mentre consente eventuali correttivi del caso concreto, attribuisce un diverso valore ai singoli punti di invalidità, in base al rilievo che una menomazione elevata ha un valore invalidante più intenso, rispetto alla mera somma di menomazioni di minore entità.

Con particolare riferimento alle minorazioni di lieve entità, non può, infatti, prescindere dalla considerazione che tanto maggiore è la capacità dell'organismo di assorbire parzialmente e limitare gli effetti della invalidità, mediante la espansione delle funzionalità residue, quanto minore è l'entità di questa.

Per la determinazione del valore del punto, poi, il criterio che, giu-

ar

stamente, trova maggior seguito in giurisprudenza è quello tabellare elaborato dal Tribunale di Milano, che scaturisce da un ponderato confronto fra i metodi precedentemente applicati in giurisprudenza, adotta con particolare rigore il criterio di progressività del valore-punto collegato all'aumento della percentuale d'invalidità e, in relazione alle presumibili aspettative di vita, determinate secondo affidabili criteri probabilistici, prevede l'adozione di coefficienti demoltiplicatori via via decrescenti con il crescere dell'età.

Facendo proprie le conclusioni del c.t.u., il Tribunale liquida pertanto il danno biologico da invalidità permanente nell'importo di euro 1.759,00 ($1.066,23 \times 2 \times 0,825$, coefficiente relativo all'età di

al momento fino al quale ha assistito la madre), rapportato all'attualità.

All'infortunata compete anche, ex art. 2059 c.c., il risarcimento del danno non patrimoniale, comprensivo anche del cd. danno esistenziale.

Considerate le sofferenze fisiche e psicologiche, nonché le limitazioni alla libera esplicazione della personalità scaturite dalle lesioni accertate, pare congrua la quantificazione di tale danno, sotto ogni profilo, in euro 850,00, sempre in termini attuali.

Complessivamente, quindi il pregiudizio subito da

in proprio è liquidabile in euro 2.609,00 ($1.759,00 + 850,00$). Su tale importo vanno calcolati gli interessi legali dal momento temporale intermedio suindicato.

Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo, ponendosi definitivamente a carico del convenuto le spese delle

aw

consulenze tecniche d'ufficio.

P.Q.M.

il Tribunale così giudica:

- 1) dichiara il Ministero della Salute responsabile delle lesioni subite da _____ in conseguenza delle trasfusioni dedotte in giudizio;
- 2) condanna l'Ente convenuto al pagamento, in favore di _____ e _____, della somma di euro 40.500,00, con gli interessi legali dal 31 marzo 1999;
- 3) condanna altresì il Ministero al pagamento, in favore di _____, della somma di euro 2.609,00, con gli interessi legali dal 31 marzo 1999;
- 4) condanna inoltre il convenuto alla rifusione delle spese processuali sostenute dagli attori, liquidate in complessivi euro 6.613,66, di cui euro 1.452,14 per diritti di procuratore, euro 3.600,00 per onorari, euro 930,00 per esborsi e euro 631,52 per rimborso delle spese generali;
- 5) pone definitivamente a carico del Ministero della Salute le spese delle consulenze tecniche d'ufficio.

Napoli, 15 giugno 2006

Il Giudice Istruttore



TRIBUNALE DI NAPOLI
PERVENUTO IN CANCELLERIA
DEPOSITAT..... IN CANCELLERIA

Oggi - 1 SET. 2006

IL CANCELLIERE

IL CANCELLIERE CZ
Dr. Maria Cira Accardo

