

11072

D.P.R. 131/86

TRIBUNALE ORDINARIO DI R

110722 Senter

N. 5522 Cronologica

N. 8500/05 Repertori

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

in composizione monocratica ex art. 281 quater c.p.c. nella persona del giudice istruttore dott. Stefano Olivieri ha emesso la seguente

SENTENZA

2005

nella causa civile in primo grado iscritta al n. 81733/2002 RGAC trattenuta in decisione alla udienza del 1.12.2004 e vertente

tra

-  
, elettivamente domiciliata in Roma via Emilio de' Cavalieri n. 11, presso lo studio dell'avv. Mario Lana che lo rappresenta e difende unitamente agli avvocati Anton Giulio Lana e Mario Melillo per procura speciale apposta a margine dell'atto di citazione;

-attore-

e

- Ministero della Salute in persona del Ministro pro tempore, domiciliato in Roma, via dei Portoghesi 12, presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato dalla quale è rappresentato e difeso ex lege;

- convenuto -

OGGETTO: responsabilità extracontrattuale

CONCLUSIONI

all'udienza del 1.12.2004 i procuratori delle parti precisavano le proprie conclusioni come riportate in parte motiva.

**Svolgimento del processo**

, premesso di essere stato ricoverato nel novembre 1978 presso l'Ospedale S. Camillo di Roma ed ivi sottoposto ad intervento di splenectomia per rottura traumatica di milza con emiperitoneo, nel corso del quale veniva sottoposto ad emotrasfusione, ha convenuto in giudizio il

Giudice  
Stefano Olivieri



Ministero della Salute per sentirlo condannare al risarcimento dei danni subiti in conseguenza della patologia virale (epatite cronica attiva HCV) contratta in seguito alla predetta trasfusione di sangue -acquistato, raccolto, prodotto e comunque distribuito dalle strutture del Servizio sanitario nazionale-, avendo riconosciuto (nota in data 3.2.1999) la C.M.O. di Roma, adita ai sensi della legge n. 210/1992, la sussistenza del nesso di causalità tra la trasfusione e la patologia infettiva.

A sostegno della domanda ha richiamato la legislazione attributiva delle competenze amministrative in materia, affermando la responsabilità del Ministero convenuto ex artt. 2043, 2050 e 1218 c.c. per:

- l'omessa verifica da parte del Ministero della Sanità delle fonti di approvvigionamento del sangue e degli emoderivati
- l'omesso esercizio della attività di controllo e vigilanza sugli enti autorizzati alla raccolta del sangue, ed alla produzione e distribuzione dei prodotti derivati, al fine di impedire la circolazione di sangue ed emoderivati infetti.

Si è costituita la PA ed ha chiesto il rigetto della domanda deducendo che: non potevano imputarsi alla PA ritardi normativi in quanto lo studio scientifico delle patologie richiedeva tempi lunghi e le acquisizioni scientifiche relative al virus HCV erano intervenute soltanto in tempi successivi (nel 1989) alla contrazione della patologia (1978); che nessun prodotto emoderivato e nessuna trasfusione possono ritenersi assolutamente sicure e prive di rischi, dovendo essere guidato l'impiego di tali rimedi dall'attento controllo delle ditte produttrici, dei presidi ospedalieri e delle case di cura nonché dal giudizio del sanitario curante sotto la sua specifica responsabilità; che la pretesa risarcitoria doveva ritenersi prescritta ex art. 2947 c.c. decorrendo il "dies a quo" quanto meno dal giorno in cui il primo esame di laboratorio era stato portato a conoscenza dell'attore (nel 1989, come affermato in citazione).





La causa, istruita con prove documentali, c.t.u. medico-legale e prova orale, è stata trattenuta in decisione alla udienza indicata in epigrafe con assegnazione dei termini ex art. 281 quinquies c.p.c.

### **Motivi della decisione**

1. La eccezione di prescrizione proposta dall'Avvocatura erariale è infondata.

Ed infatti, se, da un lato, l'attore soltanto all'esito degli accertamenti svolti dalla C.M.O. di Roma (cfr. verbale in data 3.2.1999 -doc 4 att.-) ha potuto avere un quadro completo degli elementi della fattispecie configurante l'illecito civile, essendo emersa soltanto in seguito alla verifica della eziologia della patologia infettiva la esistenza di un danno ingiusto risarcibile (e dunque potendo soltanto da tale momento essere fatto valere il diritto al risarcimento), dall'altro, appare dirimente per ritenere infondata la eccezione preliminare la circostanza che l'illecito aquiliano contestato alla PA integra la fattispecie di reato di lesioni personali gravissime (ex art. 590 commi 2 e 4 in relazione all'art. 583 comma 2 n. 1 c.p.), trovando in conseguenza applicazione il termine prescrizione più lungo previsto per il reato (art. 2947 comma 3 c.c.), trattandosi di reato procedibile di ufficio.

2. Venendo a trattare del merito rileva il Tribunale che la questione inerente all'accertamento della derivazione eziologica delle patologie virali dalle trasfusioni/somministrazioni di sangue ed emoderivati (questione che, diversamente da quanto sembrerebbe ritenere la parte attrice, non rimane interdotta dal parere già espresso dalla Commissione medica ospedaliera: la valutazione medico-legale effettuata dai predetti organi amministrativi consiste, infatti, in un mero giudizio tecnico e non nella attestazione di un fatto, e pertanto non vincola il Tribunale in quanto inidonea ad esplicare efficacia probatoria privilegiata ex artt. 2699 e 2700 c.c., ed altresì a produrre gli effetti propri della confessione stragiudiziale ex artt. 2730 e 2735 c.c.) rimane nella specie superata in quanto sottratta al "*thema controversum*": la PA, infatti, costituendosi, non ha contestato l'accertamento tecnico, né ha



Giudice  
Stefano Olivieri



dedotto argomenti critici in ordine alle modalità di indagine ovvero al metodo scientifico adottato dalla C.M.O. per verificare la esistenza del rapporto di derivazione causale dell'infezione virale dall'atto trasfusionale o dalla somministrazione di prodotti ematici, dovendo in conseguenza ritenersi acquisito al processo come dato certo ed incontestato che la malattia infettiva accertata sia conseguenza diretta della trasfusione di sangue alla quale si è sottoposto l'attore nel corso dell'intervento chirurgico eseguito il 17.11.1978. Né in contrario può affermarsi la inutilizzabilità in giudizio dell'accertamento eseguito dalla C.M.O. in quanto atto strumentale del procedimento amministrativo volto al riconoscimento dell'indennizzo ex lege n. 210/1992. Appare evidente, infatti, che l'oggettivo e generale accreditamento dei criteri di indagine e di verifica sperimentale adottati dalla scienza medica impedisce, anche in astratta ipotesi, la possibilità che una medesima indagine scientifica possa pervenire a risultati differenti od incompatibili, o comunque avere un differente contenuto e valore scientifico, in relazione alla mera diversità dell'ambito organizzativo e funzionale -amministrativo; giurisdizionale- nel quale viene svolta).

3. Dato quindi per accertato il nesso causale tra infezione e trasfusione di sangue, occorre procedere alla confutazione della eccezione di difetto di legittimazione passiva e della difesa della PA volta ad indicare in soggetti terzi (regione, USL, enti ospedalieri, ditte produttrici e distributrici) la responsabilità per i danni subiti dall'attrice.

Rileva il Tribunale che non può escludersi "in astratto" una responsabilità dei sanitari ospedalieri e delle ditte importatrici e distributrici di sangue ed emoderivati per aver omesso di effettuare i dovuti controlli di compatibilità del donatore ovvero sulle sostanze ematiche utilizzate per la fabbricazione dei prodotti derivati, controlli prescritti dalla normativa (cfr. legge n. 592/67 e Dpr n. 1256/1971) o comunque suggeriti dalla scienza e dalla prassi medica vigenti all'epoca in cui l'attore ha contratto la patologia virale (HCV: 1978).



Se da un lato, infatti, non sembra potersi prescindere -nell'accertamento delle diverse condotte tutte potenzialmente idonee a concorrere nella produzione del danno- dalla relazione tra il danneggiato ed i soggetti che hanno fornito i prodotti ematici ed eseguito le prestazioni sanitarie in favore del predetto, dall'altro non pare dubbio che se le acquisizioni scientifiche del tempo suggerivano e consentivano l'adozione di cautele e di misure di controllo preventive (anche se meramente precauzionali) volte alla tutela della salute degli emotrasfusi, difficilmente tali soggetti (professionisti; USL, enti ospedalieri, ditte produttrici e distributrici) potrebbero andare esenti da responsabilità -per aver disatteso le condotte precauzionali suggerite dalla prassi medica ovvero per aver omesso la esecuzione delle opportune verifiche- allegando la mancanza di norme ed istruzioni tecniche emanate dalla Ministero della Sanità.

Tuttavia la -eventuale- condotta colposa dei sanitari dell'Ospedale e delle ditte produttrici e distributrici degli emoderivati non potrebbe comunque esaurire la fattispecie illecita, concorrendo -secondo la prospettazione attorea- nella produzione del danno alla salute derivato al Maniscalco dall'atto trasfusionale anche la condotta colposa omissiva del Ministero della Salute, in conseguenza della mancata o ritardata attuazione di prescrizioni di legge ovvero della ritardata emanazione di istruzioni e prescrizioni tecniche volte alla tutela della salute pubblica e concernenti l'esercizio di competenze proprie della PA, nonché della omessa esecuzione della attività di vigilanza sui centri trasfusionali e sulle ditte autorizzate alla fabbricazione e commercializzazione dei prodotti derivati dal sangue intero (la specifica natura della condotta imputata alla PA consente pertanto di escludere la qualificazione dell'illecito "sub specie" dell'art. 2050 c.c. in quanto la emanazione di norme od istruzioni e l'esercizio dei poteri di vigilanza non sono riconducibili alla nozione di "attività pericolosa" -individuata dalla norma con riferimento alla natura oggettiva dell'attività ovvero dei mezzi

RECUPERO

adoperati e che può pertanto configurarsi esclusivamente nei confronti dei soggetti produttori, distributori, importatori che utilizzano nella loro attività il sangue ed i prodotti da esso derivati: conf. Corte appello Roma 23.10.2000 n. 3242 in Danno e resp. 2001 pag. 1067). Ma proprio sulla relazione di interdipendenza causale tra la condotta omissiva -asseritamente colposa- dell'Amministrazione statale e la colpa professionale dei medici che praticarono la trasfusione e/o la condotta colposa degli enti, delle ditte e dei centri di raccolta e distribuzione degli emoderivati viene ad innestarsi la difesa della PA convenuta, sostenendosi l'irrilevanza sul piano deterministico del mancato esercizio delle competenze amministrative (di indirizzo e coordinamento, e di normazione secondaria) da parte del Ministero della Salute in considerazione:

- a) delle competenze trasferite alle regioni in materia sanitaria;
- b) della autonomia organizzativa e tecnica delle strutture ospedaliere inquadrare nelle UU.SS.LL. (enti pubblici strumentali delle regioni ex lege n. 833/1978);
- c) della assenza, al tempo della contrazione del virus da parte dell'attore, di conoscenze acquisite dalla scienza medica in ordine a sistemi idonei ad individuare la presenza del virus HCV.

Gli argomenti difensivi sono privi di pregio.

Premesso che l'avvenuto trasferimento alle regioni delle competenze in materia sanitaria con Dlgs n. 112/998 (e successivi provvedimenti di attuazione) non incide sulle responsabilità civili pregresse, non essendo stato disposto un subentro degli enti territoriali nei preesistenti rapporti obbligatori -tra cui quelli derivanti, come nella specie, da illecito extracontrattuale- facenti capo alla Amministrazione statale, destituita di fondamento deve ritenersi la difesa della PA che imputa alla USL (in relazione al fatto illecito dei sanitari dipendenti ex art. 2049 c.c.) ovvero alla regione la omessa vigilanza sullo svolgimento dell'attività sanitaria. Se infatti gli ospedali (che



Giudice  
Stefano Olivieri



ai sensi della legge 12.2.1968 n. 132 erano stati costituiti in "enti ospedalieri" (dotati di personalità giuridica di diritto pubblico ed istituzionalmente preposti alla assistenza ospedaliera, al ricovero ed alla cura degli infermi) con la legge 23.12.1978 n. 833 istitutiva del SSN sono stati soppressi ed inquadrati nelle strutture delle UU.SS.LL. (enti pubblici regionali) e se con Dpr 14.1.1972 n. 4 si era già provveduto al trasferimento alle regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, rileva il Tribunale che -anche dopo i predetti interventi normativi-, da un lato, le competenze già attribuite al Ministero della Sanità dall'art. 1 della legge n. 592/1967 ("*...emana le direttive tecniche.....esercita la vigilanza*") sono rimaste immutate (cfr. art. 6 comma 1 nn. 11 e 17 del Dpr n. 4/1972: "*restano ferme le attuali competenze degli organi statali in ordine .....alla produzione, commercio e vendita...di emoderivati...alla raccolta, conservazione e distribuzione di sangue umano*"; peraltro la delega di funzioni amministrative attribuita in tali materie alle regioni, limitatamente ai compiti dell'ufficio del medico provinciale -artt. 12 e 13-, non ha sottratto allo Stato i poteri di vigilanza e controllo, essendo espressamente previsto, in tali ipotesi, il potere di direttiva nonchè l'esercizio del potere sostitutivo "*in caso di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio delle funzioni delegate*" -art. 13-); dall'altro la legge 23.12.1978 n. 833, innovando alla precedente disciplina normativa, ha riservato allo Stato la competenza legislativa in materia di "*raccolta, frazionamento, conservazione e distribuzione del sangue umano*" -al fine di assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale- ed al Ministro della Sanità il potere di emanare direttive concernenti le attività delegate alle regioni (art. 4), attribuendo altresì allo Stato le funzioni amministrative concernenti "*la produzione, la registrazione, la ricerca, la sperimentazione, il commercio e l'informazione concernenti i prodotti chimici usati in medicina, i preparati*"



Gipdice  
Stefano Olivieri



farmaceutici.....gli emoderivati" (art. 6 lett. c: per tali prodotti rimane quindi esclusa la delega di funzioni amministrative alle regioni ex art. 7 lett. c).

Risulta pertanto accertato che, anche dopo il trasferimento di competenze in materia sanitaria alle regioni e la istituzione del SSN il Ministero della Sanità ha mantenuto una posizione preminente nell'organizzazione del sistema della raccolta, conservazione e distribuzione del sangue e nella produzione e commercializzazione degli emoderivati, essendo tenuto -in virtù delle competenze normative ed amministrative espressamente attribuite dalla legge- ad emanare tutte le prescrizioni tecniche necessarie ad impedire la diffusione o trasmissione di patologie (nella specie virali) collegate all'uso in medicina del sangue umano e dei suoi derivati e specificamente al servizio trasfusionale effettuato in sede ospedaliera, nonché ad organizzare ed eseguire la vigilanza (anche periodica o a campione) ed i necessari controlli sulla corretta e regolare applicazione delle metodiche da parte degli operatori sanitari e dei Centri trasfusionali.

Appare dunque evidente come, anche ad ipotizzare in astratto un contributo causale determinante degli altri soggetti operanti nell'ambito del SSN, si verrebbe comunque a configurare nel caso di specie (in presenza di accertate omissioni del Ministero) una responsabilità solidale ex art. 2055 c.c. (medici dipendenti pubblici, ente ospedaliero, regione, Ministero della Sanità), dovendo quindi ritenersi destituita di fondamento la tesi difensiva secondo cui i poteri amministrativi di "indirizzo e coordinamento" attribuiti al Ministero non avrebbero potuto avere alcuna incidenza nella serie causale delle condotte produttive del danno, e rimanendo in conseguenza privo di efficacia il tentativo della difesa erariale di individuare "esclusivamente" nell'ente ospedaliero (ora Azienda ospedaliera) ovvero nella regione l'unico soggetto legittimato passivamente all'azione risarcitoria.

4. Tanto premesso occorre verificare -in concreto- se il danno conseguito all'atto trasfusionale medico ovvero alla somministrazione di emoderivati sia

Giudice  
Stefano Olivieri



stato originato, indotto, agevolato da ingiustificate carenze od omissioni nell'esercizio dei poteri amministrativi nonché dalla tardiva o lacunosa attività di normazione secondaria del Ministero convenuto.

La condotta colposa ascritta alla PA viene individuata dall'attore nella incompleta attuazione -alla stregua delle conoscenze scientifiche acquisite al tempo- della legislazione statale e delle normativa comunitaria vigente all'epoca dei fatti volta a dettare condotte precauzionali idonee a prevenire ed evitare contagi post-trasfusionali, nonché nella omessa o inadeguata attivazione dei controlli amministrativi e tecnici (sulle ditte produttrici, sui centri di raccolta e sulle strutture ospedaliere) già previsti da norme di legge.

Occorre quindi passare in esame la normativa in questione:

- legge 13.3.1958 n. 296 istitutiva del Ministero della Sanità che prevede, tra l'altro, la emanazione in vista della tutela della salute pubblica di *"istruzioni obbligatorie per tutte le amministrazioni pubbliche che provvedono ai servizi sanitari"* (istruzioni adottate con DM 20.12.1961)
- direttiva CEE in data 26.1.1965 n.65/65 Cee che indica i principi generali cui gli Stati membri dovevano adeguarsi in materia di corretto uso di medicinali
- legge 14.7.1967 n. 592 in materia di raccolta, conservazione, frazionamento, controllo ed utilizzo dei prodotti di sangue e plasma, che attribuisce in particolare al Ministero della Sanità *"il compito di emanare direttive tecniche per l'organizzazione, il funzionamento ed il coordinamento dei servizi inerenti alla raccolta, preparazione, conservazione e distribuzione del sangue umano per uso trasfusionale, nonché alla preparazione dei suoi derivati e ne esercita la vigilanza"* (art. 1); la competenza del medico provinciale ad autorizzare i Centri di raccolta, preparazione, produzione e trasfusione previa verifica della idoneità tecnica delle strutture; l'obbligo degli Ospedali di dotarsi di un autonome Centro trasfusionale (art. 10); l'autorizzazione ministeriale alle Officine farmaceutiche per l'esercizio della produzione e



rendita degli emoderivati; l'obbligo dei Centri di "mantenere aggiornati schedari distinti per i donatori periodici, per i donatori occasionali e per i donatori professionali" (art. 17); l'autorizzazione ministeriale per la importazione/esportazione di sangue umano e dei suoi derivati (art. 21)

- DM 18.6.1971 (direttive tecniche per la determinazione dei requisiti del sangue umano e dei suoi derivati) che prescrive all'art. 5 la esecuzione della Venereal Disease Reaction Laboratori sul campione corrispondente ad ogni flacone di sangue, e, relativamente alla preparazione di immunoglobuline umane, individua i soggetti affetti da epatite come potenziali trasmettitori di infezioni (artt. 106 e 124)

- Dpr 24.8.1971 n. 1256 (regolamento di attuazione ex art. 20 legge n. 592/1967) che prevede:

a) il divieto di accettare come donatori i soggetti "affetti da epatite virale...malattie croniche ...epatiche e del sangue...o altre malattie che a giudizio del medico controindichino la donazione di sangue (ad esempio emopatie congenite.....)..." (art. 46), nonché "coloro che negli ultimi sei mesi abbiano ricevuto una trasfusione di sangue, plasma, fibrogeneo altri derivati che possano trasmettere l'epatite;.....coloro che negli ultimi sei mesi abbiano avuto contatti con epatici" (art. 47, cfr. anche art. 57);

b) l'obbligo di sottoposizione dei donatori a controllo anamnestico-clinico e ad esami chimici e strumentali obbligatori, prima del prelievo e quindi periodici, oltre ad esami facoltativi a giudizio del medico: emocromocitometrico, ematocrito, protidemia, sedimentazione delle emazie, urine, glicemia, azotemia, radiografia del torace, elettrocardiogramma, emoglobina (artt. 49, 51 e 56)

- DM 15.9.1972 (disciplina dell'importazione ed esportazione del sangue umano conservato e dei suoi derivati) che tuttavia si limita a prevedere che l'importatore -ente od officina farmaceutica- "assume la responsabilità della

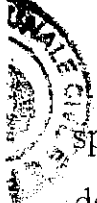


sussistenza nel prodotto importato dei requisiti minimi richiesti dalla disciplina in vigore" e che i Centri autorizzati alla produzione degli emoderivati "possono procedere, senza alcuna formale autorizzazione.....alla distribuzione immediata del sangue umano e dei suoi derivati quando provengano da Paesi nei quali sia in vigore una normativa in materia atta a garantire la sussistenza dei requisiti minimi prescritti dal regolamento di attuazione della legge n. 592/1967 e dal DM di attuazione 18.6.1971"


- legge 7.8.1973 n. 519, che attribuisce 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.: v. art. 9 l. n. 833/1978 cit.) a tutela della salute pubblica

- DL 30.10.1987 n. 443 (conv. in legge 29.12.1987 n. 531) che sottopone i medicinali alla c.d. "farmacovigilanza" da parte del Ministero della Sanità che si avvale dell'Istituto superiore di sanità e delle stesse unità sanitarie locali (art. 9, co. 1, 6), le quali hanno un obbligo di informazione nei confronti del Ministero che, a sua volta, può stabilire le modalità di esecuzione dei monitoraggi sui farmaci a rischio ed emettere provvedimenti cautelativi riguardanti i prodotti in commercio (co. 2, 7, 8)

- legge n. 107/1990 cit. (contenente la disciplina per le attività trasfusionali e la produzione di emoderivati) che assoggetta a prezzo amministrativo imposto le cessioni di unità di sangue e stabilisce i 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: v. art. 8, co. 2, lett. c, h, co. 4): in particolare all'Istituto superiore è attribuito il compito di provvedere alla prevenzione delle malattie trasmissibili, di ispezionare e controllare le aziende di produzione di emoderivati e le specialità farmaceutiche emoderivate (v. art. 9, lett. a, d, e; l'art. 10, co.1, chiarisce che le frazioni plasmatiche che non possono essere prodotte con mezzi fisici semplici sono



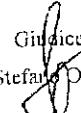
specialità farmaceutiche di produzione industriale soggette ai controlli dell'autorità sanitaria *“da espletarsi sugli impianti produttivi delle aziende previamente autorizzate, sul plasma di origine e sulla produzione finale”*), di vigilare sulla qualità dei plasmaderivati prodotti in centri individuati ed autorizzati dal Ministero (art. 10, co. 2); l'art. 15 stabilisce che l'importazione del sangue umano conservato e dei suoi derivati sono autorizzate dal Ministero della sanità, che l'importazione di emoderivati pronti per l'impiego è consentita a condizione che (fatta eccezione per quelli di provenienza da paesi europei) risultino autorizzati anche da parte dell'autorità sanitaria italiana e comunque *“a condizione che su tutti i lotti e sui relativi donatori sia possibile documentare la negatività dei controlli per la ricerca di antigeni ed anticorpi di agenti infettivi lesivi della salute del paziente ricevente”*; l'art. 17 prevede sanzioni penali nei confronti delle persone e delle strutture trasfusionali che violino le norme in materia (cfr. art. 11 d.lgs. 18.2.1997, n. 44); il Ministero della sanità deve presentare annualmente al Parlamento una relazione sullo stato di attuazione della legge (art. 22)

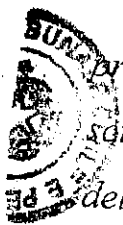


- Dlgs. 29.5.1991, n. 178, che disciplina, tra l'altro, le modalità di rilascio e revoca dell'autorizzazione ministeriale alla produzione, importazione ed immissione in commercio delle specialità medicinali, con incisivi poteri ispettivi e di vigilanza del Ministero (v. artt. 3, 7, 14)

- DM 12.6.1991 che disciplina l'autorizzazione ministeriale all'importazione di sangue e plasmaderivati, stabilendo che essa può avvenire *“dopo aver accertato l'origine del sangue o del plasma e dopo aver acquisito da parte delle autorità sanitarie e dei produttori dei Paesi importatori le garanzie necessarie e i dettagli delle metodiche utilizzate per assicurare la protezione dei donatori e dei riceventi”* (art. 1, co. 2) e *“a condizione che il richiedente sia in grado di eseguire sul prodotto importato i controlli previsti dalla Farmacopea ufficiale ... e possa assicurare in qualsiasi momento e per qualsiasi evenienza la documentazione relativa alla selezione dei donatori”* (co. 3); *“i requisiti cui debbono corrispondere le importazioni di plasma e di plasmaderivati sono fissati ... su*

Giudice  
Stefano Olivieri





proposta del Consiglio superiore di sanità ... tenendo conto delle acquisizioni scientifiche in materia e della esigenza di realizzare l'autosufficienza nazionale del sangue" (co. 4); "nei casi di necessità ed urgenza ... il Ministero della sanità può procedere direttamente all'importazione dei prodotti ... e alla successiva distribuzione tramite i centri regionali di coordinamento e compensazione ..."

(art. 2)

- Dlgs. 30.12.1992 n. 502, e successive modificazioni, 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-, octies)

- Dlgs. 30.6.1993 n. 266 che ha conservato al Ministero della Sanità compiti in materia di sanità pubblica e "vigilanza" sulle specialità medicinali (art. 1, lett. c, d): l'art. 4 del regolamento di attuazione approvato con d.p.r. 2.2.1994 n. 196, modificato dal d.p.r. 1.8.1996 n. 518, attribuisce al dipartimento del Ministero per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza la vigilanza sulla conformità delle specialità medicinali alle norme nazionali e comunitarie, prevede che il suddetto dipartimento "si avvale" per questo compito delle regioni, unità sanitarie locali, aziende ospedaliere ecc., oltre che di un servizio di vigilanza sugli enti, tra cui la Croce rossa italiana; all'Istituto superiore di sanità sono demandate le funzioni di controllo (con riferimento ai farmaci e vaccini, provvede all'accertamento dell'innocuità dei prodotti farmaceutici e delle "specialità medicinali"), oltre che di ricerca e sperimentazione per quanto concerne la salute pubblica

- Dlgs. n. 44/1997 che individua nel Ministero della Sanità l'organo di vertice del sistema nazionale della farmaco-vigilanza (art. 2)

- Dlgs. 27.12.1997 n. 449, che 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)



Giudice  
Stefano Olivieri

- Dlgs. 31.3.1998 n. 112, che ha operato il conferimento alle regioni della generalità delle attribuzioni statali in materia di salute umana, ha lasciato invariato il riparto di competenze in materia di sangue umano e suoi componenti, di produzione di plasmaderivati e farmacovigilanza (artt. 115, 116).



Tanto premesso la parte attrice ha inteso, in particolare, fondare la propria pretesa risarcitoria sulla responsabilità "per omessa vigilanza" e per inerzia colpevole del Ministero della Sanità nell'attuazione del cd. Piano Sangue e Plasma nazionale previsto dalla legge del 1967 ma attuato solo nel 1994 in applicazione della legge 4.5.1990 n. 107 (*"inerzia che aveva consentito il ricorso all'importazione di sangue e derivati da paesi terzi inaffidabili, ovvero la raccolta del sangue senza controllo sulla qualità dei donatori quali soggetti immuni"*): cfr. sentenza della Corte d'appello di Roma in data 23.10.2000 n. 3242), responsabilità ripetutamente affermata in relazione alle fattispecie di illecito previste dagli artt. 2043 e 2050 c.c. dalle note sentenze Trib. Roma I sez. in data 27.11.1998 (in *Danno e Resp.* '98 pag. 214 ss.), confermata da Corte d'appello Roma in data 23.10.2000 n. 3242, e Trib. Roma II sez. 14.6.2001 (in *Giur. romana* n.8/9 2001 e *Corr. giur.* 2001 pag. 1204), confermata da Corte d'appello Roma in data 12.1.2004 n. 133, che hanno accertato la colposa omissione da parte dell'Amministrazione statale di attività doverose (*"sistematica mancanza di effettivi controlli, quanto meno a campione, su plasma ed emoderivati.....nel lasso di tempo dal 1967 al 1994"*) con riferimento tanto al sangue intero importato dall'estero o prelevato ai donatori in Italia, quanto alla fabbricazione e commercializzazione di plasmaderivati, osservando che *"pur in assenza di una compiuta normativa sulla plasmaferesi ed in mancanza di un piano nazionale del sangue, la convenuta PA aveva comunque l'obbligo, quanto meno, di sorvegliare sul plasma importato dall'estero e sui canali di approvvigionamento e di distribuzione di cui si avvaleva in via non sussidiaria, ma quantitativamente*

Giudice  
Stefano Olivieri



preminente (case farmaceutiche, ospedali, farmacie, ecc...)" (cfr. Trib. Roma I sez. 27.11.1998).

Orbene, pur considerando che le richiamate sentenze concernono fattispecie solo in parte coincidenti con il caso che viene all'esame del presente giudizio (avendo ad oggetto danni da infezione virale contratta a causa di somministrazione di "emoderivati" e non anche, come nel caso dell'attrice sottoposta ad intervento chirurgico, a causa di trasfusione di "sangue intero", con rilevanti conseguenze in ordine al giudizio di responsabilità per colpevole ritardo del Ministero nella introduzione del "trattamento al calore antivirucidico" quale procedimento di inattivazione virale, atteso che tale metodica -come universalmente riconosciuto dagli studiosi ed esperti- è efficace soltanto sugli "emoderivati" mentre non può essere applicata al sangue intero, pena la distruzione della parte corpuscolata -emazie, piastrine e globuli bianchi-), tuttavia i giudizi di responsabilità da esse espressi appaiono pienamente condivisibili e possono trovare applicazione anche alla presente controversia, come specificato di seguito, in considerazione delle nozioni e delle acquisizioni tecnico-scientifiche già disponibili al tempo dell'illecito.



La difesa svolta sul punto dalla PA (la mancanza di una conoscenza scientifica del virus renderebbe causalmente irrilevante la condotta omissiva amministrativa e normativa dell'Amministrazione) è infondata.

In proposito occorre rilevare che "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" risalgono cronologicamente, rispettivamente con riferimento alla epatite B, all'HIV, ed alla epatite C, all'anno 1978 -in cui fu approntato il test diagnostico rivelatore del virus da epatite B-, all'anno 1985 -in cui fu approntato il test c.d. Elisa rivelatore dell'HIV- ed all'anno 1988 -in cui fu

Giudice  
Stefano Olivieri



posto il c.d. termotrattamento contro il rischio di trasmissione del virus da  
patite C, sebbene il test sia stato messo a punto nel 1989- (cfr. Corte  
appello n. 3242/2000, motivazione pag. 41).

Tuttavia è stato correttamente evidenziato (Trib RM II sez. 14.6.2001) che  
se, da un lato, l'anno in cui è stato perfezionato il test -che consente la  
certezza diagnostica del virus- non può costituire un utile parametro di  
accertamento della rilevanza della condotta omissiva della PA, considerato  
che il test non è in grado di fornire alcuna indicazione sul tempo del contagio  
(con la sola esclusione dei casi in cui sia stato possibile identificare  
cronologicamente il fatto -la trasfusione- causativo della patologia epatica o  
dell'HIV) atteso che la patologia può manifestarsi anche a distanza di anni,  
dall'altro la responsabilità della PA non può ritenersi esclusa per contagi  
contratti anche in anni precedenti, dovendo farsi risalire fin da i primi anni '70  
-alla stregua delle informazioni e delle conoscenze disponibili a tale data- la  
concreta possibilità per il Ministero di emanare le istruzioni e le direttive  
necessarie ad attivare gli interventi di prevenzione.

Possono richiamarsi al riguardo le argomentazioni svolte nella sentenza del  
Tribunale di Roma del 2001 con riferimento a soggetti emofilici: *"non si può  
fare a meno di considerare che si tratta di soggetti (come gli emofilici e coloro  
che siano affetti da altre emopatie croniche) costretti ad assumere emoderivati o  
a sottoporsi a trasfusioni di sangue intero o di suoi componenti periodicamente  
e per tutta la vita. Sicché, presumere che il contagio sia avvenuto il giorno (che  
a volte risale ad anni anche molto risalenti con punte sino agli anni '50) di  
inizio del trattamento, il quale è poi proseguito per decenni, anche dopo gli anni  
di sbarramento sopra indicati e sino agli anni '90 o prosegue tuttora, non può  
essere condiviso.*

*Se si condivide la premessa secondo cui occorre aver riguardo alla condotta  
del Ministero durante l'intero arco temporale del trattamento trasfusionale (in  
senso lato), la responsabilità dell'amministrazione non può essere negata*

Giudice  
Stefano Olivieri



laddove sia dimostrabile che il contagio sia avvenuto in epoca successiva agli anni indicati dalla Corte (1978, 1985 e 1988), essendo in questi casi ancor più grave la responsabilità per condotta omissiva della p.a., in quanto erano già conosciuti e diffusi i metodi di rilevazione diretta dei virus.

Ma analoga responsabilità riguarda le infezioni che dalla documentazione sanitaria (e dallo schema riassuntivo) in atti sembrerebbero contratte prima di quegli anni (come risulta dalle diagnosi verosimilmente effettuate, anche in data successiva, in base ai sintomi della malattia, attesa l'inesistenza in quei tempi di esami per la rilevazione sierologia dei virus in questione): ci si riferisce a \* (HCV nel 1986), \* (HIV nel 1983), \* (HIV nel 1983, HCV nel 1987), \* (HIV nel 1984), \* (HIV nel 1983), \* (HIV nel 1983), \* (HCV nel 1977), \* (HBV nel 1971, HIV nel 1983), \* (HIV nel 1984), \* (HIV nel 1984), \* (HCV nel 1986), \* (HBV nel 1976), \* (HIV nel 1984), \* (HCV nel 1981), \* (HIV nel 1984), \* (HIV nel 1984), \* (HIV nel 1983), \* (HIV e HCV nel 1984), \* (HIV nel 1983), \* (HIV nel 1983), \* (HCV nel 1984), \* (HCV nel 1986), con la precisazione che alcuni di essi sono risultati affetti anche da altri virus.

Infatti, nonostante (nei suddetti casi) la rilevazione della malattia sia avvenuta in date precedenti a quelle di sbarramento individuate dalla Corte [ndr. Corte d'appello n. 3242/2000], essendo il trattamento proseguito (nel senso che la somministrazione di emoderivati ovvero le trasfusioni sono avvenute) anche successivamente ai primi anni '70 in cui, come si vedrà, è configurabile la responsabilità del Ministero, si deve ritenere che la condotta omissiva di quest'ultimo abbia contribuito alla diffusione delle infezioni. La soluzione che vorrebbe addossare ai danneggiati l'onere di fornire l'ardua prova della data in cui il virus è entrato in contatto con l'organismo, non è condivisibile, specie nell'ambito di un giudizio, com'è questo, avente ad oggetto l'accertamento della generica potenzialità lesiva della condotta illecita sulla base di un apprezzamento di probabilità o verosimiglianza: al principio di prova offerto dai danneggiati circa l'esposizione ai rischi di infezioni post-trasfusionali in

Giudice  
Stefano Olivieri



epoca successiva ai primi anni '70 (e sino agli anni '80-'90), il Ministero non ha contrapposto alcun elemento di prova contrario, non avendo nemmeno dedotto l'interruzione del trattamento trasfusionale prima di quegli anni ovvero allegato una causa diversa del contagio (è significativo, del resto, che agli anni '70 si riferiscono le prime segnalazioni di epatite chiamata "non A non B" che, nell'80% circa dei casi, è causata dal virus dell'HCV e che solo nel 1981 furono segnalati i primi casi di Aids)".

Osserva in proposito il Tribunale che :

1-) già dai primi anni '70 erano stati individuati casi di epatite in pazienti sottoposti a trasfusioni non dovuti al virus A né al virus B (statistiche sanitarie più complete si ebbero nel 1981 -Teodori "Trattato di patologia Medica": "attualmente in America più del 5% delle epatiti trasfusionali possono essere catalogate come non A, non B"- e nel 1982 -Moroni, Esposito, De Lalla "Malattie Infettive": "l'epatite non A non B compare soprattutto dopo trasfusioni di sangue...l'80-90% dei casi di epatite post-tasfusionale è oggi infatti proprio di questo tipo"-), e fin dal 1974 era stato prospettato il dosaggio delle transaminasi quale screening per i donatori di sangue, metodo di rilevamento indiretto del virus NA-NB ampiamente discusso dalla scienza medica negli anni '80. In proposito vale osservare come fin dal 1970 fossero disponibili i tests rivelatori dell'antigene di superficie del virus dell'epatite B (antigene HbsAg-Australia), e come fosse ben noto il rischio di trasmissione del virus B attraverso le trasfusioni di sangue, essendo stati messi a punto metodi alternativi ed indiretti di rilevazione dei soggetti a rischio quali l'individuazione degli anticorpi anti-HbcAg (rivelatori di soggetti entrati in contatto con il virus dell'epatite B) e, come già riferito, la determinazione dell'enzima ALT (alanina transaminasi: rivelatore di probabili patologie epatiche): se pure rivolti all'accertamento del virus da epatite B tali metodi avrebbero dovuto essere immediatamente inseriti tra le prescrizioni tecniche concernenti i servizi di raccolta e trasfusionali in quanto idonei a porre

Giudice  
Stefano Olivieri

diagnosi, quanto meno di sospetto, di patologie epatiche (anche se ancora non individuate) e dunque ad escludere dalla categoria dei donatori i soggetti a rischio di trasmissione di probabili infezioni.

La omessa vigilanza sull'applicazione di tali metodiche e l'inerzia del Ministero a recepire immediatamente in istruzioni e prescrizioni tecniche regole di condotta e precauzionali evidentemente già da tempo diffuse nella prassi e nella scienza medica, integra la responsabilità civile della PA convenuta nella determinazione del danno subito dall'attore (e dunque anche per contagi verificatisi in data anteriore alla identificazione del virus dell'epatite C), dovendo riconoscersi la incidenza causale della condotta omissiva del Ministero nella violazione "dell'obbligo legale di porre in essere le misure che, secondo le conoscenze dell'epoca, potevano servire **quanto meno a ridurre il pericolo della sua realizzazione**" (cfr. sent. Trib. Roma II sez. 14.6.2001).

Non vale quindi sostenere che i metodi indicati non consentissero di identificare il virus HCV. Come infatti esattamente rilevato dal Tribunale di Roma nella sentenza del 2001 "In particolare, tra i metodi usati vi era quello per l'individuazione degli anticorpi (anti-HbcAg) in soggetti che erano entrati in contatto con il virus dell'epatite B: "questo metodo era stato scelto poiché una serie di studi dimostrava che la maggior parte dei pazienti con Aids era positiva anche per l'anti-Hbc... l'anti Hbc è stato considerato come un marker di popolazioni per gruppi a rischio di contrarre l'Aids e, quindi, potenzialmente infettivi" (v. Rondanelli, op. cit., 389); è significativo che già il citato art. 44 d.p.r. n. 1256/1971 prevedesse l'esclusione dalla donazione di chi era o, anche, era stato affetto da epatite virale, in considerazione della maggiore esposizione di questi soggetti ad altri rischi virali veicolati dal sangue (non importa se ignoti).

Altro metodo indiretto usato era offerto dalla determinazione delle transaminasi e, in particolare, della ALT (alanina transaminasi). La

determinazione di questo enzima, che era noto per essere al di sopra della media e, quindi, alterato nei soggetti con patologie epatiche e, in particolare, nelle epatiti, **poteva rivelare la presenza di infezioni da virus non ancora conosciuti** e cioè non noti dal punto di vista della caratterizzazione molecolare (come appunto l'HIV e l'HCV), sicché già nel 1974 ne fu proposta l'introduzione al fine di escludere dalla donazione coloro i cui valori erano alterati (vedi, per i riferimenti alla letteratura scientifica, la comparsa conclusionale cit., p. 31-34) ma questo metodo fu introdotto soltanto nel 1989 (vedi lettera circolare in data 31.10.1989, nella quale il Ministero della sanità informava le aziende farmaceutiche dell'associazione tra elevati livelli di ALT ed epatite "non A non B" e le invitava ad inserire nelle dichiarazioni del direttore tecnico delle ditte farmaceutiche - v. lettera 6.7.1987 - che dovevano accompagnare ogni unità di sangue ai fini della ricerca degli anticorpi anti HIV l'avvenuto screening per l'ALT).

Ai fini dell'affermazione della responsabilità del Ministero anche nei confronti di coloro che hanno contratto il virus dell'HIV prima del 1985 soccorre, inoltre, l'argomento già svolto a proposito dell'epatite B riguardo alla giuridica irrilevanza in campo extracontrattuale che l'infezione virale non fosse ancora ben conosciuta al momento della condotta illecita omissiva, quando **le misure precauzionali obbligatorie omesse (prescritte ovvero consigliabili per contrastare la diffusione di virus noti) avrebbero consentito di ridurre l'insorgenza anche di infezioni virali ancora non conosciute**. La violazione da parte dell'amministrazione delle norme di prudenza e diligenza direttamente finalizzate a realizzare condizioni di (seppur non assoluta) sicurezza nell'uso degli emoderivati concretizza il requisito (che vale ad integrare l'elemento soggettivo della colpa) della prevedibilità dell'evento dannoso costituito dalla lesione del diritto alla salute, essendo all'epoca ben prevedibile che le omissioni contestate potessero costituire un fattore causale significativo nella verifica di danni alla salute nei soggetti che di quelle

*norme erano diretti destinatari. Pertanto, a nulla rileva che, all'epoca della condotta omissiva, la malattia fosse o meno conosciuta nella sua esatta caratterizzazione molecolare, trattandosi di circostanza che rileva soltanto ai fini della configurazione e liquidazione del danno risarcibile, il quale, come si è detto, in campo extracontrattuale, non può essere limitato alle sole conseguenze dannose strettamente prevedibili (si è detto che l'art. 1225 c.c. non è richiamato dall'art. 2056 c.c.)...";*

2-) non risulta provato che siano stati eseguiti dagli organi di vigilanza ministeriali ispezioni o controlli volti a verificare ed a monitorare la corretta osservanza delle metodologie e dei criteri di selezione del donatore, elaborati dalla prassi e dalla scienza medica e codificati normativamente nel regolamento e nei decreti ministeriali del 1971, da parte dei Centri di raccolta e dei Centri trasfusionali, né a verificare la provenienza e le caratteristiche del sangue importato dall'estero e destinato alla produzione di emoderivati.

Ed infatti se il Ministero avesse emanato disposizioni tecniche volte a rendere obbligatorio il dosaggio delle transaminasi del donatore, ed avesse effettuato i dovuti controlli all'importazione ovvero sull'attività di raccolta e sui Centri trasfusionali, è legittimo presumere che:

a) i medici ospedalieri e gli enti autorizzati alla produzione di emoderivati, conformandosi a tali prescrizioni ed istruzioni, avrebbero avuto diverse probabilità di scoprire preventivamente nel donatore del sangue intero da utilizzarsi a scopi trasfusionali l'esistenza di chiare controindicazioni al prelievo ovvero all'uso del sangue per la produzione dei derivati (e conseguentemente l'attore avrebbe beneficiato a sua volta dello stesso grado di probabilità di evitare la infezione). La "scoperta" di tali controindicazioni da parte dei medici e degli operatori sanitari può inferirsi solo induttivamente e con un margine "medio" di certezza probabilistica sulla scorta dei seguenti elementi: 1-) l'infezione contratta dall'attore indica che il donatore



doveva essere portatore della stessa patologia epatica, 2-) se fin *“dai primissimi anni settanta era stato più volte notato dai ricercatori strumentali nella sede diagnostica, un altro virus (NANB) diverso dai precedenti (HAV ed HBV) che infettava il sangue con notevoli conseguenze negative sugli apparati epatici”* (sic Trib. Roma II sez. 14.6.2001), può ritenersi che gli esami svolti sul donatore o sul sangue intero avrebbero evidenziato già nel 1978 la presenza del virus NA-NB, ovvero avrebbero comunque potuto evidenziare altre controindicazioni al prelievo o all'uso delle sostanze ematiche quali, ad esempio, la presenza dell'antigene HBc ovvero irregolari valori delle transaminasi (ALT);

b) si sarebbero effettivamente potute accertare (ove fossero stata esercitata la dovuta vigilanza ministeriale) eventuali negligenze dei medici nella esecuzione dei prelievi ed eventuali violazioni da parte delle ditte produttrici e distributrici degli emoderivati, e quindi il Ministero avrebbe potuto ordinare tempestivamente il ritiro delle sacche di sangue “sospetto”, senza giungere, a causa del colpevole ritardo, alla drammatica alternativa di assoggettare i cittadini -obbligati ad assumere plasmaderivati o a sottoporsi a trasfusioni di sangue- all'elevato ed incontrollato rischio di contagio ovvero di ridurre criticamente le scorte nazionali di sangue.



In entrambe le ipotesi l'attività normativa, ed amministrativa di vigilanza e sorveglianza della PA convenuta, ove in concreto e tempestivamente svolta, avrebbe quindi potuto avere un apprezzabile margine di probabilità di incidere sulla sequenza causale e di impedire il danno alla salute subito dall'attrice.

Individuato nei primi anni '70 il limite cronologico della conoscenza dei rischi e della concreta utilità delle misure precauzionali adottabili dalla PA, deve imputarsi alla condotta omissiva colposa dell'Amministrazione statale il

Giudice  
Stefano Olivieri

danno lamentato da

che ha contratto la infezione da HCV

in seguito a trasfusioni di sangue effettuate nell'anno 1978.

5. Pertanto, affermata la responsabilità per colpa omissiva del Ministero della Salute, lo stesso va condannato a risarcire il danno biologico, patrimoniale e non patrimoniale, morale (ex art. 2059 c.c ed art. 185 c.p.) cagionato all'attore che si liquida di seguito.

#### Danno biologico

Dall'accertamento della CMO di Roma (doc 4 att.), dalla documentazione sanitaria e dalla c.t.u. risulta che, a seguito della trasfusione, ha subito un evento lesivo dell'integrità psicofisica consistito in "trasfusione di sangue infetto" che ha cagionato un danno biologico (inteso come modificazione peggiorativa dello "stato" somato-psichico ed esistenziale del soggetto antecedente il sinistro -comprensivo di tutte le funzioni vitali, culturali, sessuali, ricreative, estetiche volte all'esplicazione della personalità umana negli ambienti sociali in cui l'individuo opera-, indipendentemente da un effettivo pregiudizio alla capacità di guadagno: Corte cost. 14.7.1986 n. 184; Cass. III sez. 13.1.1993 n. 357) consistito in "epatite cronica attiva HCV correlata nonché in disturbo dell'adattamento con ansia ed umore depressi misti" valutato dal C.T.U. nella misura complessiva del 25% di invalidità permanente (valutazione resa correttamente -in conformità dei criteri medico-legali che richiedono una considerazione unitaria della validità biologica dell'essere umano- discostandosi dalla mera sommatoria aritmetica dei diversi gradi percentuali di "minus" ascritti alle distinte e concomitanti patologie riscontrate: 15% in relazione ai danni epatici; 10-15% in relazione al danno psichico correlato alla malattia epatica: "disturbo dell'adattamento con ansia ed umore depressi misti"), non essendo individuabile in mancanza di una fase acuta documentata della patologia un periodo di inabilità temporanea suscettibile di differenziazione rispetto all'attuale stabilizzazione delle sequele (pag. 15 c.t.u.).

Giudice  
Stefano Olivieri

Le conclusioni cui è pervenuto il consulente di ufficio, che si condividono, appaiono immuni da errori di fatto e da vizi logici.

Tenuto conto, pertanto, della gravità delle lesioni, dell'età e del sesso della persona lesa, valutata la effettiva incidenza dei postumi accertati sulle complessive capacità biologiche del danneggiato considerate prima e dopo il sinistro, il danno biologico va liquidato equitativamente (ex artt. 1226 e 2056 c.c., dovendo determinarsi l'equivalente monetario di un valore umano insostituibile quale è il "benessere" perduto) nella seguente misura:

- a titolo di risarcimento del danno derivante da invalidità permanente € **56.311,00** al valore attuale (pari ad € 2.371,00 per ogni punto di invalidità calcolato secondo le tabelle in uso al Tribunale di Roma aggiornate all'anno 2005 con progressione geometrica in funzione del grado di invalidità -25%- ed in misura proporzionalmente decrescente con l'aumento dell'età -anni 16 al tempo del sinistro- e che si ritiene costituire un equo ristoro del pregiudizio patito valutato alla stregua dei parametri sopra indicati).

#### Danno morale (soggettivo)

Il fatto illecito integra gli estremi del reato di lesioni personali colpose: spetta, pertanto, alla parte attrice, ai sensi degli artt. 185 c.p. e 2059 c.p.c., il risarcimento per il danno morale subito, che, tenuto conto della gravità del fatto e delle lesioni riportate, dei postumi, delle sofferenze patite, può essere liquidato in via equitativa nella misura complessiva di € **35.000,00** in moneta attuale.

#### Danno non patrimoniale (ulteriore)

L'attore ha chiesto anche il risarcimento del "danno esistenziale" indicato come *"lesivo di diritti inviolabili di libertà ed autodeterminazione dell'individuo, assistiti dalla garanzia costituzionale di cui agli artt. 2, 3, 13, 29 e 30 Cost"* (citazione pag. 22) ed identificato nel *"turbamento della sfera*

*personale del singolo provocato da una lesione rilevante della persona intesa nell'accezione più lata di insieme delle componenti fisiologiche e spirituali"* (comp. concl. pag. 16).



La formulazione della domanda necessita di alcune indispensabili precisazioni di carattere interpretativo.

E' noto al Tribunale il percorso evolutivo della giurisprudenza della SC che nel ricondurre il "danno morale soggettivo", quale species ad genus, nella più ampia categoria del "danno non patrimoniale" -inteso come conseguenza dannosa derivante dalla lesione di un interesse giuridicamente rilevante non suscettibile di valutazione economica- è pervenuta a superare l'ostacolo alla risarcibilità di tali danni rappresentato dal vincolo necessario con la qualificazione dell'illecito come fatto-reato (da accertarsi soltanto in astratto: Cass III sez. 12.5.2003 n. 7281 ric. ANAS c/ Candeloro ed altri in Dir. e Giust. 2003). La risarcibilità del danno non patrimoniale, anche in assenza di reato, viene, infatti, affermata in base ad un'interpretazione "costituzionalmente orientata" dell'art. 2059 c.c. che assume a fondamento la intrinseca correlazione tra il grado di tutela accordato dall'ordinamento alle situazioni giuridiche soggettive violate (e dunque tra l'obbligo sanzionato dall'art. 2043 c.c. -norma che prevede l'integrale ristoro del danno come conseguenza dell'illecito, senza distinguere tra danno patrimoniale e non patrimoniale-) e la rilevanza costituzionale dell'interesse pregiudicato con specifico riferimento all'art. 2 Cost. e quindi alla tutela dei diritti fondamentali della persona ("collocati al vertice della gerarchia dei valori costituzionalmente garantiti" e rispetto ai quali "anche nei rapporti tra privati (cd. drittwirkung) non è ipotizzabile limite alla risarcibilità"): Cass I sez. 7.6.2000 n. 7713 ric. Cappelletto c/ He Cheng ed altro in Corr. giur. n. 7/2000 pag. 83, con riferimento alla violazione dei diritti connessi allo "status familiae" del figlio minore).



Giudice  
Stefano Olivieri

L'orientamento giurisprudenziale richiamato si articola nei seguenti postulati:

- a) il "danno morale soggettivo" non esaurisce la categoria del "danno non patrimoniale" considerato dall'art. 2059 c.c. (nella quale deve iscriversi anche il "danno biologico" -così modificandosi l'arresto di Corte cost. 184/1986- ed il pregiudizio arrecato al "benessere sociale" dell'individuo, il danno arrecato all'onore ed alla reputazione personale, gli altri danni riconosciuti da numerose disposizioni di legge: ingiusta detenzione, "vacanza rovinata", eccessiva durata del processo, discriminazione razziale, ecc.);
- b) ove vengano in questione "*valori della persona costituzionalmente garantiti*" il limite derivante dalla riserva di legge ex art. 2059 c.c. correlata all'art. 185 c.p. deve ritenersi inoperante in quanto la rilevanza costituzionale dell'interesse non tollera limitazioni alla pienezza della tutela riparatoria accordata dall'ordinamento (integrale ristoro del danno ex art. 2043 c.c.), imposte da una fonte di rango inferiore;
- c) in ogni caso, tenuto conto che il riconoscimento costituzionale del diritto implica l'intrinseca esigenza di protezione dello stesso al massimo livello, deve ravvisarsi nelle norme costituzionali in questione "*un caso determinato dalla legge.....di riparazione del danno non patrimoniale*", rimanendo in tal modo superato l'ostacolo della riserva di legge richiesta dall'art. 2059 c.c. per la risarcibilità dei danni non patrimoniali (cfr. Cass III sez. 31.5.2003 n. 8828 in <http://www.giustizia.it> -sito visitato il 23.7.2003-);
- d) il pericolo di una estensione incontrollata della risarcibilità del danno non patrimoniale a qualsiasi espressione dell'attività umana (anche quelle più futili) è evitato dall'esclusivo riconoscimento della tutela risarcitoria alla lesione di interessi di rango costituzionale, dovendo



procedere il Giudice, volta per volta, alla individuazione dell'interesse pregiudicato ed alla sussunzione o meno dello stesso tra i diritti inviolabili della persona (cfr. Cass III sez. 31.5.2003 n. 8827 ric. Ventura c/ Dalla Riva ed altri in Dir. Giust. 6/2003 che riconduce la *"elisione delle potenzialità interrelazionali del rapporto parentale dei genitori con il figlio"* nell'ambito dei diritti della famiglia ex artt. 29 e 30 Cost. intesi *"non già, restrittivamente, come tutela delle estrinsecazioni della persona nell'ambito esclusivo di quel nucleo, con una proiezione di carattere meramente interno, ma nel più ampio senso di modalità di realizzazione della vita stessa dell'individuo alla stregua dei valori e dei sentimenti che il rapporto parentale ispira, generando bensì bisogni e doveri, ma dando anche luogo a gratificazioni, supporti, affrancazioni e significati"*).

Orbene ritiene il Tribunale di dovere aderire a questo nuovo orientamento giurisprudenziale che ha trovato supporto dalla dottrina ed avallo dal Giudice delle leggi, e che costituisce una evoluzione della riflessione sul "danno biologico", venendo a scorporare dal "danno-evento" (in cui la lesione della integrità psico-fisica coincide con la compromissione della validità biologica dell'individuo) quel particolare pregiudizio costituito dal "danno alla vita di relazione" trasferendolo (nella ipotesi di lesione di interessi di rilevanza costituzionale diversi dal diritto alla salute ex art. 32 Cost. -ma sembra per esigenze di giustificazione probatoria più che per motivi di classificazione sistematica o dogmatica-) sul piano del "danno-conseguenza" (cfr. Cass III sez. n. 8828/2003 cit.) oggetto di allegazione e prova da parte del soggetto danneggiato.

Pertanto nel genus del danno non patrimoniale debbono attualmente ricomprendersi:

  
Giudice  
Stefano Olivieri

- a) il danno biologico (depurato, secondo quanto verrà ad esporsi di seguito, del danno relazionale) qualora sussista una situazione patologica definibile come malattia secondo i criteri medico-legali,
- b) il danno non patrimoniale consistente in una totale privazione ovvero in una "deminutio" della vita relazionale del soggetto (è del tutto irrilevante, in proposito, la terminologia classificatoria utilizzata -danno alla vita di relazione, danno esistenziale, pregiudizio del benessere sociale, perdita o riduzione della qualità della vita-) ove risulti violato interesse di rango costituzionale diverso dal diritto alla salute,
- c) il danno morale soggettivo (ricompreso anch'esso nella categoria del danno non patrimoniale ma inteso restrittivamente come transeunte turbamento dell'animo).

Tanto premesso occorre chiarire che:

- la evoluzione giurisprudenziale è stata originata ed ha avuto riguardo in assoluta prevalenza, alle ipotesi di risarcibilità dei danni non patrimoniali subiti dai familiari del soggetto leso nel proprio diritto alla salute (il contrasto giurisprudenziale in ordine alla risarcibilità dello "stand by damage" è stato definitivamente composto da Cass SU 1.7.2002 n. 9556 che, argomentando dal carattere plurioffensivo di determinate fattispecie penali, ha chiaramente escluso una differente genesi eziologica tra il cd. danno riflesso o da rimbalzo -ossia quello prodotto dalla lesione di diritti, conseguenti al fatto illecito altrui, di cui siano portatori soggetti diversi dall'originario danneggiato, ma in significativo rapporto con lui: Cass 7.1.1991 n. 60 in FI'91 col. 459; Cass III sez. 1.12.1998 n. 12195 in FI'99 col. 77- ed il danno che è conseguenza immediata e diretta dell'illecito ex art. 1223 c.c., rilevando "*che lo stato di sofferenza dei congiunti nel quale consiste il loro danno morale, trova causa efficiente, per quanto mediata, pur sempre nel fatto illecito del terzo nei confronti del soggetto leso*");

- che, nella diversa ipotesi di danno non patrimoniale subito dalla vittima "diretta" dell'illecito, se l'indicato orientamento giurisprudenziale contribuisce sicuramente ad esplicitare il carattere potenzialmente plurioffensivo della lesione arrecata al bene salute (in quanto alla violazione del diritto tutelato dall'art. 32 Cost. può aggiungersi, ed anzi normalmente si aggiunge -qualora non si intenda aderire alla teoria monistica dei valori identificativi della personalità umana-, la violazione di altri diritti della personalità tutelati dall'art. 2 Cost., ovvero di altri diritti tutelati da specifiche norme di rango costituzionale -es. art. 29 e 30 Cost.-), tuttavia alla identificazione della lesione di più diritti riferibili alla vittima non corrisponde anche un automatico incremento della liquidazione patrimoniale del danno laddove i criteri equitativi di stima (Tabelle di liquidazione del danno biologico elaborate da questo Tribunale e di generale utilizzazione) tengano già in adeguata considerazione la risarcibilità dei pregiudizi (ulteriori) indicati. Occorre osservare, in proposito, che la liquidazione del "*danno alla vita di relazione*" (nel quale trova descrizione anche la deminutio subita dal danneggiato nella piena possibilità di esplicazione della propria personalità nei rapporti cd. parentali, nonché per le difficoltà di inserimento sociale) deve intendersi interamente ricompresa nella valutazione tabellare del "danno biologico", considerando che al tempo della originaria elaborazione delle Tabelle l'originaria incertezza sulla identificazione delle voci di danno inerenti alla lesione del bene-salute (ancora espressa da Cass 10.3.1992 n.2840 ric. Serafini c/ Lloyd Internazionale s.p.a.) era stata definitivamente eliminata dalla più recente giurisprudenza della SC con un orientamento giurisprudenziale ormai costante: Cass n. 10269/'94; Cass n. 10539/'94; Cass n.1955/'95; Cass III sez. 16.4.1996 n. 3564 "*il danno biologico, quale lesione del diritto alla salute.....ha un contenuto che può essere solo personale (cioè limitato alla sfera del soggetto offeso), ovvero anche interpersonale (cioè esteso alle relazioni del danneggiato con i terzi): in quest'ultimo caso prende*

*il nome di danno alla vita di relazione. Quest'ultimo pertanto coincide necessariamente con il danno biologico, mediante una personalizzazione qualitativa o quantitativa dei parametri adottati per la liquidazione"; Cass n. 3565/96 "il danno alla vita di relazione costituisce un aspetto del danno biologico e, pertanto, va liquidato soltanto a tale titolo".*

L'attore, peraltro, non ha formulato specifiche critiche al metodo di determinazione del "valore-punto" posto a fondamento delle predette Tabelle. Al riguardo appare opportuno rilevare che il ricorso alle tabelle di liquidazione del danno elaborate dal Tribunale di Roma al fine di garantire una uniformità di trattamento nella determinazione del danno biologico, mirano non soltanto ad evitare la proliferazione della eterogeneità dei criteri di liquidazioni, ma a garantire una tendenziale omogeneità del "valore" della vita umana: premesso che la stima del valore-salute o del valore-vita (idest: del valore-punto) non può che essere compiuta alla stregua della considerazione -non solo evidentemente in termini economici- che di tali beni esprime la società in un dato momento storico (appare evidente infatti che la pur, per altri aspetti, corretta affermazione della incommensurabilità della vita e del bene salute, comporterebbe altrimenti la irrisarcibilità in termini di equivalente monetario della lesione arrecata a tali beni), si è coerentemente abbandonato il criterio di liquidazione commisurato al "triplo della pensione sociale" per adottare, conformemente alle prassi già sviluppatesi presso altri Uffici giudiziari, il criterio -più flessibile- del cd. "punto di invalidità" alla determinazione del quale si è pervenuti attraverso l'esame dei precedenti giurisprudenziali e della statistica delle liquidazioni adottate dai Giudici in casi simili. Peraltro appare opportuno sottolineare come le Tabelle operino soltanto come "guide-line" (base orientativa) e non precludono pertanto al Giudice di discostarsi dal valore-punto tabellare ove questo -in relazione a specifiche condizioni personali del danneggiato emerse nel processo- non appaia sufficiente (nella sua traduzione monetaria) a fornire un adeguato

ristoro del danno effettivamente patito. La Tabella o meglio il "punto" esprime pertanto un valore standard minimo che trova applicazione laddove non siano forniti al Giudice altri elementi circostanziali utili a conformare alla peculiare realtà di fatto accertata in giudizio il peso da attribuire al punto e conseguentemente ad operare una corretta liquidazione del danno.

Orbene, nella specie, il CTU ha verificato la incidenza sulla validità biologica dell'attore della patologia epatica e psichica con riferimento alle maggiori difficoltà relazionali incontrate dal soggetto nelle quotidiane situazioni di vita (e quindi con riferimento anche ai rapporti familiari ed alle concrete modalità di atteggiamento dei medesimi: cfr. specificamente c.t.u. pag. 12), ed ha determinato il grado di invalidità in misura percentuale adeguata a tale specifico danno alla vita di relazione.

Il danno non patrimoniale in questione (danno esistenziale) ha trovato, pertanto, già integrale ristoro nella liquidazione del danno biologico.

#### Danno patrimoniale

Trova certamente riconoscimento la domanda di risarcimento del danno emergente relativo alle spese sostenute per 35 sedute di psicoterapia (€ 2.142,00): come ha rilevato il CTU dette spese se pure sostenute nell'anno 2000 possono tuttavia egualmente ricondursi a necessità terapeutiche conseguenti -almeno in parte- al fatto illecito per cui è causa (contagio del virus HCV). Dalle indagini psicodiagnostiche svolte su richiesta del CTU è infatti emerso che l'indicato evento -conosciuto dall'attore nel 1989 all'esito di accertamenti clinici- ha concorso (unitamente all'esperienza del sinistro stradale verificatosi nel 1978 -in seguito al quale l'attore venne sottoposto ad intervento chirurgico che richiese trasfusione di sangue- alla morte del padre dell'attore nel 1988) al determinismo esituale della patologia psichica. Pertanto, trattandosi di credito di valore, l'importo predetto deve essere

Giudice  
Stefano Olivieri

rivalutato in base al coeff. medio dell'anno 2000 ISTAT relativo al costo della vita (1,1088), e dunque il danno va liquidato al valore attuale in € 2.375,00.

Nulla deve essere liquidato a tale titolo di spese sanitarie future non avendo ravvisato il CTU la necessità di ulteriori intereventi terapeutici *“perché il profilo psichico appare stabilizzato”*.

Il grado di invalidità accertato dal CTU concerne esclusivamente la validità biologica del soggetto, con esclusione quindi di riflessi sulla capacità reddituale (sulla ontologica differenza tra invalidità biologica ed incapacità lavorativa specifica, cfr. Cass sez. lav. 4.12.1992 n.12911 in USI Corte cass, Mass civ. rv.479883 *“il risarcimento del danno biologico, inteso come menomazione dell'integrità psicofisica del soggetto, costantemente presente in ogni fatto illecito che rechi danno alla persona, deve essere liquidato anche in difetto di criteri obiettivi per l'esatta quantificazione del pregiudizio, stante il potere dovere del giudice di ricorrere ad una valutazione equitativa; ne' cio' comporta una duplicazione nella liquidazione di un elemento del danno, in relazione a quello connesso all'invalidità lavorativa, trattandosi invece di una piu' completa valutazione riferita all'ambito del danno alla salute, diverso ontologicamente sia dal danno cosiddetto morale, sia dal danno da perdite o da mancato reddito in dipendenza della perdita di capacità lavorativa”*).

Tanto premesso, se da un lato, sotto il profilo medico-legale, difetta la prova di una definitiva perdita, totale o parziale, della idoneità all'esercizio della professione (l'attore è ingegnere nella branca dei trasporti), avendo il CTU riscontrato che una incidenza sulla stessa può verificarsi soltanto *“in momenti di particolare astenia psico-fisica”* (analogamente alla ipotesi in cui sia richiesta l'applicazione in lavori particolarmente stressanti), dall'altro lato le emergenze istruttorie non consentono di raggiungere la prova sufficiente di una diminuzione patrimoniale direttamente correlata alla patologia epatica.



Come da tempo riconosciuto dalla giurisprudenza "la riduzione della cosiddetta capacita' lavorativa specifica non costituisce danno in se' (danno - evento), ma rappresenta invece una causa del danno da riduzione del reddito (danno - conseguenza). Pertanto, una volta provata la riduzione della capacita' di lavoro, non puo' ritenersi automaticamente e meccanicisticamente provata l'esistenza d'un danno patrimoniale, ove il danneggiato non dimostri concretamente, anche per mezzo di presunzioni semplici, l'esistenza d'una conseguente riduzione della capacita' di guadagno" (sic: Cass III sez. 21.4.1999 n.3961 ric Gliosci c/ SIAD s.p.a., id. rv.525578; conf. Cass III sez. 10.3.1998 n.2639 Buonocore c/ LLoyd Adriatico S.p.A. id. rv.513538; vedi: Cass III sez. 3.5.1999 n. 4385, id. rv. 525948). Nella specie risulta che l'attore ha svolto prevalentemente la propria attività al servizio di imprese impegnate alla realizzazione di programmi infrastrutturali finanziati da organizzazioni internazionali in Paesi emergenti (testi ; ); risulta altresì che l'attore era ancora attivo nel 1993, essendosi recato per lavoro in (paese dal quale è dovuto rientrare in Italia avendo contratto la malaria), mentre ha incontrato difficoltà lavorative nel successivo periodo fino al 1998 quando ha conseguito a Londra il titolo di laurea in ingegneria.

Gli indicati elementi non appaiono sufficientemente indicativi di una relazione causale tra la mancanza di lavoro e la malattia epatica, non essendo noto con quale frequenza, anteriormente al 1978 ovvero al 1989, il fosse impegnato in lavori all'estero, né essendo impeditive allo svolgimento della professioni di ingegnere le cautele alimentari che lo stesso attore è tenuto ad osservare (cfr. c.t.u. pag. 14-15).

In assenza di prove certe che la diminuzione della capacità reddituale (l'attore allo stato è disoccupato) sia da imputarsi ad una incidenza negativa della patologia accertata sulla capacità lavorativa specifica dell'attore.

(incidenza esclusa dalla c.t.u.), la relativa domanda di risarcimento del danno non può che essere rigettata.

6. Al credito risarcitorio come sopra determinato (pari a complessivi € 93.686,00 al valore attuale) va ad aggiungersi l'ulteriore importo di € 85.162,88 spettante al danneggiato a ristoro del lucro cessante conseguente alla mancata disponibilità dell'equivalente monetario del danno per il periodo intercorso dalla data dell'illecito (1978) alla presente decisione, in tal modo dovendo interpretarsi la richiesta di liquidazione degli interessi sull'ammontare del credito risarcitorio con decorrenza dalla data dell'illecito (cfr. Cass I sez 4.8.2000 n. 10263 in USI Mass civ. Corte cass riv.539191 *"L'obbligo di risarcimento del danno da fatto illecito contrattuale o extracontrattuale ha per oggetto l'integrale reintegrazione del patrimonio del danneggiato; pertanto, nella domanda di risarcimento del danno deve ritenersi implicitamente inclusa la richiesta di compenso per il pregiudizio subito dal creditore a causa del ritardato conseguimento dell'equivalente monetario del danno e non incorre in vizio di ultrapetizione il giudice che, in mancanza di espressa domanda, liquida il conseguente danno da lucro cessante"*; conf. Cass. n. 977/1999).

Tale voce di danno viene liquidata equitativamente (Cass SU n. 1712/95) utilizzando come base di calcolo il valore del danno-capitale al tempo del fatto illecito (determinato dal rapporto tra l'importo risarcitorio liquidato al valore attuale e l'indice medio Istat del costo della vita relativo all'anno 1978: coeff. 5,6051), ed applicando -in assenza di elementi che consentano di presumere un impiego maggiormente remunerativo della somma- sull'importo così calcolato, rivalutato anno per anno, un tasso del 5,51 % pari al rendimento medio degli interessi al tasso legale per il periodo di indisponibilità della somma (novembre 1978- maggio 2005).

Sul complessivo ammontare del credito risarcitorio (pari ad € 178.848,88 al valore attuale) decorrono interessi in misura legale dalla pubblicazione della sentenza al saldo.

Le spese del presente giudizio seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, così provvede:

- condanna il Ministero della Salute al pagamento in favore della parte attrice della somma di € 178.848,88 al valore attuale oltre gli interessi al saggio legale dalla data di pubblicazione della sentenza al saldo;

- condanna il Ministero convenuto alla rifusione in favore della parte attrice delle spese del presente giudizio che si liquidano, come da notula, in € 930,00 per esborsi (oltre € 958,68 per spese c.t.u. che si pongono definitivamente a carico della parte soccombente), € 3.071,29 per diritti di procuratore ed € 18.998,54 per onorari oltre rimborso forfetario spese generali, Iva e Cpa.

Così deciso in Roma il 2.5.2005.



**IL CANCELLIERE**  
*Rosa Martino*

Il Giudice  
*Stefano Olivieri*

Depositato in Cancelleria  
Roma, ... 1.1 MAG. 2005

**LA REGISTRAZIONE VA  
EFFETTUATA A DEBITO**



**IL CANCELLIERE**  
*Rosa Martino*

**Pervenuto al Repertorio e  
Cronologico oggi 13-5-05**

11 MAG. 2005