

N. R.G. 16589/2012



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di BRESCIA
SEZIONE PRIMA CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Angelica Castellani
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 16589/2012 promossa da:

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~, con il patrocinio dell'avv. ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~,
elettivamente domiciliata in ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~, presso lo studio dell'avv. ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

ATTRICE

contro

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ AGENZIA DI
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ con il patrocinio dell'avv. ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~,
elettivamente domiciliata in ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~, via ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~, presso lo studio dell'avv.
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

e contro

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ con il patrocinio dell'AVVOCATURA DELLO STATO DISTRETTO
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~, elettivamente domiciliato in ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~, presso l'AVVOCATURA
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

CONVENUTI

trattenuta in decisione all'udienza del 25.5.2017 sulle seguenti

CONCLUSIONI

Per parte attrice:

"IN PRINCIPALITA':

*Dichiarata la responsabilità del Ministero della Salute, in persona del Ministro in carica, nella
causazione dei danni tutti da emotrasfusione infetta provocati alal sig.ra ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~,
dirsi tenuto e condannarsi il Ministero della Salute, in persona del Ministro in carica, al risarcimento
ex art. 2043 c.c. del danno patrimoniale, biologico, morale ed esistenziale causato alla ricorrente nella*



misura di € 519.151,00 (55% di invalidità permanente come da CTP del ~~Dr. Massimo Nobile~~) mai contestata ovvero nella diversa misura maggiore o minore ritenuta di giustizia, oltre al pagamento degli interessi legali e della rivalutazione economica dal dovuto al saldo.

Con vittoria di spese, diritti ed onorari di giustizia, con distrazione delle competenze legali in favore del nuovo procuratore costituito ex art. 93.

IN VIA ISTRUTTORIA

Insiste per l'ammissione dei mezzi istruttori articolati nell'atto di citazione del 28.09.2012 e non ammessi nel presente giudizio".

Per la ~~Avv. Maria Padellaro~~ (già ~~Avv. Maria Padellaro~~):

"in via principale e nel merito:

dichiarare la convenuta ~~Avv. Maria Padellaro~~ ora ~~Avv. Maria Padellaro~~ carente della legittimazione passiva, in ogni caso rigettare la domanda di parte attrice con conseguente condanna alle spese ed onorari di causa".

Per il Ministero della Salute:

"come da comparsa e memorie ex art. 183 c.p.c.".



E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Technumversteekwoord:

delle singole voci di danno *ex adverso* esposte.

controllo e vigilanza in materia di emoderivati.

memorie, la causa era istruita a mezzo di consulenza medico-legale.

posizione su tale rinuncia, alla successiva udienza del 1.10.2015, la difesa di quest'ultima denunciò di "accogliere la dichiarazione di rinuncia all'azione nei confronti di [REDACTED] formulata da parte attrice".

l'eventuale capitalizzazione della rendita attribuita all'attrice ai sensi della L. n. 210/1992.

termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e memorie di replica.

* * *

allegazione dei fatti costitutivi sollevata dalla difesa del Ministero.

Veronika, Cibulka, Opatrná, Třančíková, Křiváček,

pagina 3 di 13

dal Ministero: il termine quinquennale di prescrizione¹ risulta, infatti, validamente interrotto dalla domanda giudiziale proposta dall'attrice dinanzi al Giudice del lavoro di Mantova con ricorso depositato in data 30.6.2009 e notificato al Ministero in data 20.7.2009. In tal sede, infatti, la signora ~~Zarantonello Maria Grazia~~ ha convenuto in giudizio, tra gli altri, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, al fine di ottenerne la condanna, ai sensi degli artt. 2043 c.c. e 2050 c.c., al risarcimento dei danni patiti in conseguenza della contrazione del virus da epatite C. Il Tribunale di Mantova, in funzione di Giudice del lavoro, con sentenza n. 202/2010 del 13.7.2010, ha dichiarato *l'incompetenza per materia dell'adito Tribunale per quanto attiene alla domanda di risarcimento del danno extracontrattuale*, "essendo la causa di competenza del Tribunale ordinario di Brescia, dinanzi al quale dovrà essere riassunta".

Con riferimento al *dies a quo* della prescrizione, va ricordato che il termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno da parte di chi assume di aver contratto per contagio una malattia per fatto doloso o colposo di un terzo decorre non dal giorno in cui il terzo determina la modificazione causativa del danno o dal momento in cui la malattia si manifesta all'esterno, bensì da quello in cui tale malattia viene percepita o può essere percepita, quale danno ingiusto conseguente al comportamento del terzo, usando l'ordinaria diligenza e tenendo conto della diffusione delle conoscenze scientifiche (Cass. S.U. n. 576/2008; Cass. n. 28464/2013, Cass. n. 4996/2017).

Nella specie, il CTU nominato nel presente giudizio, ~~Dott. Alfredo Scatolani~~, ha, sulla base di indagine² tecnica condotta in aderenza alla documentazione medica allegata, in atti e secondo argomentazioni esenti da vizi logici, accertato che l'attrice poté avere "consapevolezza di essere affetta da epatite da HCV nel 2004": in tale anno, infatti, come risulta dalla documentazione sanitaria agli atti, l'attrice, eseguito il test "nei confronti del virus C dell'epatite risultato positivo", ed "entrata nel follow up ambulatoriale della ~~Malattia di Mantova - Inferenza dell'Ospedale Carlo Poma di Mantova~~", venne sottoposta a "biopsia epatica con conferma della diagnosi di epatite cronica da HCV".

La diagnosi di compatibilità del quadro clinico analizzato con la patologia di epatite cronica da virus C - in relazione alla quale l'attrice ha domandato in questa sede il risarcimento del danno - risale precisamente al 10.9.2004, data di refertazione della biopsia epatica eseguita in data 3.9.2004.

In mancanza di risultanze fattuali che possano far risalire la consapevolezza della malattia e della sua riferibilità alle trasfusioni in capo alla danneggiata ad un momento precedente², è dunque a tale data

¹ È pacifico che il diritto al risarcimento del danno esercitato dall'attrice sia soggetto al termine prescrizionale di cinque anni, avendo la signora Zarantonello invocato la responsabilità ex art. 2043 c.c. del Ministero per il danno dalla stessa patito a seguito di contrazione di HCV in occasione di emotrasfusioni.

Sulla astratta configurabilità di tale fattispecie di responsabilità e sul termine di prescrizione del relativo diritto al risarcimento del danno, vanno richiamati gli arresti di Cass. S.U. n. 581/2008 e Cass. n. 28464/2013. Dette pronunce hanno affermato, in primo luogo, che "la responsabilità del Ministero della salute per i danni conseguenti ad infezione da HIV e da epatite, contratte da soggetti emotrasfusi per omessa vigilanza da parte dell'Amministrazione sulla sostanza ematica e sugli emoderivati, è inquadrabile nella violazione della clausola generale di cui all'art. 2043 cod. civ. e non in quella di cui all'art. 2050 cod. civ.", e ciò in quanto, "pur essendo indubbio il connotato della pericolosità insito nella pratica terapeutica della trasfusione del sangue e dell'uso degli emoderivati, ciò non si traduce nella pericolosità anche della correlata attività di controllo e di vigilanza cui è tenuto il Ministero della salute". In secondo luogo, la S.C. ha affermato, in punto di termine di prescrizione e *dies a quo* della stessa che "non sono ipotizzabili, al riguardo, figure di reato tali da innalzare i termini di prescrizione (epidemia colposa o lesioni colpose plurime); ne consegue che il diritto al risarcimento del danno da parte di chi assume di aver contratto tali patologie per fatto doloso o colposo di un terzo è soggetto al termine di prescrizione quinquennale che decorre, a norma degli artt. 2935 e 2947, primo comma, cod. civ., non dal giorno in cui il terzo determina la modificazione causativa del danno o dal momento in cui la malattia si manifesta all'esterno, bensì da quello in cui tale malattia viene percepita o può essere percepita, quale danno ingiusto conseguente al comportamento del terzo, usando l'ordinaria diligenza e tenendo conto della diffusione delle conoscenze scientifiche".

² Non può, in particolare, ritenersi idonea a far supporre una consapevolezza in capo all'attrice di essere affetta da epatite C quale conseguenza delle emotrasfusioni eseguite nel luglio del 1977 la circostanza che la signora Zarantonello nel corso degli anni '90 si recò più volte al pronto soccorso per via di turbe di tipo dispeptico: non può infatti ritenersi plausibile che



che può ritenersi raggiunta una sufficiente percezione in capo all'attrice della malattia, dell'origine trasfusionale della stessa, nonché dell'illiceità del comportamento omissivo tenuto dal Ministero convenuto (si veda, in particolare, Cass. n. 16550/2013³; conf. Cass. S.U. 581/08, Cass. n. 28464/13, Cass. n. 6213/2016).

Giova, peraltro, soggiungersi che, in conformità all'orientamento giurisprudenziale che individua il *dies a quo* della prescrizione del diritto al risarcimento del danno conseguente ad infezioni da virus HCV contratte da soggetti emotrasfusi nella data della presentazione della domanda amministrativa volta ad ottenere l'indennizzo di cui alla legge n. 210 del 1992, la prescrizione dovrebbe nella specie essere fatta decorrere dal successivo 9.11.2005, giorno in cui l'attrice presentò la predetta domanda amministrativa.

In entrambi i casi, poiché l'azione giudiziale diretta ad ottenere il risarcimento del danno nei confronti del Ministero della salute è stata proposta dalla signora Zarantonello una prima volta con il suddetto ricorso al Giudice del lavoro di Mantova, presentato in data 30.6.2009 e notificato al Ministero in data 20.7.2009, la domanda *ex art.* 2043 c.c., proposta in questa sede con atto di citazione notificato al Ministero in data 8.10.2012, deve ritenersi preceduta da valido atto interruttivo della prescrizione ai sensi dell'art. 2943, commi 1 e 3, c.p.c.

Venendo, dunque, all'accertamento degli elementi di cui all'art. 2043 c.c., deve ritenersi anzitutto provato, in forza della consulenza tecnica espletata dinanzi al Giudice del lavoro di Mantova e prodotta in questa sede, che la patologia da HCV contratta dalla ~~signora Zarantonello~~ sia stata causata, con elevato grado di probabilità clinico-epidemiologica, dal trattamento trasfusionale cui l'attrice venne sottoposta nel luglio del 1977. Ciò tenuto conto che vi è prova documentale dell'esecuzione di tali emotrasfusioni, somministrate alla paziente con quattro sacche di sangue a seguito dell'intervento chirurgico di correzione di scoliosi vertebrale dorso-lombare, che è ben noto il rischio di trasmissione virale attraverso tali fatti di trasfusione e che la relazione causale con le trasfusioni ricevute è da ritenere più probabile che non rispetto a tutte le ipotesi alternative possibili, nella specie invero nemmeno allegate. A ciò si aggiunga che dalla relazione trasfusionale dell'~~Ministero Sanitario~~ di ~~Firenze~~ del 22.3.2005 risulta che solo uno dei quattro donatori del sangue trasfuso alla signora ~~Zarantonello~~ continuò a donare il sangue dopo il 1989, ossia dopo l'introduzione dello specifico test di identificazione del sangue infetto (dosaggio dell'anticorpo HCVAb), mentre gli altri tre donatori rifiutarono di sottoporsi al test. Sulla scorta di tali elementi, il CTU nominato nel giudizio instaurato dinanzi al Giudice del lavoro di Mantova, ha ritenuto dotata di maggior grado di probabilità (rispetto all'ipotesi contraria, basata unicamente sulla semplicistica constatazione della lontananza della somministrazione del sangue⁴ e sulla astratta supposizione di modalità alternative di contagio, come

la sola esistenza di tali sintomi, in mancanza di qualsivoglia diagnosi, fosse sufficiente a rendere l'attrice consapevole di aver contratto l'epatite C in conseguenza delle trasfusioni subite nel lontano 1977.

³ Secondo cui: *"Il termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno da parte di chi assume di aver contratto per contagio una malattia (nella specie, epatite HCV cronica) per fatto doloso o colposo di un terzo decorre, a norma degli artt. 2935 e 2947, primo comma, cod. civ., non dal giorno in cui il terzo determina la modificazione causativa del danno o dal momento in cui la malattia si manifesta all'esterno, bensì da quello in cui tale malattia viene percepita o può essere percepita, quale danno ingiusto conseguente al comportamento del terzo, usando l'ordinaria diligenza e tenendo conto della diffusione delle conoscenze scientifiche. (Nella specie, il termine iniziale è stato individuato nella data della certificazione medica, attestante che la paziente era "affetta da epatite cronica da virus C postrasfusionale")"*.

⁴ Al riguardo il CTU ha chiarito come sia noto che il picco di diffusione del virus HCV si sia verificato in Italia tra gli anni Sessanta e la metà degli anni Ottanta, periodo nel quale si è generato un elevato numero di portatori cronici del virus, stimati in circa un milione, e come *"non deve assolutamente stupire l'assenza di manifestazioni per un periodo così lungo: la ricorrente ha riferito di avere sempre sofferto di turbe di tipo dispeptico con periodi di riacutizzazione e di quiescenza e che negli anni 90 di recò più volte al Pronto Soccorso per tali sintomi, e comunque l'epatite C è caratterizzata da un'elevata percentuale di forme asintomatiche (pochissimi pazienti ricordano l'esordio dell'infezione, la maggioranza viene casualmente a conoscenza dell'infezione) e la forma epatica acuta non è affatto frequente"*.



detto non allegate né dimostrate) l'attribuzione causale del contagio all'evento trasfusionale⁵.

Anche in punto di elemento soggettivo dell'illecito è necessario fare riferimento alle pronunce della S.C. che hanno ricostruito, con ampi riferimenti normativi e giurisprudenziali, la responsabilità del Ministero in relazione a casi di contagio di epatite C a seguito di trasfusioni avvenute negli anni Settanta (cfr. Cass. n. 17685/2011; cfr. anche SS.UU. n. 576, 581, 582, 584 del 2008).

Come le Sezioni Unite della Corte hanno avuto modo di affermare, *"il Ministero della salute è tenuto ad esercitare un'attività di controllo e di vigilanza in ordine (anche) alla pratica terapeutica della trasfusione del sangue e dell'uso degli emoderivati, e risponde ex art. 2043 c.c., per omessa vigilanza, dei danni conseguenti ad epatite e ad infezione da HIV contratte da soggetti emotrasfusi"* (v. Cass., S.U. n. 576/2008; Cass., S.U. n. 584/2008).

Dalle fonti normative aventi ad oggetto tale pratica terapeutica, specificamente richiamate anche nelle pronunce sopra citate⁶, emerge un quadro alla stregua del quale risultano attribuiti al Ministero della

⁵ In punto di nesso di causalità giova osservarsi che, secondo i principi espressi in materia dalla giurisprudenza di legittimità, il collegamento probabilistico tra la somministrazione del sangue infetto in ambiente sanitario e la patologia insorta va apprezzato non sulla base delle conoscenze scientifiche del momento in cui venne effettuata la trasfusione, stante l'irrelevanza del criterio della prevedibilità soggettiva, ma sulla base di quelle presenti al momento in cui viene svolto l'accertamento dell'esistenza del nesso causale, posto che ciò che deve essere valutato è il collegamento naturalistico fra l'omissione e l'evento dannoso (Cass. n. 17084/2017). Va, inoltre, ricordato che, come ben chiarito dalle Sezioni Unite n. 582/2008, ciò che muta sostanzialmente tra il processo penale e quello civile è la regola probatoria, in quanto nel primo vige la regola della prova *"oltre il ragionevole dubbio"* (cfr. Cass. Pen. S.U. 11 settembre 2002, n. 30328, Franzese), mentre nel secondo vige la regola della preponderanza dell'evidenza o *"del più probabile che non"*, stante la diversità dei valori in gioco nel processo penale tra accusa e difesa, e l'equivalenza di quelli in gioco nel processo civile tra le due parti contendenti, come rilevato da attenta dottrina che ha esaminato l'identità di tali standards delle prove in tutti gli ordinamenti occidentali, con la predetta differenza tra processo civile e penale (cfr. Cass. 16.10.2007, n. 21619; Cass. 18.4.2007, n. 9238; Cass. 5.9.2006, n. 19047; Cass. 4.3.2004, n. 4400; Cass. 21.1.2000 n. 632). Anche la Corte di Giustizia CE è indirizzata ad accettare che la causalità non possa che poggiarsi su logiche di tipo probabilistico (CGCE, 13/07/2006, n. 295, ha ritenuto sussistere la violazione delle norme sulla concorrenza in danno del consumatore se *"appaia sufficientemente probabile"* che l'intesa tra compagnie assicurative possa avere un'influenza sulla vendita delle polizze della detta assicurazione; Corte di Giustizia CE, 15/02/2005, n. 12, sempre in tema di tutela della concorrenza, ha ritenuto che *"occorre postulare le varie concatenazioni causa-effetto, ad fine di accogliere quelle maggiormente probabili"*). Detto standard di *"certezza probabilistica"* in materia civile non può essere ancorato esclusivamente alla determinazione quantitativa - statistica delle frequenze di classi di eventi (c.d. probabilità quantitativa o pascaliana), che potrebbe anche mancare o essere inconferente, ma va verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana). Nello schema generale della probabilità come relazione logica va determinata l'attendibilità dell'ipotesi sulla base dei relativi elementi di conferma (c.d. *evidence and inference* nei sistemi anglosassoni).

⁶ Si vedano, in particolare, le seguenti fonti normative:

- art. 1, comma 1, della legge n. 296/1958, istitutiva del Ministero della Sanità, che demanda a detta Amministrazione la competenza generale in ordine alla *"tutela della salute pubblica"*;
- legge n. 592/1967 in materia di *"Raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano"*, a norma della quale lo Stato agisce quale produttore, per la raccolta del plasma, e/o acquirente, per la materia prima e gli emoderivati importati, nonché distributore per l'uso di essi: l'art. 1 attribuisce al Ministero la potestà di emanare le direttive tecniche per l'organizzazione, il funzionamento e il coordinamento dei servizi inerenti alla raccolta, preparazione, conservazione e distribuzione del sangue umano per uso trasfusionale, nonché alla preparazione dei suoi derivati, con il correlativo obbligo di esercitare la necessaria vigilanza, mentre l'art. 21 prevede che *"l'importazione e l'esportazione del sangue umano conservato e dei suoi derivati, per uso terapeutico, profilattico e diagnostico sono autorizzate dal Ministero della Sanità secondo le modalità stabilite con apposito decreto"*;
- D.P.R. n. 1256/1971 (recante regolamento di attuazione della L. n. 592 del 1967), contenente norme concernenti i poteri di controllo e vigilanza in materia del Ministero e contemplante (art. 44) l'obbligo di controllare se il donatore di sangue sia affetto da epatite virale, vietando in tal caso la trasfusione (cfr., al riguardo, Cass., n. 9315/2010);
- D.M. Sanità del 18.6.1971, che impartisce direttive tecniche per la determinazione dei requisiti del sangue umano e dei suoi derivati, del 7 febbraio 1972, contenente norme regolanti l'attività del Centro nazionale per la trasfusione del sangue, nonché la previsione che il Ministero della sanità sia costantemente informato delle attività del Centro, e del 15 settembre 1972, disciplinante l'importazione e l'esportazione del sangue e dei suoi derivati, contemplante l'autorizzazione ministeriale



salute attivi poteri di vigilanza nella preparazione ed utilizzazione di emoderivati, nonché di controllo in ordine alla relativa sicurezza.

La giurisprudenza di legittimità e di merito ha, al riguardo, evidenziato come, sin dalla fine degli anni Sessanta - inizi anni Settanta fosse ben noto il rischio di trasmissione di epatite virale, essendo possibile la rilevazione (indiretta) dei virus mediante la determinazione delle transaminasi ALT ed il metodo dell'anti-HbcAg (cfr. Cass. n. 6241/1987; Cass. n. 8069/1993; Cass. n. 17685/2011; in giurisprudenza di merito cfr. Trib. Milano 19.11.1997 e Trib. Roma 14.6.2001), e come, già da tale epoca, sussistessero obblighi normativi (L. n. 592/1967, D.P.R. n. 1256/1971, L. n. 519/1973, L. n. 833/1973) in ordine a controlli volti ad impedire la trasmissione di malattie mediante il sangue infetto.

È, dunque *ius receptum* che sin da tale periodo avrebbero potuto e dovuto essere esclusi dalla possibilità di donare il sangue coloro i cui valori delle transaminasi e delle GPT - indicatori della funzionalità epatica - fossero alterati rispetto ai limiti prescritti (cfr. Cass., n. 9315/2010); tale specifica attività di vigilanza da parte del Ministero, improntata a regole di cautela volte ad impedire il rischio ben noto di trasmissione di infezioni mediante emotrasfusione, è stata ritenuta dalla Suprema Corte oltre che possibile altresì doverosa, proprio in quanto idonea a diminuire, con significativo grado di incidenza, il pericolo di trasmissione dei virus mediante emotrasfusione; l'omissione di tali cautele, viceversa, ha condotto la richiamata giurisprudenza di legittimità a qualificare come colposa, in quanto non improntata alla specifica diligenza richiesta, la condotta del Ministero.

Anche prima dell'identificazione del virus dell'epatite C e dell'entrata in vigore della L. 4 maggio 1990, n. 107, contenente la disciplina per le attività trasfusionali e la produzione di emoderivati, sul Ministero della sanità gravava, pertanto, un preciso dovere-potere di controllare che il sangue utilizzato per le trasfusioni o per gli emoderivati fosse esente dai virus in questione e che i donatori non

(almeno nel caso di provenienza da Paesi nei quali non vi sia una normativa idonea a garantire la sussistenza dei requisiti minimi di sicurezza) agli ospedali ed ai centri gestori per la produzione di emoderivati ed alle officine farmaceutiche che, all'esito di accertamento dell'Istituto superiore di sanità, siano risultati idonei ad eseguire i controlli sui prodotti importati;

- legge n. 833/1978, Istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, che prescrive all'art. 4 che lo Stato, con ulteriore provvedimento legislativo, debba dettare norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie soprattutto in materia di raccolta, frazionamento, conservazione e distribuzione del sangue umano;

- D.L. n. 433/1987 (convertito con modificazioni nella legge 29.12.1987, n. 531), che all'art. 9 stabilisce che i medicinali (tra i quali può farsi rientrare il sangue) sono soggetti a farmacovigilanza, che si traduce nell'obbligo a carico delle UU.SS.LL. e dei medici curanti di comunicare al Ministero effetti secondari e tossici correlati all'utilizzo di un medicinale e al Ministero di adottare forme speciali di sorveglianza rispetto ai medicinali il cui impiego presenti rischi elevati;

- legge n. 107/1990, n.107 ("*Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed i suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati*"), con la quale viene varato il Piano sangue e plasma a livello nazionale, concretamente attuato solo nel 1994, e che assegna al Ministero della sanità il potere di autorizzare l'importazione di emoderivati pronti per l'impiego. La legge fissa, altresì, all'art. 1 il principio della gratuità della raccolta del sangue, a mezzo di donatori volontari e non retribuiti, stabilendo che "*il sangue umano e i suoi derivati non sono fonte di profitto; la loro distribuzione al ricevente è comunque gratuita ed esclude addebiti accessori ed oneri fiscali*";

- Decreto del Ministero della Sanità del 21.7.1990 ("*Misure dirette ad escludere il rischio di infezioni epatiche da trasfusioni di sangue*") ove si prevede l'obbligo per i servizi di immunologia e trasfusione ed i centri trasfusionali di effettuare su ogni singola unità di sangue e plasma donato oltre alla ricerca dell'antigene del virus dell'epatite B e dell'HIV, anche la ricerca degli anticorpi del virus dell'epatite C e Decreto del Ministero della Sanità del 30.12.1992, che aggiunge l'obbligo di effettuare la ricerca degli anticorpi anti HIV 2. L'indicazione degli accertamenti preventivi da compiere su ogni singolo campione di sangue e plasma donato viene poi completata con il D.M. 26.1.2001;

- D. Lgs. n. 112/1998, che nel conferire alle Regioni la generalità delle attribuzioni in materia di salute umana, ha lasciato invariato il riparto di competenza in materia di sangue umano e suoi componenti. .

A livello comunitario, occorre ricordare le numerose raccomandazioni in materia promananti dal Consiglio d'Europa, tra le quali, in particolare, la Raccomandazione adottata in 23 giugno 1983, che enuncia espressamente il rischio di diffusione di epatiti e dell'HIV, insieme ad altre patologie, a seguito dell'assunzione del materiale sanguigno ed indica come efficace mezzo di prevenzione quello del raggiungimento dell'autosufficienza nazionale nella produzione dei prodotti dei fattori della coagulazione da donatori volontari non retribuiti, evitando l'importazione del plasma, del sangue e dei prodotti dei fattori della coagulazione dai paesi con popolazione ad alto rischio e da donatori pagati.



presentassero alterazione delle transaminasi, in adempimento agli specifici obblighi di vigilanza imposti dalle predette fonti normative speciali.

Muovendo dalle considerazioni che precedono, la S.C. ha riconosciuto sussistere la responsabilità per omissione del Ministero in relazione ai controlli sull'idoneità del sangue ad essere oggetto di trasfusione anche per l'epoca anteriore alla più risalente delle scoperte dei mezzi di prevenibilità delle relative infezioni (in tal senso, Cass. 14 giugno 2013, n. 14932; Cass. 30 agosto 2013, n. 19995; Cass. 28 febbraio 2014, n. 4785; Cass. 8 ottobre 2014, n. 21256; Cass. 2 aprile 2015, n. 6746; Cass. 9 aprile 2015, n. 7126)⁷.

L'elemento psicologico colposo del Ministero, ed al contempo l'attività omessa, vanno in definitiva identificati nella misura in cui lo stesso era in grado all'epoca della produzione del preparato di disporre di alcune misure possibili affinché fosse quantomeno ridotto il rischio di infezione, quali lo screening dei donatori, sotto il profilo delle abitudini di vita, nonché, soprattutto, il controllo che i donatori non presentassero alterazione nelle transaminasi. Come rilevato dalla richiamata giurisprudenza di legittimità, dal momento che la trasmissione del virus avveniva attraverso donatori inconsapevoli, poiché clinicamente asintomatici, l'impiego sistematico del dosaggio delle transaminasi (ALT o SGPT) pre-donazione avrebbe consentito di individuare con elevato indice statistico i portatori dell'agente infettivo - ad eccezione dei portatori sani e dei soggetti con infezione recentissima -; con l'utilizzo sistematico di questa semplice indagine, pertanto, un'elevata percentuale dei donatori infetti avrebbe potuto essere intercettata e pari percentuale di epatite scongiurata.

Tale misura non fu mai ufficialmente introdotta in Italia sino al 1990, esistendo sul punto solo la circolare ministeriale n. 50 del 28.3.1966 che prescriveva la determinazione sistematica e periodica delle transaminasi dei donatori senza che tuttavia fossero seguite misure cogenti per garantirne il rispetto.

Non può allora non considerarsi, venendo al caso in esame, come il Ministero della salute, già alla data delle trasfusioni effettuate alla signora ~~██████████~~ (luglio 1977), fosse tenuto, sulla base delle citate regole cautelari generiche e specifiche, a controllare che il sangue utilizzato per le trasfusioni o per gli emoderivati fosse esente dai virus sino ad allora scoperti e che i donatori non presentassero alterazione delle transaminasi.

Nel caso in esame risulta, tuttavia, che tali controlli del livello delle transaminasi non furono effettuati sui donatori delle sacche trasfuse alla signora ~~██████████~~. In risposta al quesito del Giudice, il perito incaricato dall'ufficio si è, invero, limitato a rilevare come dagli atti disponibili non risulti documentazione comprovante eventuali controlli relativi al virus HBV espletati sui donatori trasfusi nel periodo di interesse presso l'azienda ospedaliera ove l'attrice venne sottoposta a trasfusioni. Il CTU ha, al riguardo, richiamato la richiesta di informazioni dallo stesso effettuata alla Direzione Medica

⁷ In particolare, con la pronuncia n. 2232/2016, richiamata dalla successiva Cass. n. 17084/2017, la S.C. ha affermato: "in caso di patologie conseguenti ad infezione da virus HBV, HIV e HCV, contratte a seguito di emotrasfusioni o di somministrazione di emoderivati, non sussistono eventi autonomi e diversi ma solo manifestazioni patologiche dello stesso evento lesivo, sicché anche prima dell'anno 1978, in cui il virus dell'epatite B fu definitivamente identificato in sede scientifica, con conseguente scoperta dei mezzi di prevenibilità delle relative infezioni, è configurabile la responsabilità del Ministero della salute per l'omissione dei controlli in materia di raccolta e distribuzione del sangue per uso terapeutico e sull'idoneità dello stesso ad essere oggetto di trasfusione, già consentiti dalle conoscenze mediche e dai dati scientifici del tempo (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che, accertata la carenza di dati relativi ad uno dei donatori, ha affermato la responsabilità del Ministero per i danni provocati dal contagio dell'epatite C, a seguito di trasfusioni eseguite nell'anno 1974)". Secondo la Suprema Corte, infatti, l'omissione relativa ai controlli sull'idoneità del sangue ad essere oggetto di trasfusione deve essere reputata "causalmente efficiente in ordine all'insorgere dell'infezione e tale omissione è antigiuridica indipendentemente dal criterio della prevedibilità soggettiva perché regole specifiche, poste allo scopo di evitare il rischio di infezione, imponevano il controllo sul sangue umano. Se si considera che la norma violata mediante l'omissione ha la funzione di prevenire il rischio dell'infezione, la descrizione dell'evento dannoso deve arrestarsi a quest'ultima, e non estendersi alle particolari specificazioni del nome della malattia contratta mediante la trasfusione".



dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona, in ordine alla tipologia di controlli effettuati presso detto ospedale nel periodo di interesse, rimasta priva di riscontro: in conseguenza di tale omessa risposta non può che constatarsi l'assenza di informazioni in relazione alle procedure di controllo eseguite all'epoca presso detta azienda.

Va, peraltro, rilevato come in sede di comparsa conclusionale del 4.10.2016 la difesa del Ministero abbia allegato – senza, peraltro, avanzare istanza di rimessione in termini e preventivamente sottoporre al contraddittorio delle parti tale nuova produzione documentale – la relazione trasfusionale a firma del ~~Ministero della Sanità di Informazione e Trasfusione dell'Azienda Ospedaliera di Verona~~ relativa alla ~~figura~~, da cui risulta unicamente che le quattro unità di sangue trasfuso all'attrice, provenienti da donatori volontari periodici, furono sottoposti con esito negativo alle ricerche obbligatorie per legge in quel periodo, vale a dire l'HBsAg e la VDRL. Nessuna menzione è fatta, invece, con riguardo a eventuali controlli sul livello delle transaminasi e degli altri indicatori epatici.

In assenza di tali doverosi controlli, che comprendono *“il dovere di adoperarsi per evitare o ridurre un rischio che è antico quanto la necessità della trasfusione”* (cfr. Cass. n. 17084/2017), deve ritenersi acquisita al processo la circostanza dell'incauta somministrazione di sangue in violazione di specifiche regole cautelari, integrante l'elemento soggettivo della colpa in capo al Ministero convenuto.

Conclusivamente deve ritenersi che il Ministero della salute, nell'ambito dei suoi poteri di direttiva, vigilanza e controllo in ordine alla pratica trasfusionale, omise di adottare quelle misure, in particolare l'obbligo di eseguire il dosaggio delle transaminasi utili ad intercettare una quota significativa di donatori infetti da HCV già prima della specifica indagine sierologica, che ampia ed autorevole letteratura scientifica dimostrò già dalla metà degli anni 70 essere in grado di ridurre significativamente l'incidenza delle epatiti-postrasfusionali.

Risulta così accertata l'attività omessa nonché l'elemento psicologico della fattispecie invocata, non avendo colposamente il Ministero provveduto ad attivarsi come sopra esposto per la limitazione dei casi di contagio.

L'omissione delle attività funzionali alla realizzazione dello scopo per il quale l'ordinamento gli attribuiva (e tuttora attribuisce) il relativo potere, espone il Ministero a responsabilità extracontrattuale, ogniquale volta dalla violazione del vincolo interno costituito dal dovere di vigilanza nell'interesse pubblico sia derivata la violazione del diritto alla salute del cittadino-utente. Ed infatti, a fronte dei predetti obblighi normativi *“la discrezionalità amministrativa si arresta, e non può essere invocata per giustificare le scelte operate nel peculiare settore della plasmateresi. Il dovere del Ministero della salute di vigilare attentamente sulla preparazione ed utilizzazione del sangue e degli emoderivati postula d'altro canto l'osservanza di un comportamento informato a diligenza particolarmente qualificata, specificamente in relazione all'impiego delle misure necessarie per verificarne la sicurezza, essendo esso tenuto ad evitare o ridurre i rischi a tali attività connessi”* (cfr. Cass., S.U. n. 581/2008).

Poiché dette omissioni del Ministero della salute costituiscono violazione dell'obbligo giuridico, derivante dalla collocazione istituzionale del convenuto, di direttiva e vigilanza ai fini della tutela della salute degli amministrati e di quello più generale del *neminem laedere* per i quali il Ministero avrebbe dovuto più efficacemente attivarsi per ridurre il rischio di contagio da sangue, poiché inoltre può ritenersi che l'insorgenza della patologia nell'attrice sia stata con elevato grado di probabilità razionale prodotta dalla violazione dei predetti obblighi da parte del convenuto e dalle conseguentemente elevate probabilità che il sangue trasfuso fosse infetto, deve ritenersi che sussista la responsabilità del Ministero per l'illecito aquilano dedotto dalla signora ~~Zanantonella~~.

Deve pertanto precedersi alla liquidazione del danno subito dall'attrice.

In punto di accertamento della lesione all'integrità psico-fisica derivata dalle trasfusioni in esame, il



perito incaricato nel presente giudizio ha accertato che allo stato la signora ~~Zamponi~~ risulta affetta da "epatite cronica da HCV genotipo 1° in paziente ipertesa".

In relazione a tale quadro clinico, il CTU, confrontati i referti istologici delle due biopsie effettuate nel 2004 e nel 2015 ed evidenziata l'evoluzione del processo di infiammazione e di fibrosi, ha ritenuto congrua una valutazione del danno biologico pari al 25%.

Tali conclusioni, nemmeno contestate dalle parti, appaiono logiche e congruamente motivate, di tal che non sussistono ragioni per discostarsi da esse.

Deve, quindi, provvedersi alla liquidazione del danno non patrimoniale subito dall'attrice, ~~avuto~~ riguardo alle richiamate conclusioni della consulenza medico-legale e al carattere omnicomprendente del danno non patrimoniale, come sancito dalle note sentenze delle S.U. della Cassazione del 11.11.2008, confermate ed ampliate dalla successiva giurisprudenza di legittimità, sulla base dei parametri liquidatori - c.d. "Tabelle" - del Tribunale di Milano aggiornati all'attualità⁸ che qui si intende applicare in quanto condivisibili ed adeguati, e riconosciuti dalla stessa giurisprudenza di legittimità quale valido strumento per la liquidazione equitativa del danno biologico in assenza di parametri legali specifici (cfr. Cass. n. 12408/2009). Tenuto, pertanto, conto della tipologia delle lesioni subite, dell'età dell'attrice al momento della manifestazione della sintomatologia della malattia (epatite cronica) e dell'entità dei postumi permanenti, si perviene, secondo un necessario criterio equitativo, ad un risarcimento complessivo del danno non patrimoniale, già comprensivo delle sofferenze morali, di € 104.912 in moneta attuale. In mancanza di qualsivoglia elemento fornito da parte attrice in ordine alle particolari condizioni soggettive della stessa ai fini della personalizzazione del danno, non si ritiene di poter operare alcun aumento personalizzato del predetto importo risarcitorio.

Da tale somma deve essere detratto l'indennizzo liquidato all'attrice *ex lege* 210/1992 come eccepiuto dal Ministero sin dalla comparsa di costituzione.

La giurisprudenza di legittimità e la dottrina non hanno mai posto in discussione che l'indennizzo di natura assistenziale previsto dalla legge n. 210 del 1992 e la possibilità di agire giudizialmente per chiedere il pieno risarcimento del danno subito non sono strumenti alternativi, nel senso che la proposizione della domanda amministrativa volta ad ottenere l'indennizzo non preclude, anche se viene accolta, la possibilità di agire in giudizio per ottenere il pieno risarcimento dei danni subiti (cfr. Cass. n. 17047/2003): l'introduzione di un sistema di sicurezza sociale con finalità solidaristica che garantisce l'indennizzo a favore di chi abbia subito il danno a prescindere dalla colpa non esclude, infatti, il diritto ad ottenere l'integrale risarcimento dei danni subiti secondo le regole ordinarie della responsabilità civile. Dunque, nel caso in cui ricorrano gli estremi di una responsabilità civile per colpa, la presenza della legge n. 210/1992 non ha escluso in alcun modo che il privato possa chiedere e che il giudice possa procedere all'accertamento della responsabilità aquiliana sia sotto il profilo dell'*an* che del *quantum debeatur*.

La possibilità di usufruire di entrambe le forme di tutela è stata puntualizzata anche da varie pronunce della Corte costituzionale, in particolare dalle sentenze n. 307 del 1990, n. 118 del 1996 e n. 423 del 2000.

⁸ Secondo tali criteri di liquidazione, in sede di quantificazione del danno da invalidità per postumi permanenti, da un lato, il valore da attribuirsi ai punti di invalidità viene rapportato all'entità percentuale della invalidità riscontrata, con un aumento progressivo del predetto valore, per punto di invalidità, a sua volta differenziato a seconda dell'età della persona (dovendosi rapportare la liquidazione del danno biologico all'incidenza dell'invalidità sul bene salute compromesso a seconda dell'arco vitale trascorso e dell'aspettativa di vita residua), d'altro lato, per ciascun punto percentuale di menomazione dell'integrità psicofisica, viene indicato un importo che dia ristoro alle conseguenze della lesione in termini "medi" in relazione agli aspetti anatomico-funzionali, agli aspetti relazionali, agli aspetti di sofferenza soggettiva, ritenuti provati anche presuntivamente.



Ciò chiarito, diverso è il problema, che nella specie si pone, di evitare che il privato abbia a percepire più di quello che gli spetta in relazione al danno subito.

A tal fine, senza che sia impedito al danneggiato che abbia già chiesto ed ottenuto l'indennizzo di agire in giudizio per ottenere l'integrale risarcimento del danno, risulta necessario ridurre proporzionalmente la misura del risarcimento, decurtando da essa l'importo riconosciuto a titolo di indennizzo, come affermato dalla prevalente giurisprudenza di merito (cfr. Trib. Roma 8.1.2003, Trib. Roma 20.1.2004; Trib. Roma 30.8.2005; Corte d'App. Firenze n. 1810/2014).

Di tale avviso è anche la giurisprudenza di legittimità. In particolare, nella pronuncia a S.U. n. 584/2008, la Suprema Corte ha affermato: *"la diversa natura giuridica dell'attribuzione indennitaria ex L. n. 210 del 1992, e delle somme liquidabili a titolo di risarcimento danni per il contagio da emotrasfusione infetta da Hiv ed Hcv a seguito di un giudizio di responsabilità promosso dal soggetto contagiato nei confronti del Ministero della sanità, per aver omesso di adottare adeguate misure di emovigilanza, non osta a che l'indennizzo corrisposto al danneggiato sia integralmente scomputato dalle somme liquidabili a titolo di risarcimento posto che in caso contrario la vittima si avvantaggerebbe di un ingiustificato arricchimento, godendo, in relazione al fatto lesivo del medesimo interesse tutelato di due diverse attribuzioni patrimoniali dovute dallo stesso soggetto (il Ministero della salute) ed aventi causa dal medesimo fatto (trasfusione di sangue o somministrazione di emoderivati) cui direttamente si riferisce la responsabilità del soggetto tenuto al pagamento"* (in senso analogo, v. anche Cass. 14.3.2013 n. 6573).

Allo scomputo dell'indennizzo, peraltro, il Giudice deve provvedere d'ufficio, acquisendo, laddove necessario - così deve ritenersi nei rapporti tra danneggiato e Ministero della salute⁹ - la documentazione in possesso della ASL competente, attestante la quantificazione e corresponsione dell'indennità in esame.

Nella specie, secondo la certificazione fornita da ultimo dalla ATS Val Padana e depositata in giudizio dalla difesa della medesima Azienda Sanitaria con nota del 25.1.2017, la signora Zarantonello Maria Grazia ha percepito a partire dal mese di novembre 2010 e sino al mese di maggio 2016 a titolo di rendita vitalizia ai sensi della legge n. 210/1992 la somma di € 87.797,11. Dalla stessa attestazione risulta che il valore della rendita vitalizia al momento del suo riconoscimento era pari a € 1.441,11 a bimestre.

Deve a questo punto osservarsi che la detrazione dell'indennizzo dal risarcimento del danno va effettuata rendendo omogenei alla stessa data, quella odierna di liquidazione, i suddetti emolumenti. Poiché, inoltre, l'indennizzo viene corrisposto sotto forma di rendita vitalizia, è evidente che, al fine di operare il corretto scomputo dello stesso dal risarcimento del danno in questa sede riconosciuto, non è sufficiente sommare i soli ratei già corrisposti, ma deve provvedersi alla capitalizzazione della relativa rendita¹⁰.

A tal fine si ritiene equo applicare i coefficienti di capitalizzazione previsti dal D.M. 1 aprile 2008, n.

⁹ Va, infatti, rilevato come il Ministero della salute, sin dalla comparsa di costituzione e risposta abbia chiesto l'ammissione di consulenza tecnica contabile volta a quantificare l'importo percepito e percepiendo da parte attrice ai sensi della l. 210/1992, nonché di ordinare alla medesima parte o alla ASL di depositare la documentazione attestante i versamenti ricevuti, evidenziando che, in seguito all'attribuzione delle competenze in materia di indennizzo alle Regioni, gli atti del relativo procedimento non sono più nella disponibilità del Ministero della salute, essendo stati trasmessi alla ASL di competenza.

¹⁰ Il principio è stato chiaramente espresso da Cass. n. 15738/2010, secondo cui *"nella liquidazione del danno patrimoniale da riduzione della capacità di lavoro e di guadagno, per evitare duplicazioni risarcitorie, dal danno effettivamente patito dalla vittima per la sua diminuita capacità lavorativa specifica, accertato e quantificato dal giudice con i criteri della responsabilità civile, va sottratto il valore capitale della rendita erogata dall'Inail, rappresentando quest'ultimo un indennizzo anch'esso destinato al ristoro di un danno patrimoniale"*.



131 (Tabelle dei coefficienti per il calcolo dei valori capitali attuali delle rendite di inabilità e di quelle in favore dei superstiti dei lavoratori infortunati), in luogo di quelli contemplati dal R.D. n. 1403/1922, palesemente anacronistici, in quanto riferiti ad una durata della vita media di gran lunga inferiore a quella attuale¹¹.

Prendendo, pertanto, a riferimento, sulla base dell'età dell'attrice (46 anni) al momento del riconoscimento dell'indennizzo (novembre 2010), il relativo coefficiente di capitalizzazione per la rendita INAIL in relazione al coniuge superstite (25,3976), e moltiplicando tale coefficiente per l'importo annuale della rendita (8.646,66), si ottiene la somma di € 219.604,41, che è quella da detrarsi dal risarcimento dovuto, secondo i principi sopra richiamati¹².

Va a questo punto rilevato come l'importo capitalizzato della rendita riconosciuta all'attrice a titolo di indennizzo ex l. n. 210/1992 sia superiore a quello del risarcimento del danno in questa sede liquidato.

Ne consegue che il Ministero non può essere condannato al versamento in favore dell'attrice di somme ulteriori, pena il verificarsi in capo alla ~~Legge 30.9.2014~~ a danno dell'Amministrazione pubblica di un indebito arricchimento.

In definitiva, la domanda di condanna proposta da ~~Zanetti, Maria Grazia~~ nei confronti del Ministero della salute deve essere respinta.

Quanto alla domanda proposta dall'attrice nei confronti della ~~Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano~~, ora ~~ATS Val Padana~~, deve rilevarsi che all'udienza del 10.9.2015 parte attrice ha dichiarato di rinunciare a tale azione e che, disposto un rinvio al fine di consentire all'Azienda Sanitaria convenuta di prendere posizione su detta rinuncia, alla successiva udienza dell'1.10.2015, la difesa di quest'ultima ha dichiarato di *"accogliere la dichiarazione di rinuncia all'azione nei confronti di Asl formulata da parte attrice"*.

Senonché, in sede di precisazione delle conclusioni, la ~~ATS Val Padana~~, al fine di vedersi riconosciute le spese di lite, ha insistito nel domandare al Giudice di *"dichiarare la convenuta ~~ATS Val Padana~~ ora ~~ATS Val Padana~~ carente della legittimazione passiva"* e *"in ogni caso rigettare la domanda di parte attrice con conseguente condanna alle spese ed onorari di causa"*.

Invero, le dichiarazioni di rinuncia all'azione e relativa accettazione effettuate in corso di causa rendono incontroverso il venir meno dell'interesse delle parti ad ottenere una pronuncia giurisdizionale di merito in ordine alla domanda di condanna al risarcimento dei danni originariamente proposta dalla ~~Zanetti, Maria Grazia~~ nei confronti della ~~Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano~~, con la conseguenza che va dichiarata la cessazione della materia del contendere nei rapporti tra l'attrice e la ~~ATS Val Padana~~.

In punto di regolamento delle spese processuali deve, peraltro, rilevarsi come la particolare complessità della fattispecie in esame, i possibili esiti incerti dell'accertamento tecnico esperito e il non univoco indirizzo giurisprudenziale in ordine alle modalità di scomputo dell'indennizzo ex lege 210/1992 dal risarcimento del danno, impongano l'integrale compensazione tra tutte le parti delle spese di lite e di CTU ai sensi dell'art. 92, co. 2, c.p.c.¹³

¹¹ Tali coefficienti sono, infatti, informati ai censimenti del 1901 e 1911 e alle statistiche mortuarie del triennio 1910-1912 e sono stati reputati obsoleti dalla stessa giurisprudenza di legittimità (cfr. Cass. n. 4186/2004, Cass. n. 15738/2010).

¹² Giova rilevarsi come la soluzione finale non muterebbe laddove si prendesse a riferimento il diverso coefficiente di capitalizzazione delle rendite da inabilità permanente causata da infortunio sul lavoro: in tal caso il valore da moltiplicare alla rendita annuale, sulla base dell'età dell'attrice al momento del riconoscimento dell'indennizzo e della percentuale di menomazione, sarebbe pari a 21,81, con un importo capitale dell'indennizzo da detrarsi dal risarcimento dovuto di € 188.583,65, comunque superiore al risarcimento del danno in questa sede riconosciuto.

¹³ Nei rapporti tra l'attrice e la ATS Val Padana giova soggiungersi che il motivo posto dalla difesa dell'Azienda sanitaria (ora Agenzia di Tutela della Salute) a fondamento della richiesta di rifusione delle spese di lite – propria carenza di legittimazione passiva in ragione della responsabilità esclusiva del Ministero della salute – non appare a tal fine dirimente:



P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni altra domanda, istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così provvede:

- 1) Rigetta la domanda proposta da ~~XXXXXXXXXX~~ nei confronti del Ministero della salute;
- 2) Dichiarare la cessazione della materia del contendere con riferimento alla domanda proposta da ~~XXXXXXXXXX~~ nei confronti della ~~Asimela Sanitaria, Istituto della Provincia di Mantova~~, ora ~~Asimela Sanitaria, Istituto della Provincia di Mantova~~;
- 3) Compensa integralmente tra le parti le spese di lite e di CTU.

Brescia, 2 ottobre 2017

Il Giudice
dott. Angelica Castellani

se è vero, infatti, che titolare della funzione di vigilanza e controllo in ordine alla pratica terapeutica della trasfusione di sangue era ed è il Ministero del salute, ciò non toglie che, secondo la conforme giurisprudenza di legittimità, al fine di andare esente da responsabilità, gravava sulla struttura sanitaria la prova di aver eseguito, sul sangue somministrato, tutti i controlli previsti all'epoca dei fatti (*ex multis*, Cass. n. 13919/2016 e 5961/2016), prova che nella specie nemmeno è stata direttamente offerta dalla ASL convenuta, che si è limitata a ribadire la propria estraneità alla fattispecie di responsabilità azionata in giudizio. Al riguardo, va richiamato il principio, espresso in motivazione da Cassazione n. 15453/2011, in risposta all'eccezione "assenza di responsabilità della struttura sanitaria (Asl) e dei medici operanti (erroneamente ritenendo sussistente la sola responsabilità del Ministero)", secondo cui la "responsabilità extracontrattuale del Ministero, in ordine ai sopraindicati compiti di controllo, direzione e vigilanza, non esclude affatto quella (eventualmente) a carico della struttura e dei medici a carattere, invece, contrattuale ex artt. 1218 e 1228 c.c., quanto meno in relazione al c.d. contatto sociale che viene a instaurarsi tra paziente, strutture sanitarie e medici, anche in caso di emotrasfusioni (su tali punti si conferma, quindi, quanto già deciso da questa Corte, con le decisioni nn. 13953/2007, 577/2008, 10741/2009)", con la conseguenza che "la legittimazione passiva in ordine alle domande risarcitorie sussiste sia nei confronti del Ministero ex art. 2043 c.c. che nei confronti della struttura del personale sanitario ex artt. 1218 e 1228 c.c."

pagina 13 di 13



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]