SENT. 1438/2014
R.G.L. 399/2012
CRON. 12955/2014

Segue verbale di udienza del 2/7/2014

Tribunale di Brindisi

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il giudice dott. Luca Notarangelo ha pronunciato la seguente

SENTENZA CONTESTUALE

nella causa di assistenza obbligatoria iscritta al n. 399/2012 R.G., promossa da:
[redacted], rappresentato e difeso dall'avv. Giuseppe Giordano

Ricorrente

CONTRO

Ministero della Salute, in persona del Ministro in carica pro-tempore
Rappresentato e difeso dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Lecce

Resistente

Oggetto: Indennizzo post-trasfusionale ai sensi della legge 25/2/1992 n. 210

***

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto depositato in data 7/2/2012, il ricorrente – già beneficiario dell'indennizzo di cui alla legge n. 201/92 per epatite cronica correlata alle trasfusioni praticate nel 1965 e nel 1976 - chiedeva il riconoscimento dell'indennizzo aggiuntivo nella misura del 50% previsto dall'art. 2 comma 7 della legge n. 210/92 in favore dei soggetti danneggiati che contraggono più di una malattia, deducendo di essere affetto anche da crioglobulinemia mista tipo II; lamentava che la domanda amministrativa di indennizzo aggiuntivo era stata rigettata, in quanto la C.M.O. di Taranto aveva escluso che si trattasse di doppia patologia ritenendo che la crioglobulinemia non era stata contratta direttamente con le trasfusioni praticate nel 1965 e nel 1976, ma doveva considerarsi aggravante dello stato patologico già riconosciuto; il ricorrente deduceva trattarsi invece di "altra patologia", in quanto recante danni su altri organi rispetto all'epatite (come reni, sistema cardiaco, ecc.).

Il Ministero della Salute si costituiva con memoria depositata in data 17/10/2012, eccependo in via preliminare la carenza di legittimazione passiva e, nel merito, chiedendo il rigetto del ricorso.

L'eccezione di difetto di legittimazione passiva è infondata. Al riguardo, si deve infatti rilevare che il DPCM 26.05.2000 prevede effettivamente al punto '*a*' dell'All. Tab. '*A*' che siano conferiti alle Regioni le funzioni ed i compiti in materia di indennizzi ex lege n. 210/1992. Tuttavia, la norma contenuta nel comma 4 dell'art. 2 prevede che: "*Restano a carico dello Stato gli eventuali oneri derivanti dal contenzioso riferito a fatti precedenti il trasferimento*". L'interpretazione letterale della norma non lascia dubbi sul fatto che la *legittimatio ad causam* del Ministero permane in ordine al contenzioso che sia relativo a fatti antecedenti al trasferimento di competenze.

Per *'fatto'* deve intendersi quello previsto come fonte di obbligazione indennitaria secondo la legge n. 210/92; basta quindi che si abbia riguardo alla data dell'emotrasfusione da cui sia derivata una delle patologie previste dalla legge, perché, se precedente all'entra in vigore del D. Lgs. 31.03.1998 n. 112, l'onere finanziario permanga in capo allo Stato e con esso la conseguente legittimazione passiva, tant'è che al relativo contenzioso fa riferimento la norma sopra trascritta. Nella specie le trasfusioni sono tutte risalenti ad epoca precedente il 1998 e la legittimazione è, quindi, del Ministero evocato in lite. Né può dirsi che la norma richieda che il contenzioso preesista al trasferimento delle competenze, in quanto la lettera della legge fa chiaro riferimento agli oneri che derivino dal contenzioso innestato in ragione di quei fatti fonte di obbligazione, senza porvi limiti di tempo circa il momento del suo sorgere. Sul punto, Cass. SS.UU. 9/6/2011 n. 12538 ha recentemente affermato che: *"Nelle controversie aventi ad oggetto l'indennizzo previsto dalla l. n. 210/92, in favore dei soggetti che hanno riportato danni irreversibili a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati e da questi ultimi proposte per l'accertamento del diritto al beneficio sussiste la legittimazione passiva del Ministero della salute"*.

Peraltro, nel caso di specie non si tratta di nuova domanda di indennizzo, ma si tratta di indennizzo aggiuntivo rispetto ad un indennizzo già riconosciuto a carico del Ministero della Salute, per cui anche sotto tale profilo appare evidente la legittimazione passiva del Ministero convenuto.

Nel merito, la domanda di indennizzo aggiuntivo ex art. 2 co. 7 L. 210/92 è fondata e deve essere accolta per quanto di ragione, nonostante le conclusioni solo apparentemente negative del CTU.

Nella relazione depositata in data 8/10/2013, il CTU dott. Invidia ha escluso che la crioglobulinemia mista tipo II e l'epatite cronica HCV correlata post-trasfusionale rappresentino una "doppia patologia" sotto l'aspetto del nesso causale, evidenziando che la crioglobulinemia non sarebbe direttamente correlata alle trasfusioni, ma sarebbe una manifestazione extraepatica della infezione da HCV, ed anzi sarebbe la manifestazione extraepatica della infezione da HCV più documentata ed accertata (pag. 10 della relazione di CTU).

In sostanza, ad avviso del CTU, la crioglobulinemia non ha alcun collegamento autonomo con le trasfusioni di sangue ma è secondaria all'infezione da virus dell'epatite C; pertanto, essa non costituirebbe una "doppia patologia", ma solo un aggravamento della infezione da HCV.

In senso contrario, il CTP di parte ricorrente ha invece dedotto l'esistenza della doppia patologia dal fatto che la crioglobulinemia causa danni ad altri organi rispetto all'epatite ed è quindi un'altra malattia; nelle osservazioni alle controdeduzioni del CTP, lo stesso CTU sembrava concordare con tali conclusioni, evidenziando che "il virus dell'epatite C, tramite le due malattie generate, l'epatite e la crioglobulinemia, può provocare danni biologici in organi o apparati diversi, tanto che gli stessi possono essere percentualizzati separatamente".

Tuttavia, secondo il CTU, ciò non sarebbe sufficiente ai fini della doppia patologia, in quanto è pacifico e non contestato che la crioglobulinemia non discende mai direttamente dalle trasfusioni, ma è la manifestazione extraepatica della infezione da HCV. Secondo il CTU vi sarebbe quindi solo un aggravamento, in quanto la C.M.O. aveva riconosciuto la 7^ categoria della Tabella A allegata al D.P.R. 834/81, mentre il CTU ha riconosciuto la 6^ categoria.

Secondo parte ricorrente, vi era quindi una contraddizione nelle conclusioni del CTU, il quale – pur riconoscendo che il virus dell'epatite C genera due patologie distinte, le quali possono provocare danni biologici in organi o apparati diversi – negava però l'esistenza della doppia patologia.

Il CTU è stato quindi sentito a chiarimenti all'udienza del 2/4/2014.

Nei chiarimenti resi a verbale dell'udienza, il CTU ha evidenziato che la crioglobulinemia provoca un aggravamento delle condizioni generali rispetto alla epatite C, però interessa organi bersaglio diversi dal fegato; che non può avere alcun collegamento autonomo con le trasfusioni di sangue, nel senso che il virus dell'epatite si deve localizzare necessariamente prima nel fegato e solo dopo può colpire altri organi; è però possibile che il virus si localizzi nel fegato senza danneggiarlo e poi colpisca altri organi, per cui si potrebbe avere crioglobulinemia anche senza epatite.

Tanto premesso, il CTU ha quindi chiarito di avere escluso che vi sia doppia patologia unicamente perché si tratta di un unico virus, per cui si tratta di un'unica malattia dal punto di vista etiologico, per cui vi è un unico agente patogeno; tuttavia, vi è una doppia patogenesi, perché il meccanismo del danno nei diversi organi ha un'evoluzione separata ed indipendente.

Ad avviso del giudicante, ciò implica che siamo in presenza di una doppia patologia e non di un semplice aggravamento, in quanto si tratta di due patologie assolutamente distinte ed autonome tra loro, che hanno colpito organi diversi ed hanno un'evoluzione separata ed indipendente; non vi è dubbio sul fatto che entrambe siano riconducibili alla trasfusione di sangue, mentre il fatto che l'epatite C derivi direttamente dalla trasfusione e la crioglobulinemia invece non discenda in modo diretto dalla trasfusione, nel senso che il virus dell'epatite C si è prima localizzato nel fegato ed ha poi colpito altri organi, non è sufficiente per concludere che la seconda patologia costituisca un aggravamento della prima; diversamente opinando, non si comprende quando potrebbe parlarsi di doppia patologia e non di aggravamento; il caso di specie appare infatti rientrare pienamente nella ipotesi prevista dall'art. 2 comma 7 L. 201/92, che riguarda l'ipotesi dei "soggetti danneggiati che contraggono più di una malattia ad ognuna delle quali sia conseguito un esito invalidante distinto".

Il ricorso deve essere pertanto accolto, con conseguente riconoscimento in favore del ricorrente, in aggiunta ai benefici già conseguiti per effetto dell'art. 2 L. 210/92, l'indennizzo aggiuntivo di cui al citato comma 7, stabilito dal Ministero della Salute con proprio decreto in misura non superiore al 50% del trattamento base, oltre accessori come per legge. Il Ministero della Salute deve essere inoltre condannato al pagamento delle spese di lite, liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

Il giudice, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da [redacted] nei confronti del Ministero della Salute con ricorso depositato in data 7/2/2012, così provvede:

1. Accerta e dichiara che il ricorrente è soggetto danneggiato che ha contratto più di una malattia ad ognuna delle quali sia conseguito un esito invalidante distinto e condanna il Ministero della Salute al pagamento in suo favore dell'indennizzo aggiuntivo previsto dall'art. 2 comma 7 della legge n. 210/92 nella misura del 50% rispetto al trattamento base, oltre accessori come per legge.
2. Condanna il Ministero alla rifusione delle spese di lite, liquidate in € 3.600,00 per compensi, oltre compenso forfetario spese 15%, IVA e CPA come per legge.
3. Pone definitivamente a carico del Ministero della Salute le spese di CTU liquidate con decreto.

Brindisi, 2.7.2014

IL CANCELLIERE
(Pietro ILLIO)

IL GIUDICE DEL LAVORO
(dott. Luca Notarangelo)

Copia Conforme all'originale
Brindisi lì - 4 LUG. 2014
Il Cancelliere
L'ASSISTENTE GIUDIZIARIO
Silvana Adriana DE NIGRIS